

**Proposta de Admissão – Vínculo Ativo separado de Inativo**

Ao Contrato Particular de Oferta de Plano Privado de Assistência à Saúde, denominado **INTEGRADO 311E FIXA, para vínculo exclusivamente Ativo** e Ao Contrato Particular de Oferta de Plano Privado de Assistência à Saúde, denominado **INTEGRADO 311E FIXA, para vínculo exclusivamente Inativo, produto registrado na ANS sob nº 470.391/13-0.**



ANS - Nº 30209-1

**Qualificação da Operadora**

Razão Social: **SÃO FRANCISCO SISTEMAS DE SAÚDE SOCIEDADE EMPRESÁRIA LTDA**, CNPJ: 01.613.433/0001-85, Registro da Operadora na ANS: 30.209-1, Classificação da Operadora na ANS: Medicina de Grupo, com estabelecimento na Avenida Portugal, nº 545, 3º andar, sala 02, bairro Jardim São Luiz, na cidade de Ribeirão Preto, estado de São Paulo, CEP: 14.020-380.

**1. CARACTERÍSTICAS GERAIS:****INTEGRADO 311E FIXA – 470.391/13-0**

Contratação: **COLETIVO EMPRESARIAL** Padrão de Acomodação em Internação: **Coletivo**  
 Segmentação: **Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia e Odontológica** Serviços e Coberturas Adicionais: **Não há**  
 Fator Moderador: **Coparticipação** Área Geográfica de Abrangência do Plano de Saúde: **Grupo de Municípios**

Área de Atuação do Plano de Saúde: **Ribeirão Preto/SP e Araraquara/SP.**

**2. QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE**

Razão Social <b>COMPANHIA TROLEIBUS ARARAQUARA</b>		CNPJ <b>43.956.028/0001-00</b>	
Nome Fantasia <b>*****</b>		Inscrição Estadual / Inscrição Municipal	
Endereço <b>AVENIDA BENTO DE ABREU</b>		Número <b>1172</b>	Complemento (Apto, sala, bloco, etc.)
Bairro <b>JARDIM PRIMAVERA</b>	Município <b>ARARAQUARA</b>	CEP <b>14.802-396</b>	UF <b>SP</b>
DDD <b>(16)</b>	Telefone <b>3303-7367</b>	DDD <b>( )</b>	Telefone <b>( )</b>
		E-mail <b>claudia.zani@ctaonline.com.br</b>	

**3. CONDIÇÕES DE ADMISSÃO EXCLUSIVAMENTE ATIVOS**

Nº Mínimo de Beneficiários para manutenção do Contrato: Item 2.8	<b>01</b>	Período acordado para atingir o nº mínimo de beneficiários: item 2.9	<b>00</b>
--	-----------	--	-----------

**4. FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE PARA ATIVOS: PRÉ-ESTABELECIDO**

O a 18 anos	19 a 23 anos	24 a 28 anos	29 a 33 anos	34 a 38 anos	39 a 43 anos	44 a 48 anos	49 a 53 anos	54 a 58 anos	59 anos ou mais
<b>R\$ 77,02</b>	<b>R\$ 77,97</b>	<b>R\$ 77,97</b>	<b>R\$ 100,32</b>	<b>R\$ 103,34</b>	<b>R\$ 118,54</b>	<b>R\$ 175,62</b>	<b>R\$ 208,28</b>	<b>R\$ 249,17</b>	<b>R\$ 400,42</b>

**5. FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE PARA INATIVOS: PRÉ-ESTABELECIDO**

O a 18 anos	19 a 23 anos	24 a 28 anos	29 a 33 anos	34 a 38 anos	39 a 43 anos	44 a 48 anos	49 a 53 anos	54 a 58 anos	59 anos ou mais
<b>R\$ 103,86</b>	<b>R\$ 105,17</b>	<b>R\$ 105,17</b>	<b>R\$ 136,27</b>	<b>R\$ 140,47</b>	<b>R\$ 161,60</b>	<b>R\$ 239,79</b>	<b>R\$ 286,40</b>	<b>R\$ 343,28</b>	<b>R\$ 553,61</b>

**6. PERCENTUAIS DE REAJUSTE ENTRE FAIXAS**

O a 18 anos	19 a 23 anos	24 a 28 anos	29 a 33 anos	34 a 38 anos	39 a 43 anos	44 a 48 anos	49 a 53 anos	54 a 58 anos	59 anos ou mais
<b>-</b>	<b>1,27%</b>	<b>0,00%</b>	<b>29,56%</b>	<b>3,08%</b>	<b>15,05%</b>	<b>48,38%</b>	<b>19,44%</b>	<b>19,86%</b>	<b>61,27%</b>

**7. COPARTICIPAÇÃO/REEMBOLSO**

TABELA DE COPARTICIPAÇÃO:	<b>TABELA DE COPARTICIPAÇÃO FIXA I SÃO FRANCISCO SAÚDE</b>	Nº DE REGISTRO EM CARTÓRIO	<b>228692</b>
TABELA REEMBOLSO:	<b>Não há</b>	Nº DE REGISTRO EM CARTÓRIO	<b>Não há</b>

Versão 3.0.01.18

DS MRD/BC DS JCD DS L799

**8. DEFINIÇÃO DE CONTRIBUIÇÃO DA EMPRESA**

Para fim de determinar o direito estabelecido no artigo 30 e 31 da Lei 9656, declaro que a contratante:

- Contribui Integralmente com o pagamento do plano contratado.  
 Contribui Parcialmente com o pagamento do plano contratado.  
 Não contribuirá com o pagamento do plano contratado.

Em caso de mudança da condição pré-estabelecida acima informarei a contratante com 30 dias de antecedência.

Início de vigência do Contrato	Vencimento Escolhido	Taxa de Implantação	Observações especiais
<b>01/04/2018</b>	<b>Todo dia 15 de cada mês.</b>	<b>R\$ 00,00 por beneficiário.</b>	

Representante	Código

**9. DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO E POSSE**

Declaro que, antes de optar pelo plano descrito nesta Proposta, fui esclarecido sobre as condições do Plano na segmentação referência, tendo sido oferecido para minha contratação. Declaro também que, antes do preenchimento desta Proposta, me foi entregue o Manual de Orientação para contratação de planos de saúde – MPS. Declaro, ainda, ter sido devidamente informado de que o Guia de Leitura Contratual – GLC será enviado junto com o cartão de identificação, por meio de carta registrada. Declaro, finalmente, que ao preencher a presente Proposta, recebi a íntegra do contrato de Plano Privado de Assistência à Saúde, que foi totalmente lido e entendido por mim, sem qualquer restrição ao seu conteúdo, o que confirmo, apondo assinatura no presente.

**RIBEIRÃO PRETO**      **01/04/2018**

**LOCAL**                      **DATA**

DocuSigned by:

*MILSON ROBERTO DE BARROS CARMEIRO*

E2A5237E55544F7...

DocuSigned by:

*JOAO CARLOS DELBON*

E2A5237E55544F7...

**COMPANHIA TROLEIBUS ARARAQUARA**

**CNPJ sob<sup>o</sup> o nº 43.956.028/0001-00**

**CONTRATANTE**

**10. ANUÊNCIA DA CONTRATADA**

O presente contrato passa a vigorar na data estabelecida nesta proposta após assinatura do Representante Legal da Contratada.

DocuSigned by:

*Carlos Prebelli*

4DCCFB90E4994F1...

**SÃO FRANCISCO SISTEMAS DE SAÚDE**

**SOCIEDADE EMPRESÁRIA LTDA**

**CONTRATADA**

Versão 3.0.01.18

DS  
*MRDBL*

DS  
*JCD*

DS  
*L799*

## CONTRATO DE OFERTA DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

### VÍNCULO EXCLUSIVAMENTE ATIVO

#### INTEGRADO 311E FIXA - REGISTRO ANS Nº 470.391/13-0

Contrato de Plano Privado de Assistência à Saúde que estabelecem entre si, de um lado, como **CONTRATANTE**, a pessoa jurídica identificada e qualificada na proposta de admissão, que preenchida e assinada passa a fazer parte desse contrato, como pagina inicial, e, de outro como **CONTRATADA** a **SÃO FRANCISCO SISTEMAS DE SAÚDE SOCIEDADE EMPRESÁRIA LTDA**, CNPJ: 01.613.433/0001-85, Registro da Operadora na ANS: 30.209-1, Classificação da Operadora na ANS: Medicina de Grupo, com estabelecimento na Avenida Portugal, 545, 3º andar, sala 02, Jardim São Luis – Ribeirão Preto/SP, CEP: 14.020-380, têm entre si, justos e contratados, conforme características gerais a seguir transcritas e cláusulas e condições deste instrumento.

#### CARACTERÍSTICAS GERAIS:

Tipo de Contratação: **Coletivo Empresarial**

Segmentação Assistencial do Plano de Saúde: **Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia e Odontológica**

Fator Moderador: **Coparticipação**

Área Geográfica de Abrangência do Plano de Saúde: **Grupo de Municípios**

Área de Atuação do Plano de Saúde: **Municípios identificados na PROPOSTA DE ADMISSÃO**

Padrão de Acomodação em Internação: **Coletiva**

Formação do Preço e Mensalidade: **Pré-estabelecido**

Serviços e Coberturas Adicionais: **Não possui**

#### CLÁUSULA PRIMEIRA – ATRIBUTOS DO CONTRATO

**1.1** O presente Contrato tem por objeto a cobertura de custos assistenciais na forma de plano privado de assistência à saúde prevista no inciso I, do artigo 1º, da Lei 9.656/1998, visando à assistência Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia e Odontológica com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, compatíveis com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela ANS e vigente à época do evento.

**1.2** O presente instrumento trata-se de contrato de adesão, bilateral, que gera direitos e obrigações para ambas as partes, na forma do Código Civil brasileiro, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor, assumindo a **CONTRATANTE**, o risco de não vir a existir a cobertura da referida assistência, pela inocorrência do evento do qual será gerada a obrigação da **CONTRATADA** em garanti-la.

#### CLÁUSULA SEGUNDA – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

**2.1** Poderão se inscrever no Plano, nas seguintes categorias:

**2.1.1** Na Qualidade de **Beneficiário Titular** (respeitado o disposto no art. 5º da RN nº 195/09 da ANS e suas alterações):

- Pessoas naturais que mantiverem vínculo empregatício ou estatutário com a **CONTRATANTE**.
- Sócios, administradores, agentes políticos, trabalhadores temporários, estagiários e menores aprendizes.

**2.1.2** Na Qualidade de **Beneficiários Dependentes**:

- O cônjuge;
- O companheiro, **havendo união estável, na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial**;
- Os filhos, adotivos ou não, e enteados, **solteiros e menores de 18 (dezoito) anos**;
- Os filhos, adotivos ou não, e enteados, **maiores de 18 (dezoito) anos e menores de 24 (vinte e quatro) anos, desde que estudantes universitários, considerando para tal os regulamente matriculados e que estejam frequentando instituição de ensino superior**, apresentando a devida documentação comprobatória da matrícula e da frequência;
- Os filhos, adotivos ou não, e enteados, **inválidos**, declarados no Imposto de Renda do Beneficiário Titular;
- O menor **que, por força de decisão judicial, se ache sob guarda ou tutela do Beneficiário Titular**.

**2.2 A adesão dos Beneficiários Dependentes fica condicionada à participação do Beneficiário Titular.**

**2.3** A inclusão do Beneficiário Titular e respectivos dependentes será processada através do preenchimento da Ficha Cadastral ou por meio eletrônico, conforme acordado entre as partes.

**2.4** Caberá a **CONTRATANTE** a exibição dos documentos que comprovem o vínculo do Beneficiário Titular com ela própria e as condições para admissão dos Beneficiários Dependentes, no ato de inscrição, sendo de sua responsabilidade a autenticidade das informações.

**2.4.1.** Não serão efetuadas inclusões de Beneficiários, titulares ou dependentes, que não comprove o vínculo de elegibilidade com a **CONTRATANTE**. Caso ocorra tal inclusão, a **CONTRATADA** se reserva do direito de, a qualquer tempo excluir referido Beneficiário, sem prejuízo de perdas e danos decorrentes da inclusão indevida, além das penalidades contratuais e legais cabíveis.

**2.5** A **CONTRATANTE** obriga-se a fornecer à **CONTRATADA** a relação de Beneficiários a serem inscritos, contendo os respectivos nomes, filiação, endereço completo, o número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF), Cartão Nacional de Saúde, nome da mãe e natureza de sua vinculação ao Plano (titular/dependente), bem como outras informações que venham a ser exigidas pela ANS.

**2.6** A **CONTRATANTE** deverá enviar à **CONTRATADA**, a lista de movimentação dos Beneficiários no prazo máximo de 10 dias contados da data de assinatura do contrato, valendo esta data para as informações das movimentações dos períodos mensais subsequentes, referentes às inclusões, exclusões e alterações, contendo todas as informações necessárias para o devido cadastramento dos Beneficiários, conforme modelo a ser ofertado pela **CONTRATADA**.

**2.7** As movimentações enviadas referentes às inclusões, alterações e exclusões de Beneficiários serão efetivadas no período mensal subsequente ao período mensal do envio.

**2.7.1.** A inclusão do beneficiário ocorrerá a qualquer tempo e o direito a utilização dos serviços médico-hospitalares disponibilizados no objeto do presente contrato dar-se-á após 3 (três) dias úteis da solicitação da inclusão, com o correspondente pagamento de contraprestação mensal pecuniária pro-rata.

**2.7.2.** Não se aplica o disposto na cláusula 2.7. para os casos de pedidos de exclusões solicitados nas hipóteses dispostas na RN nº 412/2016, da ANS ou eventuais atualizações.

**2.8** O número mínimo de Beneficiários para manutenção deste contrato será o definido na **PROPOSTA DE ADMISSÃO**.

**2.9** Caso as exclusões de Beneficiários titulares e/ou dependentes, independente de motivo, reduza a massa de Beneficiários do plano a menos que o mínimo exigido, ou ainda, o número de inclusões não atinja o mínimo exigido, no período definido na **PROPOSTA DE ADMISSÃO**, observar-se-á o disposto na Cláusula de Rescisão deste instrumento.

**2.10** No ato da contratação e das inclusões posteriores, o Beneficiário Titular preencherá o Formulário de Declaração de Saúde, **quando for o caso, obrigando-se a informar a condição sabida de doenças ou lesões preexistentes, sua e de seus Dependentes**, quando receberá a Carta de Orientação ao Beneficiário.

**2.11** É assegurada a inclusão:

- a) do recém-nascido, filho natural ou adotivo do Beneficiário, isento do cumprimento dos períodos de carência já cumpridos pelo Beneficiário e não cabendo qualquer alegação de doença ou lesão preexistente, **desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o nascimento ou adoção;**
- b) do filho adotivo, menor de 12 (doze) anos, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo Beneficiário Titular adotante e não cabendo qualquer alegação de doença ou lesão preexistente, **desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a adoção.**

**2.11.1** A inclusão prevista na Cláusula 2.11 também ficará vinculada à verificação das condições de elegibilidade do Dependente estabelecidas no presente Contrato, aplicando-se, no que couber, o disposto na Cláusula 2.4.1.

**2.12** Ultrapassado o prazo previsto no item antecedente, será obrigatório o cumprimento integral dos respectivos prazos de carência e exigência de Cobertura Parcial Temporária, nos casos de Doenças e Lesões Preexistentes.

**2.13** A **CONTRATANTE** deverá enviar, quando solicitado pela **CONTRATADA** xerocópia da guia de recolhimento da contribuição para o INSS, bem como a relação de empregados afastados por doença e que estejam recebendo auxílio.

**2.14** A **CONTRATANTE** e o Beneficiário Titular são responsáveis pela constante atualização dos dados cadastrais informados, em relação a si e a todos os seus Beneficiários inscritos, incluindo eventual alteração de endereço, que deverá ser comunicada imediatamente à **CONTRATADA**, sob pena do destinatário da correspondência ter presumida a sua ciência e o seu conhecimento, para todos os fins de direito, dos conteúdos das notificações, cobranças, interações etc. que venha a receber em seu antigo endereço.

## CLÁUSULA TERCEIRA – COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

**3.1 A CONTRATADA** cobrirá os custos, em conformidade com os limites, prazos de carências e condições estabelecidas neste Contrato, aos Beneficiários regularmente inscritos, relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares e atendimentos obstétricos, realizados dentro da área de abrangência e atuação estabelecida neste Contrato, e na rede prestadora de serviços contratada, credenciada ou referenciada da **CONTRATADA**, independente da circunstância e do local de origem do evento, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na época do evento e disponível no sítio eletrônico [www.saofrancisco.com.br](http://www.saofrancisco.com.br), relacionados às doenças listadas na CID-10, no que se aplicam ao Plano e de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) e com as Diretrizes Clínicas (DC) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes na data do evento.

**3.2 A cobertura ambulatorial compreende:**

- a) Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas), inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM, através da Resolução CFM nº 2.149/2016 e suas alterações;
  - a.1) As áreas de atuação médicas estabelecidas pelo Conselho Federal de Medicina na mencionada Resolução não são consideradas especialidades médicas e, portanto, não se enquadram para efeito desta cobertura;
- b) Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, ou cirurgião-dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, **desde que não se caracterize como internação e desde que previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, para o segmento ambulatorial e observados os critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes à época do evento, quando for o caso;**
- c) Medicamentos registrados/regularizados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, **exclusivamente quando administrados em unidade de saúde e solicitados pelo médico assistente;**
- d) Consultas / sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo e fisioterapeuta, **solicitadas pelo médico assistente, de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e observando os critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes à época do evento, quando for o caso;**
- e) Consultas / sessões de psicoterapia, **de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e observando os critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes à época do evento, que poderão ser realizadas tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme solicitação e indicação do médico assistente;**
- f) Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, solicitados pelo médico assistente, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta;
- g) Hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;
- h) Quimioterapia oncológica ambulatorial: baseada na administração de medicamentos para tratamento do 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;
  - h.1) Adjuvantes são medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento.
- i) Medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar e adjuvantes relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso **previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento e desde que preenchidas as Diretrizes de Utilização (DUT);**
- j) Procedimentos de radioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para a segmentação ambulatorial;
- k) Procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais: aqueles que prescindem de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, em unidade de terapia intensiva e unidades similares e que

estejam descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para a segmentação ambulatorial;

- l) Hemoterapia ambulatorial;
- m) Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais, denominada cirurgia refrativa (PRK ou Lasik), desde que preenchidas as **Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS** vigente na data do evento para a segmentação ambulatorial.

### 3.3 A cobertura hospitalar com obstetrícia compreende:

- a) Internações hospitalares de todas as modalidades, inclusive em centro e terapia intensiva ou similar, em número ilimitado de dias, desde que solicitados pelo médico assistente;
- b) Despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem, alimentação ao paciente, taxas e materiais utilizados durante a internação, **exceto se tais despesas forem realizadas em caráter particular ou não vinculados ao procedimento coberto;**
- c) Atendimento por outros profissionais de saúde, durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico assistente ou cirurgião dentista assistente, obedecidos os seguintes critérios:
  - i. **O atendimento deverá ocorrer dentro do escopo de atuação dos profissionais de saúde indicados e em conformidade com a legislação específica sobre as profissões de saúde e a regulamentação dos respectivos Conselhos Profissionais; e,**
  - ii. **No caso de ser necessária a realização de procedimentos, estes deverão constar do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, respeitando-se a segmentação hospitalar.**
- d) Exames complementares previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, indispensáveis para o controle da evolução do quadro clínico do beneficiário e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, 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) Remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, **dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no Contrato, em território brasileiro;**
- f) Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do Beneficiário menor de 18 (dezoito) anos, Beneficiário com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos ou Beneficiário portador de necessidades especiais, **salvo contra-indicação do médico ou cirurgião dentista assistente ou no caso de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares;**
- g) Órteses e próteses, registradas na ANVISA, ligadas aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento, e respeitadas as disposições da Resolução Normativa nº 424/ANS e suas alterações, que trata das divergências técnico-assistencial sobre procedimentos ou eventos em saúde a ser coberto pelas operadoras de planos de assistência à saúde;
  - g.1) Cabe ao médico ou cirurgião dentista assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais – OPME necessários à execução dos procedimentos contidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS;
  - g.2) O profissional solicitante deverá justificar clinicamente a sua indicação, quando solicitado, e oferecer pelo menos 03 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas, **ficando a escolha a critério da CONTRATADA;**
  - g.3) Em caso de divergência entre o profissional requisitante e a **CONTRATADA**, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com as despesas arcadas pela **CONTRATADA;**
  - g.4) o profissional requisitante pode recusar até 03 (três) nomes indicados pela **CONTRATADA** para composição da junta médica.
- h) Procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS para a segmentação hospitalar, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar;
- i) Estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, com equipe de saúde necessária à complexidade do caso, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar;

- i.1) O imperativo clínico caracteriza-se pelos atos que se impõem em função das necessidades do Beneficiário, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção, observadas as seguintes regras:
- i. O cirurgião-dentista assistente e/ou o médico assistente irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao Beneficiário, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados;
  - ii. **Os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que, nas situações de imperativo clínico, necessitem ser realizados em ambiente hospitalar, não estão incluídos na cobertura hospitalar.**
- j) Procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:
- i. Hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
  - ii. Quimioterapia oncológica ambulatorial;
  - iii. Medicamentos para tratamento antineoplásico domiciliar de uso oral, **desde que preenchidas as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento;**
  - iv. Radioterapia: todos os procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento para as segmentações ambulatorial e hospitalar;
  - v. Hemoterapia;
  - vi. Nutrição parenteral ou enteral;
  - vii. Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
  - viii. Embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
  - ix. Radiologia intervencionista;
  - x. Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
  - xi. Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme solicitação e indicação do médico assistente;
- k) Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer;
- l) Cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- m) Transplantes, **desde que listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento**, e procedimentos a ele vinculados, respeitadas as Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS vigentes à época do evento, incluindo as despesas necessárias à sua realização, no que couber:
- i. despesas assistenciais com doadores vivos, as quais estão sob expensas da operadora de planos privados de assistência à saúde do beneficiário receptor;
  - ii. medicamentos utilizados durante a internação;
  - iii. acompanhamento clínico em todo o período pós-operatório, que compreende não só o pós-operatório imediato (primeiras 24 horas da realização da cirurgia), mediato (entre 24 horas e 48 horas da realização da cirurgia), mas também o pós-operatório tardio (a partir de 48 horas da realização da cirurgia), **exceto medicamentos de manutenção;**
  - iv. despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.
- m.1) Os procedimentos de transplante, no âmbito da saúde suplementar, estarão submetidos à legislação específica vigente.
- i. O Beneficiário candidato a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica deverá, obrigatoriamente, estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs e sujeitar-se-á ao critério de fila única de espera e de seleção;
  - ii. As entidades privadas e equipes especializadas deverão observar o regulamento técnico – legislação vigente do Ministério da Saúde – que dispõe sobre a forma de autorização e cadastro junto ao Sistema Nacional de Transplante – SNT;
  - iii. São competências privativas das CNCDOs, dentro das funções de gerenciamento que lhes são atribuídas pela legislação em vigor: determinar o encaminhamento de equipe especializada e providenciar o transporte de tecidos e órgãos após o recebimento de saúde autorizado em que se encontra o receptor.

- n) Garantia de assistência para procedimentos hospitalares na modalidade de hospital-dia, em internações de curta-permanência, de acordo com os critérios estabelecidos pelo médico assistente;
- o) Procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto e puerpério;
- p) Despesas incluindo acomodação, alimentação e paramentação, **conforme legislação vigente e limitadas àquelas fornecidas pelo hospital**, relativas a um acompanhante indicado pela mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato (nos termos da regulamentação vigente), **salvo intercorrências, a critério do médico e/ou da equipe do hospital ou no caso de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares**;
- q) Assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do Beneficiário, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, **desde que o Beneficiário (pai ou mãe do recém-nascido) tenha cumprido carência de 180 (cento e oitenta) dias para internação**.

**3.3.1.** Em caso de indisponibilidade de leito hospitalar na acomodação contratada, quando da internação hospitalar de acordo com a **alínea “a” da cláusula 3.3.**, será garantida acomodação superior, durante o período de indisponibilidade, sem custo adicional.

**3.3.2. Caso o Beneficiário venha a optar por acomodação superior àquela oferecida pela CONTRATADA, a diferença da diária e demais despesas será paga diretamente pelo Beneficiário ao prestador de serviços (honorários médicos, serviços hospitalares, taxas, etc.).**

**3.3.3. Quanto à cobertura disposta na alínea “g”, da cláusula 3.3.**, cabe ao médico ou cirurgião dentista assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais – OPME necessários à execução dos procedimentos contidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS.

**3.3.3.1.** O profissional solicitante deverá justificar clinicamente a sua indicação, quando solicitado, e oferecer pelo menos 03(três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas, **ficando a escolha da CONTRATADA**.

**3.3.3.2.** Em caso de divergência entre o profissional requisitante e a **CONTRATADA**, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com as despesas arcadas pela **CONTRATADA**.

**3.4** Na atenção prestada aos portadores de transtornos mentais serão observados:

- a) O atendimento ambulatorial e em consultórios será priorizado, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico quando houver indicação do médico assistente;
- b) Haverá cobertura para os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas;
- c) No plano com cobertura hospitalar haverá cobertura de hospital-dia para transtornos mentais, de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes na data do evento;
  - c.1) Entende-se hospital-dia para transtornos mentais como o recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional, e proporcionando ao Beneficiário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar.
- d) **Cobertura para internação psiquiátrica durante os 30 dias de internação, contínuos ou não, dentro do prazo de 1(um) ano. Após o transcurso desse prazo, haverá coparticipação de 50% (cinquenta por cento), incidentes sob o valor dos serviços utilizados, observados os tetos dos normativos editados pela ANS vigentes à época da contratação.**

**3.5** O presente Contrato garante, ainda:

- a) Atendimentos nos casos de planejamento familiar, de que trata o inciso III do artigo 35-C da Lei 9.656/1998, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, observadas, ainda, as Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes na data do evento;
- b) Eventos e procedimentos relacionados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor na data do evento que necessitem de anestesia com ou sem a participação de profissional médico anesthesiologista, **caso haja indicação clínica**;
- c) Insumos necessários para realização de procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor na data do evento, assim como a equipe cirúrgica necessária para a realização de procedimentos cirúrgicos, caso haja indicação clínica;
- d) Taxas, materiais, contrastes e medicamentos, necessários para a execução de procedimentos e eventos em saúde previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor na data do evento, desde que estejam regularizados e registrados e suas indicações constem da bula/manual junto a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA;


MRDBL
JCD
LFGG

- e) Procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação ou outro sistema de navegação, escopias e técnicas minimamente invasivas, desde que especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;
- f) Remoção e/ou retirada de órteses, próteses ou outros materiais cuja colocação, inserção e/ou fixação esteja contemplada no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento.

**3.6** O presente instrumento garante todas as coberturas e procedimentos previstos no artigo 12, IV, da Lei 9.656/1998, incluindo a cobertura do exame clínico, de procedimentos diagnósticos, atendimentos de urgência e emergência odontológicos, exames auxiliares ou complementares, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo cirurgião-dentista assistente com a finalidade de complementar o diagnóstico do paciente, tais como, procedimentos de prevenção, dentística, endodontia, periodontia e cirurgia previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, para a segmentação odontológica, e de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes à época do evento, realizados em consultórios credenciados ou centros clínicos odontológicos da rede prestadora de serviços vinculada a este Contrato, conforme relação a seguir:

a) Procedimentos de **DIAGNÓSTICO**:

- i. Consulta Odontológica inicial;
- ii. Consulta odontológica;
- iii. Consulta odontológica para avaliação técnica de auditoria;
- iv. Diagnóstico anatomopatológico em citologia esfoliativa na região buco-maxilo-facial.
- v. Diagnóstico anatomopatológico em material de biópsia na região buco-maxilo-facial.
- vi. Diagnóstico anatomopatológico em peça cirúrgica na região buco-maxilo-facial
- vii. Diagnóstico anatomopatológico em punção na região buco-maxilo-facial
- viii. Condicionamento em Odontologia
- ix. Teste de fluxo salivar;
- x. Teste de PH salivar (acidez salivar).

b) Procedimentos de **URGÊNCIA / EMERGÊNCIA**:

- i. Controle de hemorragia com aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial;
- ii. Controle de hemorragia sem aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial;
- iii. Pulpectomia;
- iv. Recimentação de trabalhos protéticos;
- v. Tratamento de alveolite;
- vi. Colagem de fragmentos dentários;
- vii. Incisão e Drenagem extra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial;
- viii. Incisão e Drenagem intra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial;
- ix. Reimplante dentário com contenção;
- x. Imobilização dentária em dentes decíduos;
- xi. Imobilização dentária em dentes permanentes;
- xii. Consulta odontológica de Urgência.

c) Procedimentos de **RADIOLOGIA**:

- i. Radiografia periapical;
- ii. Radiografia interproximal - bite-wing;
- iii. Radiografia oclusal;
- iv. Radiografia Panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia).

d) Procedimentos de **PREVENÇÃO EM SAÚDE BUCAL**:

- i. Atividade Educativa em saúde bucal;
- ii. Controle de biofilme dental (placa bacteriana);
- iii. Aplicação Tópica de Flúor;
- iv. Profilaxia – polimento coronário;
- v. Aplicação de selante de fósulas e fissuras;
- vi. Aplicação de selante - técnica invasiva;
- vii. Dessensibilização dentária;
- viii. Remineralização dentária.

e) Procedimentos de **DENTÍSTICA**:

- i. Aplicação de carioestático;
- ii. Remoção dos fatores de retenção do Biofilme Dental (Placa Bacteriana);

- iii. Restauração em ionômero de vidro - 1 face;
  - iv. Restauração em ionômero de vidro - 2 faces;
  - v. Restauração em ionômero de vidro - 3 faces;
  - vi. Restauração em ionômero de vidro - 4 faces;
  - vii. Restauração de amálgama - 1 face;
  - viii. Restauração de amálgama - 2 faces;
  - ix. Restauração de amálgama - 3 faces;
  - x. Restauração de amálgama - 4 faces;
  - xi. Faceta direta em resina fotopolimerizável;
  - xii. Restauração em resina fotopolimerizável 1 face;
  - xiii. Restauração em resina fotopolimerizável 2 faces;
  - xiv. Restauração em resina fotopolimerizável 3 faces;
  - xv. Restauração em resina fotopolimerizável 4 faces;
  - xvi. Restauração temporária / tratamento expectante;
  - xvii. Núcleo de preenchimento;
  - xviii. Ajuste Oclusal por acréscimo;
  - xix. Ajuste Oclusal por desgaste seletivo;
  - xx. Restauração atraumática em dente decíduo.
- f) Procedimentos de **PERIODONTIA**:
- i. Raspagem supra-gengival;
  - ii. Raspagem sub-gengival/alisamento radicular;
  - iii. Tratamento de abscesso periodontal agudo;
  - iv. Gengivectomia;
  - v. Gengivoplastia;
  - vi. Aumento de coroa clínica;
  - vii. Cunha proximal;
  - viii. Cirurgia periodontal a retalho;
  - ix. Imobilização dentária em dentes permanentes;
  - x. Enxerto gengival livre;
  - xi. Enxerto pediculado.
- g) Procedimentos de **ENDODONTIA**:
- i. Tratamento endodôntico unirradicular;
  - ii. Tratamento endodôntico birradicular;
  - iii. Tratamento endodôntico multirradicular;
  - iv. Tratamento endodôntico em dente decíduo;
  - v. Tratamento endodôntico de dente com rizogênese incompleta;
  - vi. Retratamento endodôntico unirradicular;
  - vii. Retratamento endodôntico birradicular;
  - viii. Retratamento endodôntico multirradicular;
  - ix. Capeamento pulpar direto;
  - x. Pulpotomia;
  - xi. Remoção de trabalho protético;
  - xii. Remoção de corpo estranho intracanal;
  - xiii. Tratamento de perfuração endodôntica;
  - xiv. Remoção de núcleo intrarradicular.
- h) Procedimentos de **CIRURGIA**:
- i. Exodontia simples de permanente;
  - ii. Exodontia de permanente por indicação ortodôntica/protética;
  - iii. Exodontia de raiz residual;
  - iv. Remoção de dentes inclusos / impactados;
  - v. Remoção de dentes semi-inclusos / impactados;
  - vi. Apicetomia unirradiculares sem obturação retrógrada;
  - vii. Apicetomia unirradiculares com obturação retrógrada;
  - viii. Apicetomia birradiculares sem obturação retrógrada;
  - ix. Apicetomia birradiculares com obturação retrógrada;

- x. Apicetomia multirradiculares sem obturação retrógrada;
  - xi. Apicetomia multirradiculares com obturação retrógrada;
  - xii. Bridectomia;
  - xiii. Bridotomia;
  - xiv. Frenulectomia labial;
  - xv. Frenulotomia labial;
  - xvi. Frenulectomia lingual;
  - xvii. Frenulotomia lingual;
  - xviii. Exodontia simples de decíduo;
  - xix. Alveoloplastia;
  - xx. Cirurgia para exostose maxilar;
  - xxi. Cirurgia para torus mandibular – unilateral;
  - xxii. Cirurgia para torus palatino;
  - xxiii. Cirurgia para torus mandibular – bilateral;
  - xxiv. Exérese ou excisão de cálculo salivar;
  - xxv. Exérese ou excisão de mucocele;
  - xxvi. Exérese ou excisão de rânula;
  - xxvii. Exodontia a retalho;
  - xxviii. Redução cruenta de fratura alvéolo dentária;
  - xxix. Redução incruenta de fratura alvéolo dentária;
  - xxx. Aprofundamento/aumento de vestibulo;
  - xxxi. Ulectomia;
  - xxxii. Ulotomia;
  - xxxiii. Biópsia de lábio;
  - xxxiv. Amputação radicular com obturação retrógrada;
  - xxxv. Amputação radicular sem obturação retrógrada;
  - xxxvi. Redução simples de luxação de Articulação Têmporo-mandibular (ATM)
  - xxxvii. Biópsia de boca;
  - xxxviii. Odonto-secção;
  - xxxix. Punção aspirativa na região buco-maxilo-facial;
  - xl. Tratamento cirúrgico das fístulas buco nasal;
  - xli. Tratamento cirúrgico das fístulas buco sinusal;
  - xl.ii. Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos moles na região buco-maxilo-facial;
  - xl.iii. Tratamento cirúrgico dos tumores benignos de tecidos moles na região buco-maxilo-facial;
  - xl. iv. Biópsia de língua;
  - xl. v. Biópsia de glândula salivar;
  - xl. vi. Sutura de ferida em região buco-maxilo-facial;
  - xl. vii. Biópsia de mandíbula;
  - xl. viii. Biópsia de maxila;
  - xl. ix. Tratamento Cirúrgico para tumores odontogênicos benignos – sem reconstrução;
  - l. Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos ósseos/cartilagosos na região buco-maxilo-facial;
  - li. Tratamento cirúrgico de tumores benignos de tecidos ósseos/ cartilagosos na região buço-maxilo-facial;
  - lii. Exérese de lipoma na região buco-maxilo-facial.
  - lii. Tunelização.
- i) Procedimentos de **PRÓTESE DENTAL**:
- i. Núcleo metálico fundido;
  - ii. Coroa provisória com pino;
  - iii. Coroa provisória sem pino;
  - iv. Restauração metálica fundida;
  - v. Coroa total metálica (unitária);
  - vi. Coroa de acetato em dente decíduo;
  - vii. Coroa total em cerômero unitária. Cobertura em dentes anteriores (incisivos e caninos) não passíveis de reconstrução por meio direto.

3.7 A cobertura odontológica compreende, ainda, a cobertura dos honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista quando, por imperativo clínico, for necessária estrutura hospitalar para a realização de procedimentos listados no Rol de Procedimentos Odontológicos vigente à época do evento.

#### CLÁUSULA QUARTA – EXCLUSÕES DE COBERTURA

4.1 Em conformidade com o que prevê a Lei nº 9.656/1998, as Resoluções do Consu, e respeitando-se as coberturas mínimas obrigatórias previstas na citada Lei e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, estão excluídos da cobertura do Plano os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não descritos expressamente neste Contrato e os provenientes de:

- a) Procedimentos assistenciais que exijam autorização prévia, realizados à revelia da CONTRATADA sem atendimento às condições previstas neste Contrato;
- b) Atendimentos prestados antes do início da vigência contratual ou do cumprimento das carências, respeitadas as demais condições contratuais;
- c) Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, ou seja, aqueles que empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país, bem como, aqueles que são considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina – CFM, e, ainda, aqueles cujas indicações não constem da bula/manual registrada na ANVISA (uso off-label);
- d) Procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação ou outro sistema de navegação, escopias e técnicas minimamente invasivas, fora do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS;
- e) Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, ou seja, aqueles que não visam restauração parcial ou total da função de órgão ou de parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;
- f) Inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;
- g) Cirurgia plástica estética de qualquer natureza;
- h) Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- i) Transplantes, à exceção dos transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;
- j) Fornecimento de medicamentos, independente da via de administração, e produtos para a saúde importados não nacionalizados, ou seja, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA;
- k) Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ou seja, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, com exceção dos medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar e dos medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento;
- l) Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico, conforme os seguintes conceitos: prótese como qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido e órtese como qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico os materiais cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico;
- m) Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico ou odontológico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- n) Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- o) Aplicação de vacinas preventivas e hipossensibilizantes;
- p) Serviços de enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar;
- q) Procedimentos não discriminados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;

MRDBL

JCD

LFGG

- r) Estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos não discriminados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;
- s) Aparelhos ortopédicos;
- t) Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
- u) Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência do plano, bem como despesas decorrentes de serviços prestados por profissionais não credenciados ao plano contratado, à exceção dos atendimentos de urgência ou de emergência, que poderão ser efetuados por médicos não credenciados e posteriormente reembolsados, nos limites e termos deste Contrato;
- v) Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do Beneficiário, exceto para pacientes menores de 18 (dezoito) anos, com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, portadores de necessidades especiais, nos termos definidos neste Contrato;
- w) Despesas relativas a um acompanhante, ressalvadas as relativas ao indicado pela mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato, nos termos definidos neste Contrato;
- x) Despesas hospitalares extraordinárias tais como: serviços telefônicos, uso de televisão, alimentação não prevista no tratamento, lavagem de roupas, produtos de toalete e de higiene pessoal e quaisquer outras despesas que não sejam vinculadas à cobertura do presente instrumento;
- y) Estada de paciente ou acompanhante em hotel, pensão ou similares;
- z) Cirurgia para mudança de sexo;
- aa) Avaliação pedagógica;
- bb) Orientações vocacionais;
- cc) Especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- dd) Áreas de atuação médica reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- ee) Qualquer tipo de atendimento domiciliar, mesmo em caráter de urgência e emergência;
- ff) Remoção domiciliar;
- gg) Exames para piscina ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- hh) Investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;
- ii) Procedimentos de próteses odontológicas sobre implantes e disfunções de ATM (articulação temporomandibular);
- jj) Fornecimento, aluguel e aquisição de equipamentos e aparelhos ortodônticos, bem como quebra ou perda desses e suas respectivas manutenções;
- kk) Tratamentos prescritos por profissional não habilitado e procedimentos não consagrados pelos órgãos oficiais;
- ll) Todos os procedimentos das especialidades de ortodontia;
- mm) Próteses odontológicas, ressalvados os procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento;
- nn) Transplantes ósseos;
- oo) Enxertos ósseos e biomateriais;
- pp) Implantes odontológicos e cirurgias periodontais com membrana e enxertos;
- qq) Quaisquer tratamentos sem indicação clínica;
- rr) Serviços com materiais importados, porcelanas ou metais nobres;
- ss) Restaurações utilizando resina fotopolimerizável em dentes posteriores somente para fins estéticos;
- tt) Radiografias não previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento para a segmentação odontológica;
- uu) Cirurgias a laser;
- vv) Clareamento dentário;
- ww) Exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais.

#### CLÁUSULA QUINTA – DURAÇÃO DO CONTRATO

5.1 O presente Contrato vigorará pelo prazo mínimo de 12 (doze) meses, contados da data estabelecida na **PROPOSTA DE ADMISSÃO**, data esta considerada como de aniversário do presente instrumento, não podendo ocorrer nenhum pagamento antes dessa data.

**5.2** Este Contrato tem renovação automática por prazo indeterminado a partir do vencimento do prazo inicial de vigência, **se quaisquer das partes não se manifestarem, contrariamente, no prazo de 60 (sessenta) dias antes do término da vigência**, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato e a pretexto da renovação.

### CLÁUSULA SEXTA – PERÍODOS DE CARÊNCIA

**6.1** Entende-se por carência o período de tempo durante o qual o Beneficiário não terá direito às coberturas contratadas. O direito de atendimento ao Beneficiário das coberturas previstas neste instrumento será prestado **após cumprimento das carências a seguir especificadas**, observando-se o disposto na legislação vigente, especialmente inciso V, art. 12 da Lei nº 9.656/1998:

	<b>Cobertura</b>	<b>Carência registrada na ANS:</b>
<b>A</b>	<b>Procedimentos de urgência e de emergência, nos termos definidos neste instrumento;</b>	<b>24 (vinte e quatro) horas</b>
<b>B</b>	<b>Consultas médicas;</b>	<b>30 (trinta) dias</b>
<b>C</b>	<b>Procedimentos odontológicos de diagnóstico, radiologia, prevenção, dentística, odontopediatria e cirurgia bucal;</b>	<b>60 (sessenta) dias</b>
<b>D</b>	<b>Procedimentos odontológicos de periodontia, endodontia e cirurgias odontológicas;</b>	<b>120 (cento e vinte) dias</b>
<b>E</b>	<b>Exames e procedimentos médicos simples, exceto os mencionados nos itens F, G, H e I, abaixo;</b>	<b>60 (sessenta) dias</b>
<b>F</b>	<b>Procedimentos médicos especiais: Exames, procedimentos e tratamentos especializados: polissonografia, colangiopancreatografia endoscópica, colonoscopia, video-laparoscopia diagnóstica e cirúrgica, Broncoscopia, Medicina Nuclear, angiografias, radiologia intervencionista, Ressonância Magnética, Tomografia Computadorizada, Video-histeroscopia diagnóstica e cirúrgica, BERA (potenciais auditivos do tronco cerebral), Video-artroscopia diagnóstica e cirúrgica, Endoscopia cirúrgica, video-toracoscopia cirúrgica, quimioterapia antineoplásica, radioterapia, procedimentos terapêuticos em hemodinâmica, litotripsia, diálise e hemodiálise; e demais procedimentos de alta complexidade, definidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente na data do evento;</b>	<b>180 (cento e oitenta) dias</b>
<b>G</b>	<b>Cirurgias, inclusive ambulatoriais, internações, terapias e tratamentos com nutricionista, psicólogo, terapeuta ocupacional e fonoaudiólogo;</b>	<b>180 (cento e oitenta) dias</b>
<b>H</b>	<b>Parto a termo;</b>	<b>300 (trezentos) dias</b>
<b>I</b>	<b>Demais casos, bem como inclusão de novos procedimentos decorrentes de atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS ocorrida em data posterior à assinatura deste Contrato.</b>	<b>180 (cento e oitenta) dias</b>

**6.2** O prazo de carência será contado a partir do início de vigência do Contrato. **Para os incluídos após a vigência deste instrumento, as carências serão contadas da data da sua inclusão.**

**6.3** Na hipótese do Beneficiário optar por adquirir um produto superior, devem ser considerados todos os prazos de carência já cumpridos pelos beneficiários que desejarem ingressar no plano de categoria superior dentro da mesma operadora e será exigido novo prazo de carência para aquelas coberturas e serviços que não estavam previstos no contrato anterior, incluindo-se nova rede credenciada de prestadores e diferente padrão de acomodação em internações. As novas carências devem obedecer à regra geral no artigo 12, V, 'b', da Lei nº 9.656/98, que prevê o prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias.

**6.3.1** Em caso da internação ocorrer durante o prazo de carência citado neste item, será assegurada a utilização da acomodação coletiva.

**6.4** Nos termos da Resolução Normativa nº. 195/09, quando o número de Beneficiários inscritos neste Contrato for igual ou superior a 30 (trinta), não será exigido o cumprimento dos períodos de carência estipulados neste Contrato, desde que o Beneficiário formalize o pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias da data da assinatura deste Contrato ou de sua vinculação <sup>DA</sup> CONTRATANTE. <sup>DS</sup>

**6.5 A exigência do cumprimento dos períodos de carência voltará a vigorar automaticamente para as novas adesões se houver redução de Beneficiários para um número inferior a 30 (trinta) Beneficiários.**

### **CLÁUSULA SÉTIMA – DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES**

**7.1 Doenças ou lesões preexistentes são aquelas que o Beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor no momento da adesão ao presente instrumento.**

**7.2 No momento da adesão ao presente instrumento, o Beneficiário deverá preencher a Declaração de Saúde, na qual manifestará o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes à época da adesão ao presente Contrato, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou rescisão unilateral do Contrato, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656/1998.**

**7.3 Juntamente com o Formulário de Declaração de Saúde, será entregue a Carta de Orientação ao Beneficiário.**

**7.4 O Beneficiário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados pela CONTRATADA, sem qualquer ônus para o Beneficiário.**

**7.5 Caso o Beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da CONTRATADA, poderá fazê-lo, desde que assumo o ônus financeiro dessa entrevista.**

**7.6 É vedada a alegação de omissão de informação de doença ou lesão preexistente quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no Beneficiário pela CONTRATADA, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.**

**7.7 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, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a CONTRATADA oferecerá a cobertura parcial temporária.**

**7.8 A cobertura parcial temporária consiste na suspensão, por um período ininterrupto de 24 (vinte e quatro) meses, da cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos exclusivamente relacionados às doenças ou lesões preexistentes. Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponíveis no sítio eletrônico da CONTRATADA.**

**7.9 As doenças ou lesões preexistentes poderão ser identificadas pela CONTRATADA por todos os meios de verificação que se aceitem como prova, inclusive prontuários médico-hospitalares, em consultórios, clínicas, laboratórios e hospitais e/ou através de exames médicos de avaliação exigidos pela CONTRATADA para definição dos eventos que terão Cobertura Parcial Temporária.**

**7.10 Exercendo prerrogativa legal, a CONTRATADA não optará pelo fornecimento do Agravo.**

**7.11 Identificado indício de fraude por parte do Beneficiário, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a CONTRATADA deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao Beneficiário através de Termo de Comunicação ao Beneficiário e poderá oferecer a opção de cobertura parcial temporária ou solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do Beneficiário à Cobertura Parcial Temporária.**

**7.11.1 A CONTRATADA poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do Beneficiário sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão preexistente.**

**7.11.2 Se solicitado pela ANS, o Beneficiário deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.**

**7.11.3 Após julgamento, e acolhida a alegação da CONTRATADA, pela ANS, o Beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação da constatação da doença e lesão preexistente, pela CONTRATADA, bem como será excluído do Contrato.**

**7.11.4 Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de doença ou lesão preexistente, bem como a suspensão ou rescisão unilateral do Contrato até a publicação, pela ANS, do encerramento do processo administrativo.**

**7.12 Nos termos da Resolução Normativa nº. 195/09, quando o número de Beneficiários inscritos neste Contrato for igual ou superior a 30 (trinta), não aplicará esta Cláusula de Doenças e Lesões Preexistentes para os Beneficiários que formalizarem o pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias da data da assinatura deste Contrato ou de sua vinculação à CONTRATANTE**

**7.12.1 Esta Cláusula de Doenças e Lesões Preexistentes aplicar-se-á automaticamente para novas adesões se houver redução de Beneficiários para um número inferior a 30 (trinta).**

### **CLÁUSULA OITAVA – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

**8.1** Considera-se atendimento de urgência o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo da gestação.

**8.2** Considera-se atendimento de emergência o evento que implica em risco imediato de morte ou de lesão irreparável para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

**8.3** Consideram-se atendimentos de urgência/emergência odontológicos, garantidos pelo presente contrato:

<b>Procedimento</b>
<b>Controle de hemorragia com ou sem aplicação de agente hemostático;</b>
<b>Tratamento de odontalgia aguda;</b>
<b>Imobilização dentária temporária;</b>
<b>Recimentação de peça/trabalho protético;</b>
<b>Tratamento de alveolite;</b>
<b>Colagem de fragmentos dentários;</b>
<b>Incisão e drenagem (intra ou extra-oral) de abscesso, hematoma ou flegmão da região buco-maxilo-facial;</b>
<b>Reimplante de dente avulsionado com contenção.</b>

**8.4** Serão garantidos os atendimentos decorrentes de acidentes pessoais, sem restrições, depois de decorridas 24 (vinte e quatro) horas de vigência do Contrato.

**8.5** Depois de cumpridas as carências, haverá cobertura dos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para a internação, desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções.

**8.6** Durante o cumprimento dos períodos de carência para internação, serão garantidos os atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, **limitados às primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internação.**

**8.7** Nos casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças e Lesões Preexistentes, haverá atendimento limitado às primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internação.

**8.8** Nos casos em que o atendimento de emergência for efetuado no decorrer dos períodos de carência para internação, será garantido o atendimento limitado às primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internação.

**8.9** Haverá remoção para unidade de atendimento da rede do plano, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente.

**8.10** Haverá remoção para unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, nos casos do Beneficiário estar cumprindo período de carência para internação.

**8.10.1** Também haverá remoção para unidade do SUS, depois de realizados os atendimentos de urgência e emergência, nos casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças e Lesões Preexistentes.

**8.10.2** Na remoção para uma unidade do SUS serão observadas as seguintes regras:

- a) **quando não possa haver remoção por risco de morte, o Beneficiário e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a CONTRATADA, desse ônus;**
- b) **cabará à CONTRATADA o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento;**
- c) **na remoção, a CONTRATADA deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS;**

- d) quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida na alínea b, a CONTRATADA estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

8.11 A CONTRATADA assegurará o reembolso, no limite das obrigações deste Contrato, das despesas efetuadas pelo Beneficiário com assistência à saúde, dentro da área geográfica de abrangência e atuação do plano, nos casos exclusivos de urgência ou de emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios ou credenciados pela CONTRATADA.

8.11.1 O Beneficiário deverá apresentar a documentação adequada no prazo máximo de 12 (doze) meses contados da data do evento, sob pena de perder o direito ao reembolso.

8.11.2 O pagamento do reembolso será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Reembolso da CONTRATADA (que equivale à relação de serviços médicos, hospitalares e odontológicos praticados pela CONTRATADA junto à rede de prestadores do respectivo plano), descontados os eventuais valores de coparticipação, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da apresentação dos seguintes documentos originais:

- Via original do documento comprobatório do pagamento das despesas ao profissional e/ou instituição não credenciada pela CONTRATADA (Recibos e/ou Notas Fiscais);
- Conta analítica médico-hospitalar, em caso de internação;
- Relatório do médico e/ou do cirurgião-dentista assistente, declarando o nome do paciente, código de identificação, o tratamento efetuado, data do atendimento, sua justificativa para o tratamento realizado, especificando, ainda, a razão da urgência e emergência;
- Comprovação radiográfica pré e pós a realização dos procedimentos odontológicos;
- Comparecimento, após o atendimento, na auditoria clínica em local estabelecido pela CONTRATADA.

8.11.3 Só serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao Beneficiário, realizado enquanto perdurar o estado de urgência ou de emergência.

## CLÁUSULA NONA – MECANISMOS DE REGULAÇÃO

9.1 Para a garantia da cobertura da assistência ora pactuada, a CONTRATADA colocará à disposição dos Beneficiários, dentro da área de abrangência geográfica do Plano: centros médicos, ambulatórios, laboratórios e consultórios e respectivos profissionais da área da saúde e de atendimento de urgência e emergência, constantes do "MANUAL DO CLIENTE".

9.2 Quando da utilização das coberturas assistenciais previstas no presente Contrato, o Beneficiário deverá apresentar ao estabelecimento ou profissional prestador dos serviços os seguintes documentos:

- Cartão de Identificação do Beneficiário mencionado nesse instrumento, com data de validade em dia;
- Documento de identidade do Beneficiário-paciente expedido por órgão oficial; e
- Guia de encaminhamento ou de internação, se for o caso, devidamente emitida pela CONTRATADA.

9.3 A CONTRATADA fornecerá aos Beneficiários o Cartão Individual de Identificação, cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade legalmente reconhecido, assegura a fruição dos direitos e vantagens deste Contrato, podendo a CONTRATADA adotar, a qualquer tempo, novo sistema para melhor atendimento aos Beneficiários.

9.4 É obrigação do Beneficiário Titular, na hipótese de rescisão, resolução ou resilição deste Contrato, ou ainda, de exclusão, devolver os respectivos cartões de identificação e quaisquer outros documentos porventura fornecidos pela CONTRATADA, respondendo, diante da comprovação da ilicitude, pelos prejuízos resultantes do uso indevido desses documentos, restando isenta, neste caso, de qualquer responsabilidade, a CONTRATADA, a partir da exclusão do Beneficiário, rescisão, resolução ou resilição do presente instrumento. Nos casos em que os cartões não forem devolvidos, na forma acima, deverá o Beneficiário Titular assinar Termo próprio se responsabilizando por eventual utilização indevida das coberturas assistenciais.

9.4.1 Considera-se uso indevido a utilização desses documentos para obter atendimento, mesmo que na forma contratada, pelos Beneficiários que perderam essa condição, por exclusão ou término do Contrato, ou, em qualquer hipótese, por terceiros, que não sejam Beneficiários.

9.4.2 O uso indevido do cartão de identificação, de qualquer Beneficiário, a critério da CONTRATADA, ensejará pedido de indenização por perdas e danos, bem como a exclusão do respectivo titular, e suas consequências.

9.5 Ocorrendo o roubo, o furto, a perda ou o extravio do Cartão Individual de Identificação, o Beneficiário Titular deverá comunicar o fato à CONTRATADA, por escrito, acompanhada de declaração de perda ou de

**boletim de ocorrência, para cancelamento ou, quando for o caso, emissão de segunda via. O cancelamento só terá validade quando reconhecido por escrito pela CONTRATADA.**

**9.5.1 As segundas vias do Cartão de Identificação serão cobradas, pela CONTRATADA, conforme valor de Taxa de Inscrição vigente à época.**

**9.6 CONSULTAS: As consultas médicas serão realizadas nos locais vinculados ao plano para essa finalidade, assim denominados Clínicas Integradas de Especialidades São Francisco Sistemas de Saúde, constantes do "MANUAL DO CLIENTE".**

- a) **Apenas o médico assistente poderá fazer o encaminhamento a um hospital, laboratório ou prestador de serviços de apoio diagnóstico e terapia, se for o caso.**
- b) Em caso de necessidade de encaminhamento, o Beneficiário deverá comparecer com o pedido médico ao departamento de Emissão de Guias.
- c) Após a emissão da guia, o Beneficiário deverá ligar para o recurso constante do "MANUAL DO CLIENTE" e marcar o horário para a realização do procedimento indicado pelo médico.

**9.7 EXAMES, TRATAMENTOS E DEMAIS PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS, exceto exames simples: O Beneficiário deverá comparecer munido da solicitação do médico ao Setor de Emissão de Guias onde após avaliação do médico auditor, será agendada a data da realização do procedimento.**

- a) O Beneficiário deverá comparecer munido da solicitação do médico ao departamento de Emissão de Guias para solicitar a Guia de Encaminhamento.
- b) Após a emissão da guia, o Beneficiário deverá ligar para o laboratório ou clínica constante do "MANUAL DO CLIENTE" e marcar o horário para a realização do exame ou tratamento indicado pelo médico.

**9.8 EXAMES SIMPLES (assim considerados os exames laboratoriais, cujo valor seja inferior a R\$ 40,00 (quarenta reais), RX simples e procedimentos ambulatoriais de baixa complexidade): O Beneficiário deverá comparecer munido da solicitação do médico assistente ao prestador de serviços vinculado ao seu plano, juntamente com o Cartão de Identificação com a data de validade em dia e um documento de identidade expedido por órgão oficial.**

**9.8.1 Para os procedimentos abaixo listados, o beneficiário deverá solicitar a autorização ao Setor de Emissão de Guias.**

- a) procedimentos especiais: Exames, procedimentos e tratamentos especializados: polissonografia, colangiopancreatografia endoscópica, colonoscopia, video-laparoscopia diagnóstica e cirúrgica, Broncoscopia, Medicina Nuclear, angiografias, radiologia intervencionista, Ressonância Magnética, Tomografia Computadorizada, Video-histeroscopia diagnóstica e cirúrgica, BERA (potenciais auditivos do tronco cerebral), Video-artroscopia diagnóstica e cirúrgica, Endoscopia cirúrgica, video-toracoscopia cirúrgica, quimioterapia antineoplásica, radioterapia, procedimentos terapêuticos em hemodinâmica, litotripsia, diálise e hemodiálise;
- b) cirurgias, inclusive ambulatoriais, internações, terapias e tratamentos com nutricionista, psicólogo, terapeuta ocupacional e fonoaudiólogo;
- c) parto a termo;
- d) demais casos e procedimentos de alta complexidade, bem como inclusão de novos procedimentos decorrentes de atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS.

**9.9 ATENDIMENTOS ODONTOLÓGICOS: A utilização de todos os procedimentos cobertos neste contrato, com exceção feita ao atendimento de urgência e emergência, está sujeita a autorização prévia conforme descrito abaixo:**

- a) A utilização das coberturas assistenciais dependerá da apresentação do Cartão de Identificação do Beneficiário (físico ou virtual através do aplicativo) que se submeterá ao tratamento. Poderá ser apresentado também o CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) como documento para utilização do plano odontológico;
- b) A utilização das coberturas assistenciais, pelos Beneficiários, far-se-á mediante a emissão da Guia de Tratamento Odontológico (GTO) emitida pelo Cirurgião-Dentista e **previamente aprovada pela CONTRATADA.**

**9.10 O Beneficiário compromete-se, sempre que solicitado pela CONTRATADA, visando a manutenção do padrão de qualidade, bem como dirimir dúvidas ou controvérsias de natureza técnica, a se submeter à auditoria clínica em local estabelecido pela CONTRATADA, quando serão realizadas avaliações clínicas dos tratamentos propostos, realizados ou que ainda encontram-se em andamento.**

**9.11 PEQUENAS CIRURGIAS - ATENDIMENTO AMBULATORIAL: Pequenas cirurgias são atos complementares a uma consulta médica ou atendimento ambulatorial.**

- a) O beneficiário deverá solicitar a autorização no Setor de Emissão de Guias, **onde o pedido será avaliado por médico auditor;**

MRDBL JCD LFGG

- b) Na data marcada, o Beneficiário deverá apresentar-se no local, com o Cartão de Identificação com a data de validade em dia, um documento de identidade expedido por órgão oficial, e a autorização fornecida pela **CONTRATADA**.

**9.12 INTERNAÇÕES PROGRAMADAS:** As internações eletivas (programadas), clínicas ou cirúrgicas, **deverão ter encaminhamento do médico**, o qual indicará, em impresso próprio, o tratamento/cirurgia a ser realizado, o tempo de existência da doença e os dados clínicos que justifiquem a internação.

- a) O beneficiário deverá solicitar a autorização no Setor de Emissão de Guias, **onde o pedido será avaliado por médico auditor**;
- b) Na data marcada, o Beneficiário deverá apresentar-se no hospital, com o Cartão de Identificação com a data de validade em dia, um documento de identidade expedido por órgão oficial e a autorização fornecida pela **CONTRATADA**;
- c) As internações hospitalares ficam a critério exclusivo do médico assistente, sendo certo, ainda, que os Beneficiários permanecerão hospitalizados enquanto houver indicação médica para tanto, a exclusivo critério do médico assistente;
- d) **Caso o Beneficiário continue hospitalizado após a alta médica a que alude o item supra, passarão a correr, inteiramente por sua conta a partir de então, todas as despesas decorrentes da internação.**

**9.13 Para autorização de cada procedimento coberto, a CONTRATADA exigirá a apresentação de documentação específica. A relação dos documentos exigidos pela CONTRATADA para autorização de cada procedimento pode ser obtida no portal da CONTRATADA na internet ou em suas centrais de atendimento.**

**9.14 A cobertura dos procedimentos ambulatoriais, hospitalares ou odontológicos somente será garantida quando apresentada toda a documentação exigida.**

**9.15 É facultado à CONTRATADA direcionar a realização de consultas, exames, internações e demais procedimentos a prestadores específicos, respeitando os prazos máximos de garantia de atendimento contemplados na regulamentação da ANS, independente de possuir ou não outros prestadores credenciados disponíveis em sua rede.**

**9.16 Os atendimentos feitos em caráter de urgência/emergência deverão ser comunicados à CONTRATADA em até 48 (quarenta e oito) horas da data do início do atendimento, mediante declaração do médico assistente, para que seja emitida a autorização correspondente.**

**9.17 Ao agendar um atendimento, o Beneficiário assume um compromisso ao qual não deve faltar. Caso não possa comparecer, deve ligar antecipadamente, liberando seu horário, para evitar prejuízos ao profissional e a outros pacientes.**

**9.18 Para que haja cobertura das despesas de atendimento os Beneficiários deste Contrato deverão ser atendidos por profissionais integrantes do corpo clínico credenciado pela CONTRATADA em estabelecimentos de saúde, também por ela credenciados, exceto nos casos de urgência e emergência, quando será admitido o reembolso na forma prevista neste instrumento.**

**9.19 O CONTRATANTE obterá através do "MANUAL DO CLIENTE" os endereços dos departamentos citados nesse contrato, inclusive para fins de autorização para a realização dos procedimentos, mas em caso de dúvida, deverá ligar para o Serviço de Atendimento ao Cliente disponível 24 (vinte e quatro) horas todos os dias da semana, pelo nº 0800 18 34 56.**

**9.20 Ao Beneficiário é garantida a avaliação do atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de 01 (um) dia útil, contado da data da solicitação, para a definição dos casos de aplicação das regras de regulação.**

**9.21 É facultado a CONTRATADA requisitar ao Beneficiário ou ao médico assistente ou ao cirurgião-dentista documentações, informações adicionais e/ou perícia médica, ficando o beneficiário obrigado a apresentar as informações solicitadas e a comparecer na perícia da CONTRATADA.**

**9.22 Nos termos da Resolução nº 08/98, do Consu, em casos de divergência médica sobre o direito às coberturas previstas neste Contrato, garante-se ao Beneficiário e à CONTRATADA a prerrogativa de requerer a formação de junta constituída por 03 (três) profissionais, sendo um nomeado pela CONTRATADA, outro pelo Beneficiário, e um terceiro, escolhido pelos dois nomeados. O Beneficiário arcará com os honorários do profissional que designar caso ele não pertença a Rede Credenciada da CONTRATADA.**

**9.23 A CONTRATADA poderá requisitar a qualquer tempo, diretamente dos profissionais, todas as informações que julgue necessárias para elucidação de matérias relacionadas à utilização das coberturas. Nessas circunstâncias, responsabiliza-se pelo sigilo das informações obtidas.**

**9.24 A CONTRATADA reserva-se o direito de alterar a rede de prestadores de serviços, constantes do mencionado "MANUAL DO CLIENTE" obedecido aos trâmites legais existentes, principalmente no que se refere à mudança de entidade hospitalar, conforme art. 17 da Lei nº 9.656/1998.**

**9.25 É facultada a substituição de entidade hospitalar**, desde que por outro equivalente e mediante comunicação ao Beneficiário e à ANS com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias em vigor.

**9.26** Na hipótese de a substituição de entidade hospitalar ocorrer por vontade da **CONTRATADA** durante período de internação de algum Beneficiário, será garantido o pagamento das despesas relacionadas com a internação até a alta hospitalar, estabelecida pelo médico assistente, **exceto nos casos de infração às normas sanitárias**, quando a **CONTRATADA** providenciará, às suas expensas, a transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência.

**9.27** No caso de redução de entidade hospitalar, é necessária autorização prévia da ANS.

**9.28** Todas as informações sobre substituições de prestadores e alterações na rede estarão disponíveis no portal da **CONTRATADA** na internet [www.saofrancisco.com.br](http://www.saofrancisco.com.br) e também pelo nº 0800 18 34 56, na forma e prazos estabelecidos pela regulamentação.

#### **9.29 FATOR MODERADOR**

**9.29.1** Além da Taxa Mensal de Manutenção devida pela **CONTRATANTE** em função do número de Beneficiários inscritos, será cobrada coparticipação, na utilização das coberturas ambulatoriais (procedimentos garantidos fora da internação hospitalar), pelos Beneficiários.

**9.29.2** As coparticipações incidirão sobre consultas, exames e procedimentos ambulatoriais, e serão apuradas de acordo com a Tabela de Coparticipação conforme definido na **PROPOSTA DE ADMISSÃO**, devidamente registrada no Cartório Oficial de Registro de Títulos e Documentos e Civil de Pessoa Jurídica de Ribeirão Preto Estado de São Paulo que fica fazendo parte integrante deste Contrato, independente de transcrição.

**9.29.3** Não incidirão coparticipações nas coberturas ambulatoriais para as quais a regulamentação da ANS expressamente vedar essa incidência.

### **CLÁUSULA DÉCIMA – FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE**

**10.1** O Plano contratado será custeado em regime de preço 'pré-estabelecido', nos termos da Resolução Normativa nº 85/04 da ANS (Anexo II, item 11, número 1) e alterações posteriores.

**10.2** Em virtude das coberturas previstas neste instrumento, a **CONTRATANTE** deverá pagar à **CONTRATADA**, uma contraprestação pecuniária mensal (mensalidade), integral ou pro-rata (conforme o caso), para cada Beneficiário inscrito, definidas em função do número de Beneficiários inscritos e das faixas etárias em que se enquadrarem (ou valor fixado em preço único por usuário ou por grupo familiar), bem como por valores de coparticipação quando da utilização dos procedimentos.

**10.3** Para cobrança do valor de mensalidade, integral e/ou pro-rata (conforme o caso), e eventuais valores de coparticipação, a **CONTRATADA** enviará, à **CONTRATANTE**, fatura única de cobrança, que deverá ser quitada até o dia do mês previsto na Proposta de Admissão, sendo essa a respectiva data de vencimento da obrigação, facultando-se à **CONTRATADA**, quando julgar conveniente, emitir e sacar duplicata referente às coberturas contratadas.

**10.4** Quando a data de vencimento cair em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser realizado até o primeiro dia útil subsequente, sendo reconhecido como comprovante de pagamento qualquer documento determinado pela **CONTRATADA**.

**10.5** As faturas emitidas pela **CONTRATADA** terão por base o número de Beneficiários informado pela **CONTRATANTE**. Na falta de comunicação, em tempo oportuno, de inclusão ou de exclusão de Beneficiários, a fatura se baseará nos dados disponíveis no período de emissão do documento de cobrança, realizando-se os acertos nas faturas subsequentes.

**10.6** A **CONTRATADA** poderá adotar modalidade diversa de cobrança, conforme melhor lhe aprouver, mediante comunicação prévia.

**10.7** Se a **CONTRATANTE** não receber documento que a possibilite realizar o pagamento de sua obrigação, em até 05 (cinco) dias antes da data do vencimento, deverá requerer segunda via junto à **CONTRATADA**, que enviará nova cobrança.

**10.8** A perda, extravio ou não recebimento do instrumento de cobrança não desobriga a **CONTRATANTE** de efetuar o seu pagamento no prazo de vencimento mensal.

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

**10.10** O pagamento antecipado das mensalidades não elimina nem reduz os períodos de carência deste Contrato.

10.11 O pagamento dos valores devidos à CONTRATADA referente a um determinado mês não significa estarem pagos ou quitados débitos anteriores.

10.12 No ato da assinatura deste Contrato, a CONTRATANTE pagará à CONTRATADA uma taxa de implantação, por beneficiário inscrito, no valor previsto na Proposta de Admissão. A taxa de implantação também será cobrada das novas adesões.

10.13 Ocorrendo impontualidade no pagamento de qualquer valor de responsabilidade da CONTRATANTE, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculados dia a dia, e multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado.

10.14 A CONTRATADA se reserva o direito de cobrar os débitos não quitados por todos os meios legais cabíveis, inclusive promovendo a respectiva cobrança por meio de instituições financeiras e inscrição em órgãos de proteção ao crédito.

10.15 Do pagamento do Beneficiário

10.15.1 A CONTRATANTE é responsável pelo pagamento diretamente à CONTRATADA dos valores devidos nos termos estipulados neste instrumento, o que não exime o Beneficiário de arcar com as parcelas de sua responsabilidade perante a CONTRATANTE.

10.15.2 Em atenção ao disposto no § 1º do artigo 15 da RN nº 279, de 2011, foi adotado o seguinte critério para a determinação do custo do beneficiário:

- a) A fixação do preço observará a tabela de custo prevista no contrato, a qual considera região de atuação do produto, meta de sinistralidade da operadora e lucro líquida esperado;
- b) A CONTRATANTE poderá – facultativo – financiar um percentual/ valor para cada beneficiário e seus dependentes conforme política de benefícios vigente da CONTRATANTE.

10.15.3 A CONTRATANTE e o Beneficiário deverão acordar a data de pagamento de suas contribuições, sendo que o atraso no pagamento ensejará o direito da CONTRATANTE solicitar à CONTRATADA a suspensão de cobertura e/ou exclusão do Beneficiário inadimplente e dos dependentes a ele vinculado.

10.15.4 Ocorrendo impontualidade no pagamento dos valores devidos pelo Beneficiário à CONTRATANTE, ensejará o direito desta de exigir, juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculados dia a dia, e multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado.

10.15.5 Após a quitação do débito do Beneficiário excluído por inadimplência, poderá a CONTRATANTE solicitar a sua reinclusão. Caso a nova admissão ocorra em prazo superior a 30 (trinta) dias da exclusão, o Beneficiário que reingressar deverá cumprir novos prazos de carência, nos termos estabelecidos neste Contrato.

### CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – REAJUSTE

11.1 O reajuste a incidir sobre o valor da mensalidade será anual, tendo como data-base de aniversário o mês de início de vigência contratual.

11.2 Caso nova legislação venha a autorizar o reajustamento em período inferior a 12 (doze) meses, essa terá aplicação imediata sobre este Contrato.

11.3 A aplicação dos reajustes será comunicada à ANS.

11.4 As demais obrigações financeiras previstas neste instrumento (tais como taxa de inscrição e segunda via do Cartão de Identificação), serão reajustadas no mesmo momento da mensalidade, através de livre negociação entre as partes. Na falta de acordo entre as partes, serão reajustadas utilizando-se o mesmo índice de reajuste da mensalidade.

11.5 Independente da data de adesão do Beneficiário, os valores de suas contribuições terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência deste Contrato, entendendo esta como data base única.

11.6 Além da modalidade de reajuste prevista nesta cláusula, devem-se observar as regras de reajuste por faixa etária previstas neste instrumento, que ocorrem no mês subsequente ao aniversário do Beneficiário, exceto se a mensalidade for fixada em preço único.

11.7 A Tabela de Coparticipação definida na PROPOSTA DE ADMISSÃO registrada no Cartório Oficial de Registro de Títulos e Documentos e Civil de Pessoa Jurídica de Ribeirão Preto Estado de São Paulo, é reajustada anualmente, contemplando a realidade mercadológica existente à época.

11.8 Conforme o número de beneficiários vinculados ao presente Contrato, o reajuste a ser aplicado levará em consideração as utilizações decorrentes da carteira de beneficiários vinculada a este instrumento ou algum dos agrupamentos de contratos a seguir estabelecidos:

Versão 3.0.01.18  


DS MRDBL DS JCD DS LFG

- a) Agrupamento de todos os contratos de planos de saúde coletivos empresariais vinculados a esta operadora que possuam menos de 30 beneficiários, hipótese que poderá ser desmembrado em sub-agrupamentos, observada a legislação a esse respeito;
- b) Agrupamento de todos os contratos de planos de saúde coletivos empresariais vinculados a esta operadora que possuam entre 30 e 100 beneficiários.

**11.9** A primeira data a ser considerada para a apuração da quantidade de beneficiários será a de assinatura deste instrumento e as datas seguintes considerarão o número de beneficiários apurado no mês de seu aniversário.

**11.10** No mês de março de cada ano, a **CONTRATADA** identificará os contratos de planos coletivos em vigor que deverão ser agrupados para efeito de reajuste, considerando o número de beneficiários vinculados a cada contrato em sua última data de aniversário, ainda que esse número se altere posteriormente.

**11.11** Do índice de reajuste para contratos agrupados que possuam menos de 30 beneficiários

**11.11.1** A mensalidade será reajustada de acordo com o índice de reajuste estabelecido para o agrupamento de contratos com menos de 30 beneficiários adotado pela **CONTRATADA**, divulgado em seu site, que será obtido através da seguinte fórmula:

$$\text{Reajuste} = (1 + \text{Máximo}(0;RT)) \times (1 + RF) - 1$$

Onde:

RF (Reajuste Financeiro): corresponderá ao último índice máximo autorizado pela ANS para reajuste de planos individuais/familiares, vigente no período considerado para apuração. Na falta deste índice, o reajuste se dará pela variação positiva do índice IPCA - Índice de Preço ao Consumidor Amplo, divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, acumulado nos últimos doze meses, e com retroatividade de 04 (quatro) meses da identificação dos contratos.

RT (Reajuste Técnico): determinado em função da sinistralidade dos contratos sub-agrupados, apurado de acordo com a seguinte expressão:

$$RT = S/Sm - 1$$

Onde:

S = sinistralidade (relação entre as despesas assistenciais e as receitas de contribuição dos contratos agrupados que possuam menos de 30 beneficiários), apurada no mesmo período considerado para determinação do RF.

Sm = meta de sinistralidade de 70% (setenta por cento).

**11.11.2** Os percentuais de reajuste definidos conforme fórmula acima serão divulgados no site da **CONTRATADA** até o 1º (primeiro) dia útil do mês de maio de cada ano, podendo ser aplicados a partir dessa data até abril do ano seguinte, sempre observando a data de aniversário de cada contrato.

**11.11.3** Na falta do índice que compõe o reajuste, deverá ser considerado o índice oficial que vier a substituí-lo.

**11.12** Do índice de reajuste para contratos agrupados que possuam entre 30 e 100 beneficiários

**11.12.1** A mensalidade será reajustada de acordo com o índice de reajuste estabelecido para o agrupamento de contratos entre 30 e 100 beneficiários adotado pela **CONTRATADA**, que será obtido através da seguinte fórmula:

$$\text{Reajuste} = (1 + \text{Máximo}(0;RT)) \times (1 + RF) - 1$$

Onde:

RF (Reajuste Financeiro): corresponderá ao último índice máximo autorizado pela ANS para reajuste de planos individuais/familiares, vigente no período considerado para apuração. Na falta deste índice, o reajuste se dará pela variação positiva do índice IPCA - Índice de Preço ao Consumidor Amplo, divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, acumulado nos últimos doze meses, e com retroatividade de 04 (quatro) meses do aniversário deste Contrato.

RT (Reajuste Técnico): determinado em função da sinistralidade dos contratos agrupados que possuam entre 30 e 100 beneficiários, apurado de acordo com a seguinte expressão:

$$RT = S/Sm - 1$$

Onde:

S = sinistralidade (relação entre as despesas assistenciais e as receitas de contribuição dos contratos agrupados que possuam entre 30 e 100 beneficiários), apurada no mesmo período considerado para determinação do RF.

Sm = meta de sinistralidade de 70% (setenta por cento).

**11.12.2** O percentual de reajuste definido conforme fórmula acima poderá ser aplicado em cada contrato a partir de sua data de aniversário.

**11.12.3** Na falta do índice que compõe o reajuste, deverá ser considerado o índice oficial que vier a substituí-lo.

**11.13** Do índice de reajuste para contratos não agrupados

**11.13.1** A mensalidade será reajustada de acordo com o índice de reajuste obtido através da seguinte fórmula:

$$\text{Reajuste} = (1 + \text{Máximo}(0; \text{RT})) \times (1 + \text{RF}) - 1$$

Onde:

RF (Reajuste Financeiro): corresponderá ao último índice máximo autorizado pela ANS para reajuste de planos individuais/familiares, vigente no período considerado para apuração. Na falta deste índice, o reajuste se dará pela variação positiva do índice IPCA - Índice de Preço ao Consumidor Amplo, divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, acumulado nos últimos doze meses, e com retroatividade de 04 (quatro) meses do aniversário deste Contrato.

RT (Reajuste Técnico): determinado em função da sinistralidade deste Contrato, apurado de acordo com a seguinte expressão:

$$\text{RT} = \text{S}/\text{Sm} - 1$$

Onde:

S = sinistralidade (relação entre as despesas assistenciais e as receitas de contribuição deste Contrato), apurada no mesmo período considerado para determinação do RF.

Sm = meta de sinistralidade de 70% (setenta por cento).

**11.13.2** As partes poderão, de comum acordo e após a apuração dos índices e valores obtidos através dos cálculos expostos na fórmula supracitada, optar por um aporte financeiro suficiente para saldar os valores das despesas atribuíveis à sinistralidade apurada no período.

## CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – FAIXAS ETÁRIAS

**12.1** As mensalidades foram fixadas em função da idade do Beneficiário inscrito, de acordo com as faixas etárias e conforme os percentuais de reajustes incidentes em cada uma delas, observada a tabela de custo estabelecido na PROPOSTA DE ADMISSÃO.

**12.2** Para exercício do direito de manutenção previsto neste instrumento, os valores de mensalidade a serem assumidos pelos Beneficiários ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados, em novo plano destinado exclusivamente a esta categoria, serão os valores previstos na tabela de preços estabelecida para aquele plano, apresentada na PROPOSTA DE ADMISSÃO, estando, em versão atualizada, permanentemente a disposição para consulta pelos Beneficiários junto à CONTRATANTE.

**12.3** Quando a alteração da idade importar em deslocamento para a faixa superior, as mensalidades serão alteradas, automaticamente, no mês seguinte ao do aniversário do Beneficiário, pelo percentual de reajuste estabelecido para a faixa etária subsequente.

**12.5** Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária não se confundem com o reajuste financeiro anual.

**12.6** Os percentuais de variação em cada mudança de faixa etária são fixados observadas as seguintes condições:

- a) O valor fixado para a última faixa etária não pode ser superior a 06 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária;
- b) A variação acumulada entre a 7ª (sétima) e a 10ª (décima) faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a 1ª (primeira) e a 7ª (sétima) faixas;
- c) As variações por mudança de faixa etária não podem apresentar percentuais negativos.

## CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

### **13.1 DO DEMITIDO**

**13.1.1** A **CONTRATANTE** assegura ao Beneficiário Titular que contribuir para o plano contratado, decorrente de seu vínculo empregatício ou estatutário, no caso de rescisão ou exoneração do Contrato de trabalho, sem justa causa, o

direito de manter sua condição de Beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do Contrato de trabalho, **desde que assuma o pagamento integral das contraprestações pecuniárias (artigo 30 da Lei nº 9.656/1998).**

**13.1.2 O demitido deve optar pela manutenção do benefício no prazo máximo de 30 (trinta) dias, em resposta à comunicação da CONTRATANTE sobre a opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, formalizada no ato da comunicação do aviso prévio, a ser cumprido ou indenizado.**

**13.1.3 O período de manutenção da condição de Beneficiário será de um terço do tempo de contribuição ao plano, ou sucessor, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses.**

### **13.2 DO APOSENTADO**

**13.2.1 A CONTRATANTE assegura ao Beneficiário Titular que se aposentar e que tiver contribuído para o plano contratado, decorrente de vínculo empregatício ou estatutário, pelo prazo mínimo de dez anos, o direito de manutenção como Beneficiário, por prazo indeterminado, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do Contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral das contraprestações pecuniárias (artigo 31 da Lei nº 9.656/1998).**

**13.2.2 O aposentado deve optar pela manutenção do benefício no prazo máximo de 30 (trinta) dias, em resposta à comunicação da CONTRATANTE sobre a opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, formalizada no ato da comunicação da aposentadoria.**

**13.2.3 Na hipótese de contribuição pelo então empregado, por período inferior a dez anos, é assegurado o direito de manutenção como Beneficiário, à razão de um ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral do PLANO.**

**13.2.4 Na hipótese do empregado que se aposentar continuar trabalhando na CONTRATANTE, quando vier a se desligar dessa, é garantido o direito de manter-se como beneficiário na condição de aposentado.**

**13.2.5 Em caso de óbito do empregado aposentado, que continuou trabalhando na CONTRATANTE, antes do exercício do direito previsto nesta Cláusula, é garantida a permanência no plano dos dependentes inscritos, pelo prazo a que teria direito o empregado aposentado, desde que assumam as responsabilidades financeiras.**

### **13.3 DAS DISPOSIÇÕES COMUNS**

**13.3.1 O PLANO tratado neste Contrato destina-se exclusivamente a categoria de Beneficiários Titulares Ativos, pelo que o direito previsto nesta Cláusula garantirá a manutenção do ex-empregado em outro plano privado de assistência à saúde da CONTRATADA destinado exclusivamente aos ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados.**

**13.3.2 O direito garantido nesta cláusula será assegurado ainda que o Beneficiário não esteja contribuindo para o PLANO no momento da demissão, exoneração sem justa causa ou aposentadoria, desde que em algum momento tenha contribuído para o PLANO. Nesse caso, o direito será assegurado na proporção do período ou da soma dos períodos de sua efetiva contribuição para o PLANO.**

**13.3.3 A manutenção da condição de beneficiário prevista nesta Cláusula, poderá ser exercida individualmente pelo titular ou estendida também a seu grupo familiar inscrito quando da vigência do contrato de trabalho, a critério do próprio titular.**

**13.3.4 O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado poderá incluir novo cônjuge e filhos no período de manutenção da condição de beneficiário.**

**13.3.5 Em caso de óbito do demitido ou aposentado em exercício do direito de manutenção, é garantida a permanência no plano dos dependentes inscritos, pelo prazo restante a que teria direito o demitido ou o aposentado, desde que assumam as responsabilidades financeiras.**

**13.3.6 As garantias previstas nesta cláusula não excluem vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.**

**13.3.7 A admissão do beneficiário em novo emprego é causa de extinção do direito de manutenção previsto nesta cláusula, cabendo ao demitido ou aposentado comunicar esse fato imediatamente à CONTRATADA ou à CONTRATANTE, para a promoção de sua exclusão e de seu grupo familiar vinculado, sob pena de fraude.**

**13.3.8 Também são causas de extinção do direito de manutenção previsto nesta cláusula:**

- a) **O decurso dos prazos de manutenção previstos nesta cláusula;**
- b) **O cancelamento pelo empregador do benefício do plano concedido aos seus empregados ativos e ex-empregados demitidos sem justa causa ou aposentados.**

**13.3.9 É assegurado ao ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado ou seus dependentes vinculados ao plano, durante o período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da**

Lei nº 9.656, de 1998, o direito de exercer a portabilidade especial de carências para plano individual ou familiar ou coletivo por adesão, **nos termos previstos na regulamentação vigente.**

**13.3.10** Além da portabilidade mencionada durante o período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998, deve-se observar ainda as demais possibilidades de portabilidade contempladas na legislação de saúde suplementar em vigor, como nos casos de óbito do titular e da perda da elegibilidade dos dependentes.

**13.3.11** O titular que não contribuir para o PLANO, durante o período que mantiver o vínculo empregatício ou estatutário, não terá direito à permanência de que trata essa cláusula, após a perda do vínculo empregatício ou estatutário.

**13.3.12** Nos planos coletivos custeados integralmente pela CONTRATANTE, não é considerada contribuição a coparticipação do Beneficiário, única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização das coberturas assistenciais médica e/ou hospitalar.

#### CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

**14.1** Caberá exclusivamente à CONTRATANTE solicitar a suspensão da cobertura ou a exclusão de Beneficiários, inclusive nas seguintes situações:

- a) solicitação de exclusão feita pelo próprio beneficiário;
- b) perda da qualidade de Titular, ressalvado o direito de manutenção no plano previsto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998;
- c) perda da qualidade de Dependente, no caso do Beneficiário deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição previstas neste instrumento ou quando deixar de entregar os documentos comprobatórios exigidos para sua manutenção como Dependente;
- d) inadimplência do Beneficiário, ressalvados os casos de demitidos e aposentados, quando a exclusão por inadimplência caberá à CONTRATADA;
- e) situações decorrentes das políticas internas da CONTRATANTE.

**14.1.1** Na hipótese da alínea “a” deste item, é garantido ao beneficiário o direito de solicitar sua exclusão diretamente junto a CONTRATADA, observada a forma e requisitos previstos na regulamentação em vigor.

**14.2** Para proceder com a solicitação de exclusão de um Beneficiário Titular do PLANO tratado neste instrumento, a CONTRATANTE deverá obrigatória e expressamente informar à CONTRATADA:

- a) se o Beneficiário foi excluído por demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria;
- b) se o Beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa se enquadra no disposto no artigo 22 da RN279/11, ou seja, se é o caso de empregado aposentado que continuou trabalhando na CONTRATANTE após a aposentadoria;
- c) se o Beneficiário contribuía para o pagamento do PLANO tratado neste instrumento;
- d) por quanto tempo o Beneficiário contribuiu para o pagamento do PLANO tratado neste instrumento; e
- e) se o ex-empregado optou pela sua manutenção como Beneficiário ou se recusou a manter esta condição.

**14.2.1** Nos termos da regulamentação, somente serão admitidas as solicitações de exclusão dos Beneficiários Titulares deste PLANO, mediante comprovação inequívoca de que o Beneficiário Titular foi comunicado do direito de manutenção previsto nos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656/98, bem como mediante a disponibilização das informações previstas no item anterior (quando aplicável).

**14.3** A CONTRATADA só poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos Beneficiários, sem a anuência da CONTRATANTE, nas seguintes hipóteses:

- a) em caso de fraude ao Plano ou dolo, sendo que, em caso de fraude relacionada à doença ou lesão preexistente será instaurado processo administrativo junto à ANS, para apuração da fraude, nos termos da legislação vigente;
- b) perda da qualidade de Titular, ressalvado o direito de manutenção no plano previsto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998;
- c) perda da qualidade de Dependente, no caso do Beneficiário deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição previstas neste instrumento ou quando deixar de entregar os documentos comprobatórios exigidos para sua manutenção como Dependente;
- d) quando o beneficiário solicitar sua exclusão diretamente junto a CONTRATADA, nos termos do item 14.1.1.

DS MRDBL DS JCD DS LFG

**14.4 A CONTRATADA informará à CONTRATANTE os documentos comprobatórios a serem apresentados pela CONTRATANTE para exclusão dos beneficiários nas hipóteses acima mencionadas.**

**14.5 O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado, mantido no Plano na forma e prazo previstos neste Contrato, poderá ser suspenso ou excluído do Plano, em caso de inadimplência por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do Contrato, após notificação prévia ao Beneficiário Titular, que se dará até o 50º (quinquagésimo) dia de inadimplência, sem prejuízo do direito de se requerer judicialmente a quitação do débito com suas consequências moratórias.**

**14.5.1 Após o 60º (sexagésimo) dia de inadimplência, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do Contrato, a CONTRATADA poderá notificar o Beneficiário mantido no Plano, a qualquer tempo, desde que obedeça a um intervalo de 10 (dez) dias entre a data da notificação e a data da rescisão.**

**14.6 A exclusão do Beneficiário Titular implicará na automática exclusão de todos os seus Dependentes, exceto nos casos expressamente previstos neste Instrumento.**

**14.7 O cancelamento da inscrição, nos termos tratados neste Contrato, não exige o Beneficiário de quitar eventuais débitos com o PLANO, incluídos os valores de contribuição mensal e de coparticipação.**

**14.8 O Beneficiário Dependente que for excluído do presente Contrato poderá firmar Contrato em seu próprio nome, em até 30 (trinta) dias, contados da data de exclusão neste instrumento, aproveitando as carências já cumpridas, exceto na hipótese de exclusão do dependente por inadimplência ou fraude comprovada, quando deverá quitar os débitos existentes e cumprir novos períodos de carência. Essa faculdade somente será admitida quando a CONTRATADA possuir planos Individuais/Familiares ativos para comercialização vigente na época da solicitação.**

### **CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – RESCISÃO**

**15.1 Sem prejuízo das penalidades previstas em lei, além das infrações especificamente previstas nesta avença, o presente Contrato será rescindido de pleno direito, de acordo com o disposto na Lei nº 9.656/98, sem que caiba direito a qualquer indenização à CONTRATANTE, a qualquer tempo, nas hipóteses seguintes:**

- a) Inadimplência da CONTRATANTE, por período superior à 30 (trinta) dias, independente de notificação, sem prejuízo do direito da CONTRATADA de requerer judicialmente a quitação do débito, com suas consequências moratórias;**
- b) Fraude comprovada e/ou dolo da CONTRATANTE.**
- c) Descumprimento da CONTRATANTE às cláusulas e condições deste Contrato;**
- d) Se não for mantido o número mínimo de Beneficiários estabelecido para manutenção deste contrato, conforme prevê a Cláusula Condições de Admissão, ressalvado o disposto no parágrafo abaixo;**
- e) No caso de decretação de falência, deferimento do processamento de pedido de recuperação judicial ou insolvência da parte CONTRATANTE.**

**15.2 Na hipótese de redução do número de Beneficiários, ficando abaixo do limite mínimo estabelecido na cláusula Condições de Admissão, a CONTRATADA poderá, a seu critério, manter vigência temporária adicional, para que seja reconstituído o mínimo contratualmente estabelecido. Caberá à CONTRATANTE pagar o equivalente à média *per capita* das mensalidades, multiplicada pelo número de Beneficiários faltantes.**

**15.3 As partes acordam que, caso a CONTRATANTE atrase o pagamento de qualquer das contraprestações pecuniárias por período superior a 5 (cinco) dias sucessivos, o direito à cobertura e/ou reembolso do plano privado de assistência à saúde, objeto deste contrato, serão imediatamente suspensos para todos os beneficiários, independentemente de notificação.**

**15.4 Após o término do prazo mínimo de 12 (doze) meses de vigência contratual, é facultado a qualquer das partes denunciarem o contrato, mediante comunicação escrita e protocolada, dirigida à outra parte, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.**

**15.5 Caso a CONTRATANTE manifeste intenção de rescindir o presente Contrato, antes do término do prazo mínimo de 12 (doze) meses de vigência contratual, fica obrigado ao pagamento, a título de multa pecuniária, do valor correspondente a 03 (três) contribuições integrais, calculadas pela média das contribuições efetuadas ao plano antes da sua notificação, ressalvado o direito da CONTRATADA de exigir complemento do valor caso o prejuízo suportado seja superior ao montante da multa acima especificada, na forma do Código Civil vigente.**

**15.6 Em nenhuma hipótese haverá restituição do valor pago pela CONTRATANTE para o Beneficiário fazer jus às coberturas definidas neste instrumento.**

**15.7 Não será admitida a inclusão ou exclusão de Beneficiários durante o prazo de aviso prévio descrito neste Contrato.**

**15.8 A CONTRATADA** reserva-se ao direito de cobrar da **CONTRATANTE**, pelos meios legais cabíveis, eventuais despesas decorrentes de atendimento prestado ao Beneficiário Titular e aos seus Dependentes, após a rescisão do Contrato, restando-se cessadas as responsabilidades da **CONTRATADA**.

**15.9** Nos termos da Resolução nº 19/1999, do Consu, no caso de cancelamento do benefício assegurado neste contrato pela **CONTRATANTE**, é assegurado ao beneficiário inscrever-se em plano individual/familiar oferecido pela **CONTRATADA**, sem necessidade de cumprimento de novos prazos de carência, desde que a **CONTRATADA** possua plano individual/familiar à época, observando-se que:

- a) Considera-se, na contagem de prazos de carência para essas modalidades de planos, o período de permanência do Beneficiário no plano coletivo cancelado;
- b) **Deverá o Beneficiário solicitar à CONTRATADA a lista de planos de saúde individuais/familiares disponíveis e a respectiva tabela de preços para fazer jus ao disposto neste item;**
- c) **Os Beneficiários deverão fazer opção pelo produto individual/familiar no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o cancelamento do benefício;**
- d) É responsabilidade do empregador informar ao empregado sobre o cancelamento do benefício, em tempo hábil ao cumprimento do prazo de opção de que trata o item antecedente.

### CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DISPOSIÇÕES GERAIS

**16.1** Para os efeitos deste Contrato, são adotadas as seguintes definições:

- a) **ACIDENTE PESSOAL:** evento ocorrido em data específica, provocado por agentes externos ao corpo humano, súbitos e involuntários e causadores de lesões físicas não decorrentes de problemas de saúde, e que, independente de qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico, como, por exemplo, acidentes de carro, quedas e inalação de gases;
- b) **AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - 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 garantam a assistência suplementar à saúde;
- c) **AGRAVO:** 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 carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a **CONTRATADA** e o Beneficiário. Exercendo prerrogativa legal, a **CONTRATADA** não optará pelo fornecimento do Agravo;
- d) **ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA E ATUAÇÃO DO PLANO:** área definida em Contrato dentro da qual o Beneficiário poderá utilizar as coberturas assistenciais contratadas;
- e) **ATENDIMENTO AMBULATORIAL:** compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, ou serviços como recuperação pós-anestésica, UTI, CETIN e similares;
- f) **ATENDIMENTO ELETIVO:** termo usado para designar os atendimentos médicos que podem ser programados, ou seja, que não são considerados de urgência ou de emergência;
- g) **CARÊNCIA:** prazo ininterrupto, contado a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, durante o qual os Beneficiários não têm direito às coberturas contratadas;
- h) **CID-10:** Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10ª revisão;
- i) **COBERTURA:** garantia, nos limites e modalidades deste Contrato, do pagamento de despesas médicas e hospitalares, diretamente às pessoas físicas ou jurídicas prestadoras de serviços, em nome e por conta dos Beneficiários;
- j) **COMPANHEIRO:** pessoa que vive em união estável com outrem, configurada na convivência pública, contínua e duradoura com o objetivo de constituição de família, nos termos da Constituição Federal e do Código Civil Brasileiro;
- k) **COMPLICAÇÕES NO PROCESSO GESTACIONAL:** alterações patológicas durante a gestação, como, por exemplo, gravidez tubária, eclampsia, parto prematuro e abortamento;
- l) **CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - CONSU:** órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para deliberar sobre questões relacionadas à saúde suplementar, definidas no art. 35-A da Lei nº 9.656/1998;

- m) **HOSPITAL DIA:** atendimento hospitalar que não requeira pernoite em leito hospitalar, não correspondendo, portanto, a uma diária convencional;
- n) **INTERNAÇÃO HOSPITALAR:** situação na qual o Beneficiário é admitido em estabelecimento hospitalar, ficando sob os cuidados do médico assistente, para ser submetido a algum tipo de tratamento ou procedimento;
- o) **MÉDICO ASSISTENTE:** médico responsável pela indicação da conduta médica a ser aplicada ao paciente.

**16.2** Por convenção, adotou-se neste Contrato o gênero masculino quando há referência ao gênero masculino e feminino.

**16.3 A CONTRATADA não se responsabilizará por qualquer procedimento do Beneficiário que contrarie as normas e rotinas contidas neste Contrato.**

**16.4 Os casos omissos no presente instrumento contratual serão resolvidos de comum acordo entre os contratantes.**

**16.5 Qualquer tolerância não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.**

**16.6 O Beneficiário Titular, por si e por seus Dependentes, autoriza a CONTRATADA a prestar todas as informações cadastrais solicitadas pelos órgãos de fiscalização da assistência à saúde.**

**16.7 Este Contrato foi elaborado levando-se em consideração a legislação vigente, assim, qualquer alteração das normas que implique em necessária modificação do avençado, as partes se sujeitarão ao ajuste das novas condições.**

**16.8 A CONTRATADA não será responsabilizada, em nenhuma hipótese, por eventos, procedimentos ou efeitos decorrentes da contratação direta de procedimentos não cobertos por este Contrato entre o Beneficiário Titular e/ou seus dependentes e os médicos-assistentes credenciados e/ou não credenciados pela CONTRATADA.**

**16.9 Faz parte do Contrato quaisquer documentos que tratem de assuntos pertinentes ao plano de saúde. Dentre esses documentos, incluem-se: Declaração de Saúde, quando for o caso, Tabela de Procedimentos São Francisco Sistemas de Saúde registrada no Cartório Oficial de Registro de Títulos e Documentos e Civil de Pessoa Jurídica de Ribeirão Preto Estado de São Paulo sob o número 131660 para Reembolso de Urgência/Emergência, quando for o caso, Tabela de Coparticipação definida na PROPOSTA DE ADMISSÃO registrada no Cartório Oficial de Registro de Títulos e Documentos e Civil de Pessoa Jurídica de Ribeirão Preto Estado de São Paulo, quando for o caso, Manual do Cliente e o Guia de Leitura Contratual.**

### CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – ELEIÇÃO DE FORO

**17.1** As partes comprometem-se a resolver de comum acordo as divergências decorrentes do presente instrumento, não sendo possível a composição amigável, fica eleito o foro do domicílio da **CONTRATANTE** para dirimir qualquer demanda sobre o presente Contrato.

E por estarem assim ajustadas e combinadas, as partes assinam esse instrumento em 2 (duas) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo.

Ribeirão Preto, 01 de Abril de 2018.

DocuSigned by:  
*Carlos Prebelli*  
4DCCFB90E4994F1...

**SÃO FRANCISCO SISTEMAS DE SAÚDE  
SOCIEDADE EMPRESÁRIA LTDA  
CONTRATADA**

DocuSigned by:  
*MILSON ROBERTO DE BARROS CARMEIRO*  
E2A5237E55544F7...

DocuSigned by:  
*JOAO CARLOS DELBON*  
E2A5237E55544F7...  
**COMPANHIA TROLEIBUS ARARAQUARA  
CNPJ sob o nº 43.956.028/0001-00  
CONTRATANTE**

Testemunhas:  
DocuSigned by:  
*Anna Carolina Bentlin*  
4BB9092F3DC347F...  
Nome: Anna Carolina Bentlin  
RG: 403736031

Testemunhas:  
DocuSigned by:  
*Larissa Grecco*  
66052937890B4E1...  
Nome: Larissa Fernanda Gustavo Grecco  
RG: 475171780

DS *MRDBL* DS *JCD* DS *LFGG*

  
Versão 3.0.01.18

<sup>DS</sup>  
 MRDBL

<sup>DS</sup>  
 JCD

<sup>DS</sup>  
 LFGG

**CONTRATO DE OFERTA DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE**  
**VÍNCULO EXCLUSIVAMENTE INATIVO**  
**INTEGRADO 311E FIXA - REGISTRO ANS Nº 470.391/13-0**

Contrato de Plano Privado de Assistência à Saúde que estabelecem entre si, de um lado, como **CONTRATANTE**, a pessoa jurídica identificada e qualificada na proposta de admissão, que preenchida e assinada passa a fazer parte desse contrato, como pagina inicial, e, de outro como **CONTRATADA a SÃO FRANCISCO SISTEMAS DE SAÚDE SOCIEDADE EMPRESÁRIA LTDA**, CNPJ: 01.613.433/0001-85, Registro da Operadora na ANS: 30.209-1, Classificação da Operadora na ANS: Medicina de Grupo, com estabelecimento na Avenida Portugal, 545, 3º andar, sala 02, Jardim São Luis – Ribeirão Preto/SP, CEP: 14.020-380, têm entre si, justos e contratados, conforme características gerais a seguir transcritas e cláusulas e condições deste instrumento.

**CARACTERÍSTICAS GERAIS:**

Tipo de Contratação: **Coletivo Empresarial**

Segmentação Assistencial do Plano de Saúde: **Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia e Odontológica**

Fator Moderador: **Coparticipação**

Área Geográfica de Abrangência do Plano de Saúde: **Grupo de Municípios**

Área de Atuação do Plano de Saúde: **Municípios identificados na PROPOSTA DE ADMISSÃO**

Padrão de Acomodação em Internação: **Coletiva**

Formação do Preço e Mensalidade: **Pré-estabelecido**

Serviços e Coberturas Adicionais: **Não possui**

**CLÁUSULA PRIMEIRA – ATRIBUTOS DO CONTRATO**

**1.1** O presente Contrato tem por objeto a cobertura de custos assistenciais na forma de plano privado de assistência à saúde prevista no inciso I, do artigo 1º, da Lei 9.656/1998, visando à assistência Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia e Odontológica com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, compatíveis com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela ANS e vigente à época do evento.

**1.2** O presente instrumento trata-se de contrato de adesão, bilateral, que gera direitos e obrigações para ambas as partes, na forma do Código Civil brasileiro, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor, assumindo a **CONTRATANTE**, o risco de não vir a existir a cobertura da referida assistência, pela inocorrência do evento do qual será gerada a obrigação da **CONTRATADA** em garanti-la.

**CLÁUSULA SEGUNDA – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO**

**2.1** O presente Plano destina-se exclusivamente aos Beneficiários ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados, extensivo a seus respectivos dependentes, que optarem pelo direito de manutenção após a perda do vínculo empregatício, nos termos contemplados nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98.

**2.2** Os beneficiários serão admitidos nas seguintes categorias:

**2.2.1** Na Qualidade de **Beneficiário Titular** (respeitado o disposto no art. 5º da RN nº 195/09 da ANS e suas alterações):

- a) O Beneficiário Titular anteriormente inscrito em plano destinado a categoria de empregados ativos e que vier a perder o vínculo empregatício em relação à **CONTRATANTE** em razão de demissão ou exoneração sem justa causa;
- b) O Beneficiário Titular anteriormente inscrito em plano destinado a categoria de empregados ativos e que vier a perder o vínculo empregatício em relação à **CONTRATANTE** em razão de aposentadoria.

**2.2.2** Na Qualidade de **Beneficiários Dependentes**:

- a) **pessoas naturais já inscritas na condição de dependente do Titular em plano da CONTRATADA quando da perda do vínculo empregatício ativo do Titular em relação à CONTRATANTE;**
- b) **Novo cônjuge,**

DS MRDBC JCD LFGG

c) **Filhos do Titular, nos limites admitidos no plano dos ativos.**

**2.3 A admissão dos Beneficiários Dependentes fica condicionada à participação do Beneficiário Titular.**

**2.4** A disposição do item anterior não se aplica aos Beneficiários já inscritos como Dependentes do Titular aposentado que continuou trabalhando na **CONTRATANTE** e veio a falecer antes do exercício do direito de manutenção previsto no art. 31 da Lei 9.656/98.

**2.5** A admissão do Beneficiário Titular e respectivos dependentes será processada através da manifestação do Titular de continuar sendo assistido pelo plano após a perda do vínculo com a **CONTRATANTE**.

**2.6** **Caberá à CONTRATANTE** enviar à **CONTRATADA**, a manifestação formal do beneficiário quanto ao exercício do direito de manutenção da qualidade de beneficiário, contendo todas as informações necessárias para o devido cadastramento dos Beneficiários.

**2.7** A **CONTRATANTE** deverá enviar à **CONTRATADA**, a lista de movimentação dos Beneficiários no prazo máximo de 10 dias contados da data de assinatura do contrato, valendo esta data para as informações das movimentações dos períodos mensais subsequentes, referentes às inclusões, exclusões e alterações, contendo todas as informações necessárias, conforme modelo a ser ofertado pela **CONTRATADA**.

**2.8** As movimentações enviadas referentes às inclusões, alterações e exclusões de Beneficiários serão efetivadas no período mensal subsequente ao período mensal do envio.

**2.8.1.** A inclusão do beneficiário ocorrerá a qualquer tempo e o direito a utilização dos serviços médico-hospitalares disponibilizados no objeto do presente contrato dar-se-á após 3 (três) dias úteis da solicitação da inclusão, com o correspondente pagamento de contraprestação mensal pecuniária pro-rata.

**2.8.2.** Não se aplica o disposto na cláusula 2.8. para os casos de pedidos de exclusões solicitados nas hipóteses dispostas na RN nº 412/2016, da ANS ou eventuais atualizações.

**2.9** No ato das inclusões posteriores, o Beneficiário Titular preencherá o Formulário de Declaração de Saúde, **quando for o caso, obrigando-se a informar a condição sabida de doenças ou lesões preexistentes de seus Dependentes.**

**2.10** É assegurada a inclusão:

- a) do recém-nascido, filho natural ou adotivo do Beneficiário, isento do cumprimento dos períodos de carência já cumpridos pelo Beneficiário e não cabendo qualquer alegação de doença ou lesão preexistente, **desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o nascimento ou adoção;**
- b) do filho adotivo, menor de 12 (doze) anos, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo Beneficiário Titular adotante e não cabendo qualquer alegação de doença ou lesão preexistente, **desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a adoção.**

**2.10.1** A inclusão fica vinculada à verificação das condições de elegibilidade do Dependente estabelecidas no presente Contrato.

**2.11** Ultrapassado o prazo previsto no item antecedente, será obrigatório o cumprimento integral dos respectivos prazos de carência e exigência de Cobertura Parcial Temporária, nos casos de Doenças e Lesões Preexistentes.

**2.12** A **CONTRATANTE** e o Beneficiário Titular são responsáveis pela constante atualização dos dados cadastrais informados, em relação a si e a todos os seus Beneficiários inscritos, incluindo eventual alteração de endereço, que deverá ser comunicada imediatamente à **CONTRATADA**, sob pena do destinatário da correspondência ter presumida a sua ciência e o seu conhecimento, para todos os fins de direito, dos conteúdos das notificações, cobranças, interpelações etc. que venha a receber em seu antigo endereço.

### **CLÁUSULA TERCEIRA – COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS**

**3.1** A **CONTRATADA** cobrirá os custos, em conformidade com os limites, prazos de carências e condições estabelecidas neste Contrato, aos Beneficiários regularmente inscritos, relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares e atendimentos obstétricos, realizados dentro da área de abrangência e atuação estabelecida neste Contrato, e na rede prestadora de serviços contratada, credenciada ou referenciada da **CONTRATADA**, independente da circunstância e do local de origem do evento, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na época do evento e disponível no sítio eletrônico [www.saofrancisco.com.br](http://www.saofrancisco.com.br), relacionados às doenças listadas na CID-10, no que se aplicam ao Plano e de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) e com as Diretrizes Clínicas (DC) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes na data do evento.

**3.2** A cobertura ambulatorial compreende:

Versão 3.0.01.18

MRDBC JCD

DS  
LFGG

- a) Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas), inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM, através da Resolução CFM nº 2.149/2016 e suas alterações;
- a.1) As áreas de atuação médicas estabelecidas pelo Conselho Federal de Medicina na mencionada Resolução não são consideradas especialidades médicas e, portanto, não se enquadram para efeito desta cobertura;
- b) Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, ou cirurgião-dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, **desde que não se caracterize como internação e desde que previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, para o segmento ambulatorial e observados os critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes à época do evento, quando for o caso;**
- c) Medicamentos registrados/regularizados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, **exclusivamente quando administrados em unidade de saúde e solicitados pelo médico assistente;**
- d) Consultas / sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo e fisioterapeuta, **solicitadas pelo médico assistente, de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e observando os critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes à época do evento, quando for o caso;**
- e) Consultas / sessões de psicoterapia, **de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e observando os critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes à época do evento,** que poderão ser realizadas tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, **conforme solicitação e indicação do médico assistente;**
- f) Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, solicitados pelo médico assistente, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta;
- g) Hemodiálise e diálise peritonial – CAPD;
- h) Quimioterapia oncológica ambulatorial: baseada na administração de medicamentos para tratamento do 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;
- h.1) Adjuvantes são medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento;
- i) Medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar e adjuvantes relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso **previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento e desde que preenchidas as Diretrizes de Utilização (DUT);**
- j) Procedimentos de radioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para a segmentação ambulatorial;
- k) Procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais: aqueles que prescindem de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para a segmentação ambulatorial;
- l) Hemoterapia ambulatorial;
- m) Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais, denominada cirurgia refrativa (PRK ou Lasik), desde que preenchidas as **Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para a segmentação ambulatorial.**

### 3.3 A cobertura hospitalar com obstetrícia compreende:

- a) Internações hospitalares de todas as modalidades, inclusive em centro e terapia intensiva ou similar, em número ilimitado de dias, desde que solicitados pelo médico assistente;

- b) Despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem, alimentação ao paciente, taxas e materiais utilizados durante a internação, **exceto se tais despesas forem realizadas em caráter particular ou não vinculados ao procedimento coberto;**
- c) Atendimento por outros profissionais de saúde, durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico assistente ou cirurgião dentista assistente, obedecidos os seguintes critérios:
- O atendimento deverá ocorrer dentro do escopo de atuação dos profissionais de saúde indicados e em conformidade com a legislação específica sobre as profissões de saúde e a regulamentação dos respectivos Conselhos Profissionais; e,**
  - No caso de ser necessária a realização de procedimentos, estes deverão constar do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, respeitando-se a segmentação hospitalar.**
- d) Exames complementares previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, indispensáveis para o controle da evolução do quadro clínico do beneficiário e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, 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) Remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, **dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no Contrato, em território brasileiro;**
- f) Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do Beneficiário menor de 18 (dezoito) anos, Beneficiário com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos ou Beneficiário portador de necessidades especiais, **salvo contra-indicação do médico ou cirurgião dentista assistente ou no caso de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares;**
- g) Órteses e próteses, registradas na ANVISA, ligadas aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento, e respeitadas as disposições da Resolução Normativa nº 424/ANS e suas alterações, que trata das divergências técnico-assistencial sobre procedimentos ou eventos em saúde a ser coberto pelas operadoras de planos de assistência à saúde;
- Cabe ao médico ou cirurgião dentista assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais – OPME necessários à execução dos procedimentos contidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS;
  - O profissional solicitante deverá justificar clinicamente a sua indicação, quando solicitado, e oferecer pelo menos 03 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas, **ficando a escolha a critério da CONTRATADA;**
  - Em caso de divergência entre o profissional requisitante e a **CONTRATADA**, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com as despesas arcadas pela **CONTRATADA;**
  - o profissional requisitante pode recusar até 03 (três) nomes indicados pela **CONTRATADA** para composição da junta médica.
- h) Procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS para a segmentação hospitalar, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar;
- i) Estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, com equipe de saúde necessária à complexidade do caso, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar;
- O imperativo clínico caracteriza-se pelos atos que se impõem em função das necessidades do Beneficiário, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção, observadas as seguintes regras:
    - O cirurgião-dentista assistente e/ou o médico assistente irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao Beneficiário, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados;**

**ii. Os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que, nas situações de imperativo clínico, necessitem ser realizados em ambiente hospitalar, não estão incluídos na cobertura hospitalar.**

- j) Procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:
- i. Hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;
  - ii. Quimioterapia oncológica ambulatorial;
  - iii. Medicamentos para tratamento antineoplásico domiciliar de uso oral, **desde que preenchidas as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento;**
  - iv. Radioterapia: todos os procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento para as segmentações ambulatorial e hospitalar;
  - v. Hemoterapia;
  - vi. Nutrição parenteral ou enteral;
  - vii. Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
  - viii. Embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
  - ix. Radiologia intervencionista;
  - x. Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
  - xi. Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme solicitação e indicação do médico assistente.
- k) Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer;
- l) Cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- m) Transplantes, **desde que listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento**, e procedimentos a ele vinculados, respeitadas as Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS vigentes à época do evento, incluindo as despesas necessárias à sua realização, no que couber:
- i. despesas assistenciais com doadores vivos, as quais estão sob expensas da operadora de planos privados de assistência à saúde do beneficiário receptor;
  - ii. medicamentos utilizados durante a internação;
  - iii. acompanhamento clínico em todo o período pós-operatório, que compreende não só o pós-operatório imediato (primeiras 24 horas da realização da cirurgia), mediato (entre 24 horas e 48 horas da realização da cirurgia), mas também o pós-operatório tardio (a partir de 48 horas da realização da cirurgia), **exceto medicamentos de manutenção;**
  - iv. despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.
- m.1) Os procedimentos de transplante, no âmbito da saúde suplementar, estarão submetidos à legislação específica vigente.
- i. O Beneficiário candidato a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica deverá, obrigatoriamente, estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs e sujeitar-se-á ao critério de fila única de espera e de seleção;
  - ii. As entidades privadas e equipes especializadas deverão observar o regulamento técnico – legislação vigente do Ministério da Saúde – que dispõe sobre a forma de autorização e cadastro junto ao Sistema Nacional de Transplante – SNT;
  - iii. São competências privativas das CNCDOs, dentro das funções de gerenciamento que lhes são atribuídas pela legislação em vigor: determinar o encaminhamento de equipe especializada e providenciar o transporte de tecidos e órgãos ao estabelecimento de saúde autorizado em que se encontre o receptor.
- n) Garantia de assistência para procedimentos hospitalares na modalidade de hospital-dia, em internações de curta-permanência, de acordo com os critérios estabelecidos pelo médico assistente;
- o) Procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto e puerpério;
- p) Despesas incluindo acomodação, alimentação e paramentação, **conforme legislação vigente e limitadas àquelas fornecidas pelo hospital**, relativas a um acompanhante indicado pela mulher durante o pré-parto,

parto e pós-parto imediato (nos termos da regulamentação vigente), **salvo intercorrências, a critério do médico e/ou da equipe do hospital ou no caso de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares;**

- q) Assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do Beneficiário, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, **desde que o Beneficiário (pai ou mãe do recém-nascido) tenha cumprido carência de 180 (cento e oitenta) dias para internação.**

**3.3.1.** Em caso de indisponibilidade de leito hospitalar na acomodação contratada, quando da internação hospitalar de acordo com a **alínea “a” da cláusula 3.3.**, será garantida acomodação superior, durante o período de indisponibilidade, sem custo adicional.

**3.3.2. Caso o Beneficiário venha a optar por acomodação superior àquela oferecida pela CONTRATADA, a diferença da diária e demais despesas será paga diretamente pelo Beneficiário ao prestador de serviços (honorários médicos, serviços hospitalares, taxas, etc.).**

**3.3.3. Quanto à cobertura disposta na alínea “g”, da cláusula 3.3.**, cabe ao médico ou cirurgião dentista assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais – OPME necessários à execução dos procedimentos contidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS;

**3.3.3.1.** O profissional solicitante deverá justificar clinicamente a sua indicação, quando solicitado, e oferecer pelo menos 03(três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas, **ficando a escolha da CONTRATADA.**

**3.3.3.2.** Em caso de divergência entre o profissional requisitante e a **CONTRATADA**, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com as despesas arcadas pela **CONTRATADA.**

**3.4** Na atenção prestada aos portadores de transtornos mentais serão observados:

- a) O atendimento ambulatorial e em consultórios será priorizado, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico quando houver indicação do médico assistente;
- b) Haverá cobertura para os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas;
- c) No plano com cobertura hospitalar haverá cobertura de hospital-dia para transtornos mentais, de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes na data do evento;
  - c.1) Entende-se hospital-dia para transtornos mentais como o recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional, e proporcionando ao Beneficiário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar.
- d) **Cobertura para internação psiquiátrica durante os 30 dias de internação, contínuos ou não, dentro do prazo de 1(um) ano. Após o transcurso desse prazo, haverá coparticipação de 50% (cinquenta por cento), incidentes sob o valor dos serviços utilizados, observados os tetos dos normativos editados pela ANS vigentes à época da contratação.**

**3.5** O presente Contrato garante, ainda:

- a) atendimentos nos casos de planejamento familiar, de que trata o inciso III do artigo 35-C da Lei 9.656/1998, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, observadas, ainda, as Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes na data do evento;
- b) Eventos e procedimentos relacionados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor na data do evento que necessitem de anestesia com ou sem a participação de profissional médico anesthesiologista, **caso haja indicação clínica;**
- c) Insumos necessários para realização de procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor na data do evento, assim como a equipe cirúrgica necessária para a realização de procedimentos cirúrgicos, caso haja indicação clínica;
- d) Taxas, materiais, contrastes e medicamentos, necessários para a execução de procedimentos e eventos em saúde previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor na data do evento, desde que estejam regularizados e registrados e suas indicações constem da bula/manual junto a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA;
- e) Procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação ou outro sistema de navegação, escopias e técnicas minimamente invasivas, desde que especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;
- f) Remoção e/ou retirada de órteses, próteses ou outros materiais cuja colocação, inserção e/ou fixação esteja contemplada no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento.

**3.6** O presente instrumento garante todas as coberturas e procedimentos previstos no artigo 12, IV, da Lei 9.656/1998, incluindo a cobertura do exame clínico, de procedimentos diagnósticos, atendimentos de urgência e emergência odontológicos, exames auxiliares ou complementares, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo cirurgião-dentista assistente com a finalidade de complementar o diagnóstico do paciente, tais como, procedimentos de prevenção, dentística, endodontia, periodontia e cirurgia previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, para a segmentação odontológica, e de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes à época do evento, realizados em consultórios credenciados ou centros clínicos odontológicos da rede prestadora de serviços vinculada a este Contrato, conforme relação a seguir:

a) Procedimentos de **DIAGNÓSTICO**:

- i. Consulta Odontológica inicial;
- ii. Consulta odontológica;
- iii. Consulta odontológica para avaliação técnica de auditoria;
- iv. Diagnóstico anatomopatológico em citologia esfoliativa na região buco-maxilo-facial.
- v. Diagnóstico anatomopatológico em material de biópsia na região buco-maxilo-facial.
- vi. Diagnóstico anatomopatológico em peça cirúrgica na região buco-maxilo-facial
- vii. Diagnóstico anatomopatológico em punção na região buco-maxilo-facial
- viii. Condicionamento em Odontologia
- ix. Teste de fluxo salivar;
- x. Teste de PH salivar (acidez salivar).

b) Procedimentos de **URGÊNCIA / EMERGÊNCIA**:

- i. Controle de hemorragia com aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial;
- ii. Controle de hemorragia sem aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial;
- iii. Pulpectomia;
- iv. Recimentação de trabalhos protéticos;
- v. Tratamento de alveolite;
- vi. Colagem de fragmentos dentários;
- vii. Incisão e Drenagem extra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial;
- viii. Incisão e Drenagem intra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial;
- ix. Reimplante dentário com contenção;
- x. Imobilização dentária em dentes decíduos;
- xi. Imobilização dentária em dentes permanentes;
- xii. Consulta odontológica de Urgência.

c) Procedimentos de **RADIOLOGIA**:

- i. Radiografia periapical;
- ii. Radiografia interproximal - bite-wing;
- iii. Radiografia oclusal;
- iv. Radiografia Panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia).

d) Procedimentos de **PREVENÇÃO EM SAÚDE BUCAL**:

- i. Atividade Educativa em saúde bucal;
- ii. Controle de biofilme dental (placa bacteriana);
- iii. Aplicação Tópica de Flúor;
- iv. Profilaxia – polimento coronário;
- v. Aplicação de selante de fósulas e fissuras;
- vi. Aplicação de selante - técnica invasiva;
- vii. Dessensibilização dentária;
- viii. Remineralização dentária.

e) Procedimentos de **DENTÍSTICA**:

- i. Aplicação de cariostático;
- ii. Remoção dos fatores de retenção do Biofilme Dental (Placa Bacteriana);
- iii. Restauração em ionômero de vidro - 1 face;
- iv. Restauração em ionômero de vidro - 2 faces;
- v. Restauração em ionômero de vidro - 3 faces;
- vi. Restauração em ionômero de vidro - 4 faces;

- vii. Restauração de amálgama - 1 face;
  - viii. Restauração de amálgama - 2 faces;
  - ix. Restauração de amálgama - 3 faces;
  - x. Restauração de amálgama - 4 faces;
  - xi. Faceta direta em resina fotopolimerizável;
  - xii. Restauração em resina fotopolimerizável 1 face;
  - xiii. Restauração em resina fotopolimerizável 2 faces;
  - xiv. Restauração em resina fotopolimerizável 3 faces;
  - xv. Restauração em resina fotopolimerizável 4 faces;
  - xvi. Restauração temporária / tratamento expectante;
  - xvii. Núcleo de preenchimento;
  - xviii. Ajuste Oclusal por acréscimo;
  - xix. Ajuste Oclusal por desgaste seletivo;
  - xx. Restauração atraumática em dente decíduo.
- f) Procedimentos de **PERIODONTIA**:
- i. Raspagem supra-gengival;
  - ii. Raspagem sub-gengival/alisamento radicular;
  - iii. Tratamento de abscesso periodontal agudo;
  - iv. Gengivectomia;
  - v. Gengivoplastia;
  - vi. Aumento de coroa clínica;
  - vii. Cunha proximal;
  - viii. Cirurgia periodontal a retalho;
  - ix. Imobilização dentária em dentes permanentes;
  - x. Enxerto gengival livre;
  - xi. Enxerto pediculado.
- g) Procedimentos de **ENDODONTIA**:
- i. Tratamento endodôntico unirradicular;
  - ii. Tratamento endodôntico birradicular;
  - iii. Tratamento endodôntico multirradicular;
  - iv. Tratamento endodôntico em dente decíduo;
  - v. Tratamento endodôntico de dente com rizogênese incompleta;
  - vi. Retratamento endodôntico unirradicular;
  - vii. Retratamento endodôntico birradicular;
  - viii. Retratamento endodôntico multirradicular;
  - ix. Capeamento pulpar direto;
  - x. Pulpotomia;
  - xi. Remoção de trabalho protético;
  - xii. Remoção de corpo estranho intracanal;
  - xiii. Tratamento de perfuração endodôntica;
  - xiv. Remoção de núcleo intrarradicular.
- h) Procedimentos de **CIRURGIA**:
- i. Exodontia simples de permanente;
  - ii. Exodontia de permanente por indicação ortodôntica/protética;
  - iii. Exodontia de raiz residual;
  - iv. Remoção de dentes inclusos / impactados;
  - v. Remoção de dentes semi-inclusos / impactados;
  - vi. Apicetomia unirradiculares sem obturação retrógrada;
  - vii. Apicetomia unirradiculares com obturação retrógrada;
  - viii. Apicetomia birradiculares sem obturação retrógrada;
  - ix. Apicetomia birradiculares com obturação retrógrada;
  - x. Apicetomia multirradiculares sem obturação retrógrada;
  - xi. Apicetomia multirradiculares com obturação retrógrada;
  - xii. Bridectomia;

- xiii. Bridotomia;
  - xiv. Frenulectomia labial;
  - xv. Frenulotomia labial;
  - xvi. Frenulectomia lingual;
  - xvii. Frenulotomia lingual;
  - xviii. Exodontia simples de decíduo;
  - xix. Alveoloplastia;
  - xx. Cirurgia para exostose maxilar;
  - xxi. Cirurgia para torus mandibular – unilateral;
  - xxii. Cirurgia para torus palatino;
  - xxiii. Cirurgia para torus mandibular – bilateral;
  - xxiv. Exérese ou excisão de cálculo salivar;
  - xxv. Exérese ou excisão de mucocele;
  - xxvi. Exérese ou excisão de rânula;
  - xxvii. Exodontia a retalho;
  - xxviii. Redução cruenta de fratura alvéolo dentária;
  - xxix. Redução incruenta de fratura alvéolo dentária;
  - xxx. Aprofundamento/aumento de vestibulo;
  - xxxi. Ulectomia;
  - xxxii. Ulotomia;
  - xxxiii. Biópsia de lábio;
  - xxxiv. Amputação radicular com obturação retrógrada;
  - xxxv. Amputação radicular sem obturação retrógrada;
  - xxxvi. Redução simples de luxação de Articulação Têmporo-mandibular (ATM)
  - xxxvii. Biópsia de boca;
  - xxxviii. Odonto-secção;
  - xxxix. Punção aspirativa na região buco-maxilo-facial;
  - xl. Tratamento cirúrgico das fístulas buco nasal;
  - xli. Tratamento cirúrgico das fístulas buco sinusal;
  - xlII. Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos moles na região buco-maxilo-facial;
  - xlIII. Tratamento cirúrgico dos tumores benignos de tecidos moles na região buco-maxilo-facial;
  - xliv. Biópsia de língua;
  - xlv. Biópsia de glândula salivar;
  - xlvi. Sutura de ferida em região buco-maxilo-facial;
  - xlvII. Biópsia de mandíbula;
  - xlvIII. Biópsia de maxila;
  - xlIX. Tratamento Cirúrgico para tumores odontogênicos benignos – sem reconstrução;
    - I. Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos ósseos/cartilaginosos na região buco-maxilo-facial;
    - II. Tratamento cirúrgico de tumores benignos de tecidos ósseos/ cartilaginosos na região buço-maxilo-facial;
    - III. Exérese de lipoma na região buco-maxilo-facial.
    - IIII. Tunelização.
- i) Procedimentos de **PRÓTESE DENTAL**:
- i. Núcleo metálico fundido;
  - ii. Coroa provisória com pino;
  - iii. Coroa provisória sem pino;
  - iv. Restauração metálica fundida;
  - v. Coroa total metálica (unitária);
  - vi. Coroa de acetato em dente decíduo;
  - vii. Coroa total em cerômero unitária. Cobertura em dentes anteriores (incisivos e caninos) não passíveis de reconstrução por meio direto.

**3.7** A cobertura odontológica compreende, ainda, a cobertura dos honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista quando, por imperativo clínico, for necessária estrutura hospitalar para a realização de procedimentos listados no Rol de Procedimentos Odontológicos vigente à época do evento.

## CLÁUSULA QUARTA – EXCLUSÕES DE COBERTURA

4.1 Em conformidade com o que prevê a Lei nº 9.656/1998, as Resoluções do Consu, e respeitando-se as coberturas mínimas obrigatórias previstas na citada Lei e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, estão excluídos da cobertura do Plano os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não descritos expressamente neste Contrato e os provenientes de:

- a) Procedimentos assistenciais que exijam autorização prévia, realizados à revelia da CONTRATADA sem atendimento às condições previstas neste Contrato;
- b) Atendimentos prestados antes do início da vigência contratual ou do cumprimento das carências, respeitadas as demais condições contratuais;
- c) Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, ou seja, aqueles que empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país, bem como, aqueles que são considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina – CFM, e, ainda, aqueles cujas indicações não constem da bula/manual registrada na ANVISA (uso off-label);
- d) Procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação ou outro sistema de navegação, escopias e técnicas minimamente invasivas, fora do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS;
- e) Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, ou seja, aqueles que não visam restauração parcial ou total da função de órgão ou de parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;
- f) Inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;
- g) Cirurgia plástica estética de qualquer natureza;
- h) Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- i) Transplantes, à exceção dos transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;
- j) Fornecimento de medicamentos, independente da via de administração, e produtos para a saúde importados não nacionalizados, ou seja, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA;
- k) Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ou seja, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, com exceção dos medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar e dos medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento;
- l) Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico, conforme os seguintes conceitos: prótese como qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido e órtese como qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico os materiais cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico;
- m) Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico ou odontológico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- n) Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- o) Aplicação de vacinas preventivas e hipossensibilizantes;
- p) Serviços de enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar;
- q) Procedimentos não discriminados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;
- r) Estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos não discriminados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;
- s) Aparelhos ortopédicos;

APARELHOS ORTOPÉDICOS

JCD

1799

- t) Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
- u) Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência do plano, bem como despesas decorrentes de serviços prestados por profissionais não credenciados ao plano contratado, à exceção dos atendimentos de urgência ou de emergência, que poderão ser efetuados por médicos não credenciados e posteriormente reembolsados, nos limites e termos deste Contrato;
- v) Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do Beneficiário, exceto para pacientes menores de 18 (dezoito) anos, com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, portadores de necessidades especiais, nos termos definidos neste Contrato;
- w) Despesas relativas a um acompanhante, ressalvadas as relativas ao indicado pela mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato, nos termos definidos neste Contrato;
- x) Despesas hospitalares extraordinárias tais como: serviços telefônicos, uso de televisão, alimentação não prevista no tratamento, lavagem de roupas, produtos de toalete e de higiene pessoal e quaisquer outras despesas que não sejam vinculadas à cobertura do presente instrumento;
- y) Estada de paciente ou acompanhante em hotel, pensão ou similares;
- z) Cirurgia para mudança de sexo;
- aa) Avaliação pedagógica;
- bb) Orientações vocacionais;
- cc) Especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- dd) Áreas de atuação médica, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- ee) Qualquer tipo de atendimento domiciliar, mesmo em caráter de urgência e emergência;
- ff) Remoção domiciliar;
- gg) Exames para piscina ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- hh) Investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;
- ii) Procedimentos de próteses odontológicas sobre implantes e disfunções de ATM (articulação temporo-mandibular);
- jj) Fornecimento, aluguel e aquisição de equipamentos e aparelhos ortodônticos, bem como quebra ou perda desses e suas respectivas manutenções;
- kk) Tratamentos prescritos por profissional não habilitado e procedimentos não consagrados pelos órgãos oficiais;
- ll) Todos os procedimentos das especialidades de ortodontia;
- mm) Próteses odontológicas, ressalvados os procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento;
- nn) Transplantes ósseos;
- oo) Enxertos ósseos e biomateriais;
- pp) Implantes odontológicos e cirurgias periodontais com membrana e enxertos;
- qq) Quaisquer tratamentos sem indicação clínica;
- rr) Serviços com materiais importados, porcelanas ou metais nobres;
- ss) Restaurações utilizando resina fotopolimerizável em dentes posteriores somente para fins estéticos;
- tt) Radiografias não previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento para a segmentação odontológica;
- uu) Cirurgias a laser;
- vv) Clareamento dentário;
- ww) Exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais.

#### CLÁUSULA QUINTA – DURAÇÃO DO CONTRATO

5.1 O presente Contrato vigorará pelo prazo mínimo de 12 (doze) meses, contados da data estabelecida na **PROPOSTA DE ADMISSÃO**, data esta considerada como de aniversário do presente instrumento, não podendo ocorrer nenhum pagamento antes dessa data.

5.2 Este Contrato tem renovação automática por prazo indeterminado a partir do vencimento do prazo inicial de vigência, **se quaisquer das partes não se manifestarem, contrariamente, no prazo de 60 (sessenta) dias antes do término da vigência**, não restando a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato e a pretexto da renovação.

**CLÁUSULA SEXTA – PERÍODOS DE CARÊNCIA**

**6.1** Entende-se por carência o período de tempo durante o qual o Beneficiário não terá direito às coberturas contratadas. O direito de atendimento ao Beneficiário das coberturas previstas neste instrumento será prestado **após cumprimento das carências a seguir especificadas**, observando-se o disposto na legislação vigente, especialmente inciso V, art. 12 da Lei nº 9.656/1998:

	<b>Cobertura</b>	<b>Carência registrada na ANS:</b>
<b>A</b>	<b>Procedimentos de urgência e de emergência, nos termos definidos neste instrumento;</b>	<b>24 (vinte e quatro) horas</b>
<b>B</b>	<b>Consultas médicas;</b>	<b>30 (trinta) dias</b>
<b>C</b>	<b>Procedimentos odontológicos de diagnóstico, radiologia, prevenção, dentística, odontopediatria e cirurgia bucal;</b>	<b>60 (sessenta) dias</b>
<b>D</b>	<b>Procedimentos odontológicos de periodontia, endodontia e cirurgias odontológicas;</b>	<b>120 (cento e vinte) dias</b>
<b>E</b>	<b>Exames e procedimentos médicos simples, exceto os mencionados nos itens F, G, H e I, abaixo;</b>	<b>60 (sessenta) dias</b>
<b>F</b>	<b>Procedimentos médicos especiais: Exames, procedimentos e tratamentos especializados: polissonografia, colangiopancreatografia endoscópica, colonoscopia, video-laparoscopia diagnóstica e cirúrgica, Broncoscopia, Medicina Nuclear, angiografias, radiologia intervencionista, Ressonância Magnética, Tomografia Computadorizada, Video-histeroscopia diagnóstica e cirúrgica, BERA (potenciais auditivos do tronco cerebral), Video-artroscopia diagnóstica e cirúrgica, Endoscopia cirúrgica, video-toracoscopia cirúrgica, quimioterapia antineoplásica, radioterapia, procedimentos terapêuticos em hemodinâmica, litotripsia, diálise e hemodiálise; e demais procedimentos de alta complexidade, definidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente na data do evento;</b>	<b>180 (cento e oitenta) dias</b>
<b>G</b>	<b>Cirurgias, inclusive ambulatoriais, internações, terapias e tratamentos com nutricionista, psicólogo, terapeuta ocupacional e fonoaudiólogo;</b>	<b>180 (cento e oitenta) dias</b>
<b>H</b>	<b>Parto a termo;</b>	<b>300 (trezentos) dias</b>
<b>I</b>	<b>Demais casos, bem como inclusão de novos procedimentos decorrentes de atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS ocorrida em data posterior à assinatura deste Contrato.</b>	<b>180 (cento e oitenta) dias</b>

**6.2** O prazo de carência será contado a partir do início de vigência do Contrato. **Para os incluídos após a vigência deste instrumento, as carências serão contadas da data da sua inclusão.**

**6.2.1** Não serão imputadas novas carências na transferência dos beneficiários para este plano a partir do contrato de plano da **CONTRATADA** destinado exclusivamente aos titulares com vínculo empregatício ativo.

**6.2.2** O beneficiário que estava cumprindo carências no contrato de plano da **CONTRATADA** destinado exclusivamente aos titulares com vínculo empregatício ativo no momento da transferência para este contrato, deverá continuar cumprindo as respectivas carências restantes.

**6.3 Na hipótese do Beneficiário optar por adquirir um produto superior, devem ser considerados todos os prazos de carência já cumpridos pelos beneficiários que desejarem ingressar no plano de categoria superior dentro da mesma operadora e será exigido novo prazo de carência para aquelas coberturas e serviços que não estavam previstos no contrato anterior, incluindo-se nova rede credenciada de prestadores e diferente padrão de acomodação em internações. As novas carências devem obedecer à regra geral no artigo 12, V, 'b', da Lei nº 9.656/98, que prevê o prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias.**

**6.3.1** Em caso da internação ocorrer durante o prazo de carência citado neste item, será assegurada a utilização da acomodação coletiva.

6.4 Nos termos da Resolução Normativa nº. 195/09, quando o número de Beneficiários inscritos neste Contrato for igual ou superior a 30 (trinta), não será exigido o cumprimento dos períodos de carência estipulados neste Contrato, desde que o Beneficiário formalize o pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias da data da assinatura deste Contrato ou de sua vinculação à CONTRATANTE.

6.5 A exigência do cumprimento dos períodos de carência voltará a vigorar automaticamente para as novas adesões se houver redução de Beneficiários para um número inferior a 30 (trinta) Beneficiários.

#### **CLÁUSULA SÉTIMA – DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES**

7.1 Doenças ou lesões preexistentes são aquelas que o Beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor no momento da adesão ao presente instrumento.

7.2 No momento da adesão ao presente instrumento, o Beneficiário deverá preencher a Declaração de Saúde, na qual manifestará o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes à época da adesão ao presente Contrato, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou rescisão unilateral do Contrato, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656/1998.

7.3 Juntamente com o Formulário de Declaração de Saúde, será entregue a Carta de Orientação ao Beneficiário.

7.4 O Beneficiário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados pela CONTRATADA, sem qualquer ônus para o Beneficiário.

7.5 Caso o Beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da CONTRATADA, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus financeiro dessa entrevista.

7.6 É vedada a alegação de omissão de informação de doença ou lesão preexistente quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no Beneficiário pela CONTRATADA, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.

7.7 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, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a CONTRATADA oferecerá a cobertura parcial temporária.

7.8 A cobertura parcial temporária consiste na suspensão, por um período ininterrupto de 24 (vinte e quatro) meses, da cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos exclusivamente relacionados às doenças ou lesões preexistentes. Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponíveis no sítio eletrônico da CONTRATADA.

7.9 As doenças ou lesões preexistentes poderão ser identificadas pela CONTRATADA por todos os meios de verificação que se aceitem como prova, inclusive prontuários médico-hospitalares, em consultórios, clínicas, laboratórios e hospitais e/ou através de exames médicos de avaliação exigidos pela CONTRATADA para definição dos eventos que terão Cobertura Parcial Temporária.

7.10 Exercendo prerrogativa legal, a CONTRATADA não optará pelo fornecimento do Agravo.

7.11 Identificado indício de fraude por parte do Beneficiário, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a CONTRATADA deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao Beneficiário através de Termo de Comunicação ao Beneficiário e poderá oferecer a opção de cobertura parcial temporária ou solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do Beneficiário à Cobertura Parcial Temporária.

7.11.1 A CONTRATADA poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do Beneficiário sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão preexistente.

7.11.2 Se solicitado pela ANS, o Beneficiário deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.

7.11.3 Após julgamento, e acolhida a alegação da CONTRATADA, pela ANS, o Beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação da constatação da doença e lesão preexistente, pela CONTRATADA, bem como será excluído do Contrato.

7.11.4 Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de doença ou lesão preexistente, bem como a suspensão ou rescisão unilateral do Contrato até a publicação pela ANS, do encerramento do processo administrativo.

7.12 Nos termos da Resolução Normativa nº. 195/09, quando o número de Beneficiários inscritos neste Contrato for igual ou superior a 30 (trinta), não vigorará esta Cláusula de Doenças e Lesões Preexistentes **para os Beneficiários que formalizarem o pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias da data da assinatura deste Contrato ou de sua vinculação à CONTRATANTE.**

7.12.1 Esta Cláusula de Doenças e Lesões Preexistentes voltará a vigorar automaticamente para novas adesões se houver redução de Beneficiários para um número inferior a 30 (trinta).

7.13 Não será exigida nova declaração de saúde e não serão imputadas novas CPT's na transferência dos beneficiários para este plano a partir do contrato de plano da **CONTRATADA** destinado exclusivamente aos titulares com vínculo empregatício ativo.

7.13.1 O beneficiário que estava cumprindo CPT no contrato de plano da **CONTRATADA** destinado exclusivamente aos titulares com vínculo empregatício ativo no momento da transferência para este contrato, deverá continuar cumprindo as respectivas CPT's restantes.

### CLÁUSULA OITAVA – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

8.1 Considera-se atendimento de urgência o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo da gestação.

8.2 Considera-se atendimento de emergência o evento que implica em risco imediato de morte ou de lesão irreparável para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

8.3 Consideram-se atendimentos de urgência/emergência odontológicos, garantidos pelo presente contrato:

<b>Procedimento</b>
<b>Controle de hemorragia com ou sem aplicação de agente hemostático;</b>
<b>Tratamento de odontalgia aguda;</b>
<b>Imobilização dentária temporária;</b>
<b>Recimentação de peça/trabalho protético;</b>
<b>Tratamento de alveolite;</b>
<b>Colagem de fragmentos dentários;</b>
<b>Incisão e drenagem (intra ou extra-oral) de abscesso, hematoma ou flegmão da região buco-maxilo-facial;</b>
<b>Reimplante de dente avulsionado com contenção.</b>

8.4 Serão garantidos os atendimentos decorrentes de acidentes pessoais, sem restrições, depois de decorridas 24 (vinte e quatro) horas de vigência do Contrato.

8.5 Depois de cumpridas as carências, haverá cobertura dos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para a internação, desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções.

8.6 Durante o cumprimento dos períodos de carência para internação, serão garantidos os atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, **limitados às primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internação.**

8.7 Nos casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças e Lesões Preexistentes, haverá atendimento limitado às primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internação.

8.8 Nos casos em que o atendimento de emergência for efetuado no decorrer dos períodos de carência para internação, será garantido o atendimento limitado às primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internação.

8.9 Haverá remoção para unidade de atendimento da rede do plano, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente.

8.10 Haverá remoção para unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, nos casos do Beneficiário estar cumprindo período de carência para internação.

8.10.1 Também haverá remoção para unidade do SUS, depois de realizados os atendimentos de urgência e emergência, nos casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade

de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças e Lesões Preexistentes.

8.10.2 Na remoção para uma unidade do SUS serão observadas as seguintes regras:

- a) quando não possa haver remoção por risco de morte, o Beneficiário e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a CONTRATADA, desse ônus;
- b) caberá à CONTRATADA o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento;
- c) na remoção, a CONTRATADA deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS;
- d) quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida na alínea b, a CONTRATADA estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

8.11 A CONTRATADA assegurará o reembolso, no limite das obrigações deste Contrato, das despesas efetuadas pelo Beneficiário com assistência à saúde, dentro da área geográfica de abrangência e atuação do plano, nos casos exclusivos de urgência ou de emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios ou credenciados pela CONTRATADA.

8.11.1 O Beneficiário deverá apresentar a documentação adequada no prazo máximo de 12 (doze) meses contados da data do evento, sob pena de perder o direito ao reembolso.

8.11.2 O pagamento do reembolso será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Reembolso da CONTRATADA (que equivale à relação de serviços médicos, hospitalares e odontológicos praticados pela CONTRATADA junto à rede de prestadores do respectivo plano), descontados os eventuais valores de coparticipação, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da apresentação dos seguintes documentos originais:

- a) Via original do documento comprobatório do pagamento das despesas ao profissional e/ou instituição não credenciada pela CONTRATADA (Recibos e/ou Notas Fiscais);
- b) Conta analítica médico-hospitalar, em caso de internação;
- c) Relatório do médico e/ou do cirurgião-dentista assistente, declarando o nome do paciente, código de identificação, o tratamento efetuado, data do atendimento, sua justificativa para o tratamento realizado, especificando, ainda, a razão da urgência e emergência;
- d) Comprovação radiográfica pré e pós a realização dos procedimentos odontológicos;
- e) Comparecimento, após o atendimento, na auditoria clínica em local estabelecido pela CONTRATADA.

8.11.3 Só serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao Beneficiário, realizado enquanto perdurar o estado de urgência ou de emergência.

## CLÁUSULA NONA – MECANISMOS DE REGULAÇÃO

9.1 Para a garantia da cobertura da assistência ora pactuada, a CONTRATADA colocará à disposição dos Beneficiários, dentro da área de abrangência geográfica do Plano: centros médicos, ambulatórios, laboratórios e consultórios e respectivos profissionais da área da saúde e de atendimento de urgência e emergência, constantes do "MANUAL DO CLIENTE".

9.2 Quando da utilização das coberturas assistenciais previstas no presente Contrato, o Beneficiário deverá apresentar ao estabelecimento ou profissional prestador dos serviços os seguintes documentos:

- a) Cartão de Identificação do Beneficiário mencionado nesse instrumento, com data de validade em dia;
- b) Documento de identidade do Beneficiário-paciente expedido por órgão oficial; e
- c) Guia de encaminhamento ou de internação, se for o caso, devidamente emitida pela CONTRATADA.

9.3 A CONTRATADA fornecerá aos Beneficiários o Cartão Individual de Identificação, cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade legalmente reconhecido, assegura a fruição dos direitos e vantagens deste Contrato, podendo a CONTRATADA adotar, a qualquer tempo, novo sistema para melhor atendimento aos Beneficiários.

9.4 É obrigação do Beneficiário Titular, na hipótese de rescisão, resolução ou rescisão deste Contrato, ou ainda, de exclusão, devolver os respectivos cartões de identificação e quaisquer outros documentos porventura fornecidos pela CONTRATADA, respondendo, diante da comprovação da ilicitude, pelos prejuízos

resultantes do uso indevido desses documentos, restando isenta, neste caso, de qualquer responsabilidade, a CONTRATADA, a partir da exclusão do Beneficiário, rescisão, resolução ou resilição do presente instrumento. Nos casos em que os cartões não forem devolvidos, na forma acima, deverá o Beneficiário Titular assinar Termo próprio se responsabilizando por eventual utilização indevida das coberturas assistenciais.

9.4.1 Considera-se uso indevido a utilização desses documentos para obter atendimento, mesmo que na forma contratada, pelos Beneficiários que perderam essa condição, por exclusão ou término do Contrato, ou, em qualquer hipótese, por terceiros, que não sejam Beneficiários.

9.4.2 O uso indevido do cartão de identificação, de qualquer Beneficiário, a critério da CONTRATADA, ensejará pedido de indenização por perdas e danos, bem como a exclusão do respectivo titular, e suas consequências.

9.5 Ocorrendo o roubo, o furto, a perda ou o extravio do Cartão Individual de Identificação, o Beneficiário Titular deverá comunicar o fato à CONTRATADA, por escrito, acompanhada de declaração de perda ou de boletim de ocorrência, para cancelamento ou, quando for o caso, emissão de segunda via. O cancelamento só terá validade quando reconhecido por escrito pela CONTRATADA.

9.5.1 As segundas vias do Cartão de Identificação serão cobradas, pela CONTRATADA, conforme valor de Taxa de Inscrição vigente à época.

9.6 CONSULTAS: As consultas médicas serão realizadas nos locais vinculados ao plano para essa finalidade, assim denominados Clínicas Integradas de Especialidades São Francisco Sistemas de Saúde, constantes do "MANUAL DO CLIENTE".

- Apenas o médico assistente poderá fazer o encaminhamento a um hospital, laboratório ou prestador de serviços de apoio diagnóstico e terapia, se for o caso;
- Em caso de necessidade de encaminhamento, o Beneficiário deverá comparecer com o pedido médico ao departamento de Emissão de Guias;
- Após a emissão da guia, o Beneficiário deverá ligar para o recurso constante do "MANUAL DO CLIENTE" e marcar o horário para a realização do procedimento indicado pelo médico.

9.7 EXAMES, TRATAMENTOS E DEMAIS PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS, exceto exames simples: O Beneficiário deverá comparecer munido da solicitação do médico ao Setor de Emissão de Guias onde após avaliação do médico auditor, será agendada a data da realização do procedimento.

- O Beneficiário deverá comparecer munido da solicitação do médico ao departamento de Emissão de Guias para solicitar a Guia de Encaminhamento;
- Após a emissão da guia, o Beneficiário deverá ligar para o laboratório ou clínica constante do "MANUAL DO CLIENTE" e marcar o horário para a realização do exame ou tratamento indicado pelo médico.

9.8 EXAMES SIMPLES (assim considerados os exames laboratoriais, cujo valor seja inferior a R\$ 40,00 (quarenta reais), RX simples e procedimentos ambulatoriais de baixa complexidade): O Beneficiário deverá comparecer munido da solicitação do médico assistente ao prestador de serviços vinculado ao seu plano, juntamente com o Cartão de Identificação com a data de validade em dia e um documento de identidade expedido por órgão oficial.

9.8.1 Para os procedimentos abaixo listados, o beneficiário deverá solicitar a autorização ao Setor de Emissão de Guias.

- procedimentos especiais: Exames, procedimentos e tratamentos especializados: polissonografia, colangiopancreatografia endoscópica, colonoscopia, video-laparoscopia diagnóstica e cirúrgica, Broncoscopia, Medicina Nuclear, angiografias, radiologia intervencionista, Ressonância Magnética, Tomografia Computadorizada, Video-histeroscopia diagnóstica e cirúrgica, BERA (potenciais auditivos do tronco cerebral), Video-artroscopia diagnóstica e cirúrgica, Endoscopia cirúrgica, video-toracoscopia cirúrgica, quimioterapia antineoplásica, radioterapia, procedimentos terapêuticos em hemodinâmica, litotripsia, diálise e hemodiálise;
- cirurgias, inclusive ambulatoriais, internações, terapias e tratamentos com nutricionista, psicólogo, terapeuta ocupacional e fonoaudiólogo;
- parto a termo;
- demais casos e procedimentos de alta complexidade, bem como inclusão de novos procedimentos decorrentes de atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS.

9.9 ATENDIMENTOS ODONTOLÓGICOS: A utilização de todos os procedimentos cobertos neste contrato, com exceção feita ao atendimento de urgência e emergência, está sujeita a autorização prévia conforme descrito abaixo:

- a) A utilização das coberturas assistenciais dependerá da apresentação do Cartão de Identificação do Beneficiário (físico ou virtual através do aplicativo) que se submeterá ao tratamento. Poderá ser apresentado também o CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) como documento para utilização do plano odontológico;
- b) A utilização das coberturas assistenciais, pelos Beneficiários, far-se-á mediante a emissão da Guia de Tratamento Odontológico (GTO) emitida pelo Cirurgião-Dentista e **previamente aprovada pela CONTRATADA.**

**9.10 O Beneficiário compromete-se, sempre que solicitado pela CONTRATADA, visando a manutenção do padrão de qualidade, bem como dirimir dúvidas ou controvérsias de natureza técnica, a se submeter à auditoria clínica em local estabelecido pela CONTRATADA, quando serão realizadas avaliações clínicas dos tratamentos propostos, realizados ou que ainda encontram-se em andamento.**

**9.11 PEQUENAS CIRURGIAS - ATENDIMENTO AMBULATORIAL:** Pequenas cirurgias são atos complementares a uma consulta médica ou atendimento ambulatorial.

- a) O beneficiário deverá solicitar a autorização no Setor de Emissão de Guias, **onde o pedido será avaliado por médico auditor;**
- b) Na data marcada, o Beneficiário deverá apresentar-se no local, com o Cartão de Identificação com a data de validade em dia, um documento de identidade expedido por órgão oficial, e a autorização fornecida pela **CONTRATADA.**

**9.12 INTERNAÇÕES PROGRAMADAS:** As internações eletivas (programadas), clínicas ou cirúrgicas, **deverão ter encaminhamento do médico,** o qual indicará, em impresso próprio, o tratamento/cirurgia a ser realizado, o tempo de existência da doença e os dados clínicos que justifiquem a internação.

- a) O beneficiário deverá solicitar a autorização no Setor de Emissão de Guias, **onde o pedido será avaliado por médico auditor;**
- b) Na data marcada, o Beneficiário deverá apresentar-se no hospital, com o Cartão de Identificação com a data de validade em dia, um documento de identidade expedido por órgão oficial e a autorização fornecida pela **CONTRATADA;**
- c) As internações hospitalares ficam a critério exclusivo do médico assistente, sendo certo, ainda, que os Beneficiários permanecerão hospitalizados enquanto houver indicação médica para tanto, a exclusivo critério do médico assistente;
- d) **Caso o Beneficiário continue hospitalizado após a alta médica a que alude o item supra, passarão a correr, inteiramente por sua conta a partir de então, todas as despesas decorrentes da internação.**

**9.13 Para autorização de cada procedimento coberto, a CONTRATADA exigirá a apresentação de documentação específica. A relação dos documentos exigidos pela CONTRATADA para autorização de cada procedimento pode ser obtida no portal da CONTRATADA na internet ou em suas centrais de atendimento.**

**9.14 A cobertura dos procedimentos ambulatoriais, hospitalares ou odontológicos somente será garantida quando apresentada toda a documentação exigida.**

**9.15 É facultado à CONTRATADA direcionar a realização de consultas, exames, internações e demais procedimentos a prestadores específicos, respeitando os prazos máximos de garantia de atendimento contemplados na regulamentação da ANS, independente de possuir ou não outros prestadores credenciados disponíveis em sua rede.**

**9.16 Os atendimentos feitos em caráter de urgência/emergência deverão ser comunicados à CONTRATADA em até 48 (quarenta e oito) horas da data do início do atendimento,** mediante declaração do médico assistente, para que seja emitida a autorização correspondente.

**9.17 Ao agendar um atendimento, o Beneficiário assume um compromisso ao qual não deve faltar. Caso não possa comparecer, deve ligar antecipadamente, liberando seu horário, para evitar prejuízos ao profissional e a outros pacientes.**

**9.18 Para que haja cobertura das despesas de atendimento os Beneficiários deste Contrato deverão ser atendidos por profissionais integrantes do corpo clínico credenciado pela CONTRATADA em estabelecimentos de saúde, também por ela credenciados, exceto nos casos de urgência e emergência, quando será admitido o reembolso na forma prevista neste instrumento.**

**9.19 O CONTRATANTE obterá através do "MANUAL DO CLIENTE" os endereços dos departamentos citados nesse contrato, inclusive para fins de autorização para a realização dos procedimentos, mas em caso de dúvida, deverá ligar para o Serviço de Atendimento ao Cliente disponível 24 (vinte e quatro) horas todos os dias da semana, pelo nº 0800 18 34 56.**

**9.20** Ao Beneficiário é garantida a avaliação do atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de 01 (um) dia útil, contado da data da solicitação, para a definição dos casos de aplicação das regras de regulação.

**9.21** É facultado a **CONTRATADA** requisitar ao Beneficiário ou ao médico assistente ou ao cirurgião-dentista documentações, informações adicionais e/ou perícia médica, ficando o beneficiário obrigado a apresentar as informações solicitadas e a comparecer na perícia da **CONTRATADA**.

**9.22** Nos termos da Resolução nº 08/98, do Consu, em casos de divergência médica sobre o direito às coberturas previstas neste Contrato, garante-se ao Beneficiário e à **CONTRATADA** a prerrogativa de requerer a formação de junta constituída por 03 (três) profissionais, sendo um nomeado pela **CONTRATADA**, outro pelo Beneficiário, e um terceiro, escolhido pelos dois nomeados. **O Beneficiário arcará com os honorários do profissional que designar caso ele não pertença a Rede Credenciada da CONTRATADA.**

**9.23** A **CONTRATADA** poderá requisitar a qualquer tempo, diretamente dos profissionais, todas as informações que julgue necessárias para elucidação de matérias relacionadas à utilização das coberturas. Nessas circunstâncias, responsabiliza-se pelo sigilo das informações obtidas.

**9.24** A **CONTRATADA** reserva-se o direito de alterar a rede de prestadores de serviços, constantes do mencionado "MANUAL DO CLIENTE", obedecido aos trâmites legais existentes, principalmente no que se refere à mudança de entidade hospitalar, conforme art. 17 da Lei nº 9.656/1998.

**9.25** É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outro equivalente e mediante comunicação ao Beneficiário e à ANS com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias em vigor.

**9.26** Na hipótese de a substituição de entidade hospitalar ocorrer por vontade da **CONTRATADA** durante período de internação de algum Beneficiário, será garantido o pagamento das despesas relacionadas com a internação até a alta hospitalar, estabelecida pelo médico assistente, **exceto nos casos de infração às normas sanitárias**, quando a **CONTRATADA** providenciará, às suas expensas, a transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência.

**9.27** No caso de redução de entidade hospitalar, é necessária autorização prévia da ANS.

**9.28** Todas as informações sobre substituições de prestadores e alterações na rede estarão disponíveis no portal da **CONTRATADA** na internet [www.saofrancisco.com.br](http://www.saofrancisco.com.br) e também pelo nº 0800 18 34 56, na forma e prazos estabelecidos pela regulamentação.

#### **9.29 FATOR MODERADOR**

**9.29.1** Além da Taxa Mensal de Manutenção devida pela **CONTRATANTE** em função do número de Beneficiários inscritos, será cobrada coparticipação, na utilização das coberturas ambulatoriais (procedimentos garantidos fora da internação hospitalar), pelos Beneficiários.

**9.29.2** As coparticipações incidirão sobre consultas, exames e procedimentos ambulatoriais, e serão apuradas de acordo com a Tabela de Coparticipação conforme definido na **PROPOSTA DE ADMISSÃO**, devidamente registrada no Cartório Oficial de Registro de Títulos e Documentos e Civil de Pessoa Jurídica de Ribeirão Preto Estado de São Paulo que fica fazendo parte integrante deste Contrato, independente de transcrição.

**9.29.3** Não incidirão coparticipações nas coberturas ambulatoriais para as quais a regulamentação da ANS expressamente vedar essa incidência.

### **CLÁUSULA DÉCIMA – FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE**

**10.1** O Plano contratado será custeado em regime de preço 'pré-estabelecido', nos termos da Resolução Normativa nº 85/04 da ANS (Anexo II, item 11, número 1) e alterações posteriores.

**10.2** Em virtude das coberturas previstas neste instrumento, o Beneficiário Titular deverá pagar à **CONTRATADA**, uma contraprestação pecuniária mensal (mensalidade), integral ou pro-rata (conforme o caso), por si e por seus dependentes, definidas em função das faixas etárias em que se enquadrarem (ou valor fixado em preço único por usuário ou por grupo familiar), bem como por valores de coparticipação quando da utilização dos procedimentos.

**10.3** Para cobrança do valor de mensalidade, integral e/ou pro-rata (conforme o caso), e eventuais valores de coparticipação, a **CONTRATADA** enviará, ao Beneficiário, fatura única de cobrança, que deverá ser quitada até o dia do mês previsto na Proposta de Admissão, sendo essa a respectiva data de vencimento da obrigação, facultando-se à **CONTRATADA**, quando julgar conveniente, emitir e sacar duplicata referente às coberturas contratadas.

**10.4 Quando a data de vencimento cair em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser realizado até o primeiro dia útil subsequente, sendo reconhecido como comprovante de pagamento qualquer documento determinado pela CONTRATADA.**

**10.5 A CONTRATADA poderá adotar modalidade diversa de cobrança, conforme melhor lhe aprouver, mediante comunicação prévia.**

**10.6 Se Beneficiário não receber documento que o possibilite realizar o pagamento de sua obrigação, em até 05 (cinco) dias antes da data do vencimento, deverá requerer segunda via junto à CONTRATADA, que enviará nova cobrança.**

**10.7 A perda, extravio ou não recebimento do instrumento de cobrança não desobriga o Beneficiário de efetuar o seu pagamento no prazo de vencimento mensal.**

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

**10.9 O pagamento antecipado das mensalidades não elimina nem reduz os períodos de carência deste Contrato.**

**10.10 O pagamento dos valores devidos à CONTRATADA referente a um determinado mês não significa estarem pagos ou quitados débitos anteriores.**

**10.11 Ocorrendo impontualidade no pagamento dos valores de responsabilidade do Beneficiário, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculados dia a dia, e multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado.**

**10.12 A CONTRATADA se reserva o direito de cobrar os débitos não quitados por todos os meios legais cabíveis, inclusive promovendo a respectiva cobrança por meio de instituições financeiras e inscrição em órgãos de proteção ao crédito.**

**10.13 Em atenção ao disposto no § 1º do artigo 15 da RN nº 279, de 2011, foi adotado o seguinte critério para a determinação do custo do beneficiário:**

- a) A fixação do preço observará a tabela de custo prevista no contrato, a qual considera região de atuação do produto, meta de sinistralidade da operadora e lucro líquido esperado. Não haverá financiamento da CONTRATANTE para as mensalidades dos beneficiários ex-empregados, demitidos/ exonerados ou aposentados. Por determinação do art. 19 da RN 279, a manutenção da condição de beneficiário em plano privado de assistência à saúde exclusivo para ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados poderá ocorrer com condições de reajuste, preço, faixa etária diferenciadas daquelas verificadas no plano privado de assistência à saúde contratado para os empregados ativos;
- b) A fixação do preço para os beneficiários ex-empregados demitidos/exonerados sem justa causa ou aposentados observará a tabela de custo por faixa etária prevista neste instrumento. Não haverá financiamento da **CONTRATANTE** para as mensalidades dos beneficiários ex-empregados demitidos/exonerados sem justa causa ou aposentados.

### **CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – REAJUSTE**

**11.1 O reajuste a incidir sobre o valor da mensalidade será anual, tendo como data-base de aniversário o mês de início de vigência contratual.**

**11.2 Caso nova legislação venha a autorizar o reajustamento em período inferior a 12 (doze) meses, essa terá aplicação imediata sobre este Contrato.**

**11.3 A aplicação dos reajustes será comunicada à ANS.**

**11.4 As demais obrigações financeiras previstas neste instrumento (tais como taxa de inscrição e segunda via do Cartão de Identificação), serão reajustadas no mesmo momento da mensalidade, através de livre negociação entre as partes. Na falta de acordo entre as partes, serão reajustadas utilizando-se o mesmo índice de reajuste da mensalidade.**

**11.5 Independente da data de adesão do Beneficiário, os valores de suas contribuições terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência deste Contrato, entendendo esta como data base única.**

**11.6 Além da modalidade de reajuste prevista nesta cláusula, devem-se observar as regras de reajuste por faixa etária previstas neste instrumento, que ocorrem no mês subsequente ao aniversário do Beneficiário, exceto se a mensalidade for fixada em preço único.**

**11.7 A Tabela de Coparticipação definida na PROPOSTA DE ADMISSÃO registrada no Cartório Oficial de Registro de Títulos e Documentos e Civil de Pessoa Jurídica de Ribeirão Preto Estado de São Paulo, é reajustada anualmente, contemplando a realidade mercadológica existente à época.**

**11.8** No mês de março de cada ano, a **CONTRATADA** identificará os contratos de planos coletivos em vigor destinados exclusivamente para seus ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados que deverão ser agrupados para efeito de reajuste.

**11.9** A mensalidade será reajustada de acordo índice de reajuste estabelecido para os planos da **CONTRATADA** destinados exclusivamente para seus ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados, divulgado em seu site, que será obtido através da seguinte fórmula:

$$\text{Reajuste} = (1 + \text{Máximo}(0; \text{RT})) \times (1 + \text{RF}) - 1$$

Onde:

RF (Reajuste Financeiro): corresponderá ao último índice máximo autorizado pela ANS para reajuste de planos individuais/familiares, vigente no período considerado para apuração. Na falta deste índice, o reajuste se dará pela variação positiva do índice IPCA - Índice de Preço ao Consumidor Amplo, divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, acumulado nos últimos doze meses, e com retroatividade de 04 (quatro) meses.

RT (Reajuste Técnico): determinado em função da sinistralidade dos contratos sub-agrupados, apurado de acordo com a seguinte expressão:

$$\text{RT} = \text{S}/\text{Sm} - 1$$

Onde:

S = sinistralidade (relação entre as despesas assistenciais e as receitas de contribuição dos contratos sub-agrupados), apurada no mesmo período considerado para determinação do RF.

**Sm = meta de sinistralidade de 70% (setenta por cento).**

**11.10** Na falta deste índice, o reajuste se dará pela variação positiva do índice IPCA - Índice de Preço ao Consumidor Amplo, divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, acumulado nos últimos doze meses, e com retroatividade de 04 (quatro) meses do aniversário deste Contrato.

## CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – FAIXAS ETÁRIAS

**12.1** As mensalidades foram fixadas em função da idade do Beneficiário inscrito, de acordo com as faixas etárias e conforme os percentuais de reajustes incidentes em cada uma delas, observada a tabela de custo estabelecido na PROPOSTA DE ADMISSÃO.

**12.2** Caso seja adotada tabela de preços diferente da tabela de custo acima, quanto aos valores de mensalidade a serem pagos pelos Beneficiários ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados, em relação a si e a seus dependentes, apresentada na PROPOSTA DE ADMISSÃO, estando, em versão atualizada, permanentemente a disposição para consulta pelos Beneficiários junto à CONTRATANTE.

**12.3** Quando a alteração da idade importar em deslocamento para a faixa superior, as mensalidades serão alteradas, automaticamente, no mês seguinte ao do aniversário do Beneficiário, pelo percentual de reajuste estabelecido para a faixa etária subsequente.

**12.4** Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária não se confundem com o reajuste financeiro anual.

**12.5** Os percentuais de variação em cada mudança de faixa etária são fixados observadas as seguintes condições:

- a) O valor fixado para a última faixa etária não pode ser superior a 06 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária;
- b) A variação acumulada entre a 7ª (sétima) e a 10ª (décima) faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a 1ª (primeira) e a 7ª (sétima) faixas;
- c) As variações por mudança de faixa etária não podem apresentar percentuais negativos.

## CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

**13.1** O PLANO tratado neste Contrato destina-se exclusivamente a categoria de ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados, e seus respectivos dependentes, para garantia do direito de manutenção previsto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98.

### **13.2 DO DEMITIDO**

**13.2.1** O período de manutenção da condição de Beneficiário será de um terço do tempo de contribuição ao plano destinado aos beneficiários com vínculo ativo, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses.

### **13.3 DO APOSENTADO**

**13.3.1 O período de manutenção da condição de Beneficiário será por prazo indeterminado, na hipótese do ex-empregado ter contribuído para o plano destinado aos beneficiários com vínculo ativo, pelo prazo mínimo de dez anos.**

**13.3.2 Na hipótese de contribuição por período inferior a dez anos, é assegurado o direito de manutenção como Beneficiário, à razão de um ano para cada ano de contribuição.**

### **13.4 DAS DISPOSIÇÕES COMUNS**

**13.4.1 Em caso de óbito do demitido ou aposentado em exercício do direito de manutenção, é garantida a permanência no plano dos dependentes inscritos, pelo prazo restante a que teria direito o demitido ou o aposentado, desde que assumam as responsabilidades financeiras.**

**13.4.2 As garantias previstas nesta cláusula não excluem vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.**

**13.4.3 A admissão do beneficiário em novo emprego é causa de extinção do direito de manutenção previsto nesta cláusula, cabendo ao demitido ou aposentado comunicar esse fato imediatamente à CONTRATADA ou à CONTRATANTE, para a promoção de sua exclusão e de seu grupo familiar vinculado, sob pena de fraude.**

**13.4.4 Também são causas de extinção do direito de manutenção previsto nesta cláusula:**

- a) O decurso dos prazos de manutenção previstos nesta cláusula;
- b) O cancelamento pelo empregador do benefício do plano concedido aos seus empregados ativos e ex-empregados demitidos sem justa causa ou aposentados.

**13.4.5 É assegurado ao ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado ou seus dependentes vinculados ao plano, durante o período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998, o direito de exercer a portabilidade especial de carências para plano individual ou familiar ou coletivo por adesão, nos termos previstos na regulamentação vigente.**

**13.4.6 Além da portabilidade mencionada durante o período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998, deve-se observar ainda as demais possibilidades de portabilidade contempladas na legislação de saúde suplementar em vigor, como nos casos de óbito do titular e da perda da elegibilidade dos dependentes.**

## **CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO**

**14.1 Caberá exclusivamente à CONTRATANTE solicitar a suspensão da cobertura ou a exclusão de Beneficiários, inclusive nas seguintes situações:**

- a) solicitação de exclusão feita pelo próprio beneficiário;
- b) perda da qualidade de Titular;
- c) perda da qualidade de Dependente, no caso do Beneficiário deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição previstas neste instrumento ou quando deixar de entregar os documentos comprobatórios exigidos para sua manutenção como Dependente;
- d) situações decorrentes das políticas internas da CONTRATANTE.

**14.1.1 Na hipótese da alínea “a” deste item, é garantido ao beneficiário o direito de solicitar sua exclusão diretamente junto a CONTRATADA, observada a forma e requisitos previstos na regulamentação em vigor.**

**14.2 A CONTRATADA só poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos Beneficiários, sem a anuência da CONTRATANTE, nas seguintes hipóteses:**

- a) em caso de fraude ao Plano ou dolo, sendo que, em caso de fraude relacionada à doença ou lesão preexistente será instaurado processo administrativo junto à ANS, para apuração da fraude, nos termos da legislação vigente;
- b) perda da qualidade de Titular;
- c) perda da qualidade de Dependente, no caso do Beneficiário deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição previstas neste instrumento ou quando deixar de entregar os documentos comprobatórios exigidos para sua manutenção como Dependente;
- d) inadimplência do Beneficiário;
- e) quando o beneficiário solicitar sua exclusão diretamente junto a CONTRATADA, nos termos do item 14.1.1.

**14.3 A CONTRATADA informará à CONTRATANTE os documentos comprobatórios a serem apresentados pela CONTRATANTE para exclusão dos beneficiários nas hipóteses acima mencionadas.**

14.4 O Beneficiário poderá ser suspenso ou excluído do Plano, em caso de inadimplência por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do Contrato, após notificação prévia ao Beneficiário Titular, que se dará até o 50º (quincuagésimo) dia de inadimplência, sem prejuízo do direito de se requerer judicialmente a quitação do débito com suas consequências moratórias.

14.4.1 Após o 60º (sexagésimo) dia de inadimplência, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do Contrato, a CONTRATADA poderá notificar o Beneficiário, a qualquer tempo, desde que obedeça a um intervalo de 10 (dez) dias entre a data da notificação e a data da exclusão.

14.5 A exclusão do Beneficiário Titular implicará na automática exclusão de todos os seus Dependentes, exceto nos casos expressamente previstos neste Instrumento.

14.6 O cancelamento da inscrição, nos termos tratados neste Contrato, não exige o Beneficiário de quitar eventuais débitos com o PLANO, incluídos os valores de contribuição mensal e de coparticipação.

14.7 O Beneficiário Dependente que for excluído do presente Contrato poderá firmar Contrato em seu próprio nome, em até 30 (trinta) dias, contados da data de exclusão neste instrumento, aproveitando as carências já cumpridas, exceto na hipótese de exclusão do dependente por inadimplência ou fraude comprovada, quando deverá quitar os débitos existentes e cumprir novos períodos de carência. Essa faculdade somente será admitida quando a CONTRATADA possuir planos Individuais/Familiares ativos para comercialização vigente na época da solicitação.

### **CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – RESCISÃO**

15.1 Sem prejuízo das penalidades previstas em lei, além das infrações especificamente previstas nesta avença, o presente Contrato será rescindido de pleno direito, de acordo com o disposto na Lei nº 9.656/98, **sem que caiba direito a qualquer indenização à CONTRATANTE, a qualquer tempo, nas hipóteses seguintes:**

- a) **Inadimplência da CONTRATANTE, por período superior à 30 (trinta) dias, independente de notificação, sem prejuízo do direito da CONTRATADA de requerer judicialmente a quitação do débito, com suas consequências moratórias;**
- b) **Fraude comprovada e/ou dolo da CONTRATANTE;**
- c) **Descumprimento da CONTRATANTE às cláusulas e condições deste Contrato;**
- d) **Se não for mantido o número mínimo de Beneficiários estabelecido para manutenção deste contrato, conforme prevê a Cláusula Condições de Admissão, ressalvado o disposto no parágrafo abaixo;**
- e) **No caso de decretação de falência, deferimento do processamento de pedido de recuperação judicial ou insolvência da parte CONTRATANTE.**

15.2 Na hipótese de redução do número de Beneficiários, ficando abaixo do limite mínimo estabelecido na cláusula Condições de Admissão, a CONTRATADA poderá, a seu critério, manter vigência temporária adicional, para que seja reconstituído o mínimo contratualmente estabelecido. Caberá à CONTRATANTE pagar o equivalente à média *per capita* das mensalidades, multiplicada pelo número de Beneficiários faltantes.

15.3 As partes acordam que, caso a CONTRATANTE atrase o pagamento de qualquer das contraprestações pecuniárias por período superior a 5 (cinco) dias sucessivos, o direito à cobertura e/ou reembolso do plano privado de assistência à saúde, objeto deste contrato, serão imediatamente suspensos para todos os beneficiários, independentemente de notificação.

15.4 Após o término do prazo mínimo de 12 (doze) meses de vigência contratual, é facultado a qualquer das partes denunciarem o contrato, mediante comunicação escrita e protocolada, dirigida à outra parte, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

15.5 Caso a CONTRATANTE manifeste intenção de rescindir o presente Contrato, antes do término do prazo mínimo de 12 (doze) meses de vigência contratual, fica obrigado ao pagamento, a título de multa pecuniária, do valor correspondente a 03 (três) contribuições integrais, calculadas pela média das contribuições efetuadas ao plano antes da sua notificação, ressalvado o direito da CONTRATADA de exigir complemento do valor caso o prejuízo suportado seja superior ao montante da multa acima especificada, na forma do Código Civil vigente.

15.6 Em nenhuma hipótese haverá restituição do valor pago pela CONTRATANTE para o Beneficiário fazer jus às coberturas definidas neste instrumento.

15.7 Não será admitida a inclusão ou exclusão de Beneficiários durante o prazo de aviso prévio descrito neste Contrato.

15.8 A CONTRATADA reserva-se ao direito de cobrar da CONTRATANTE, pelos meios legais cabíveis, eventuais despesas decorrentes de atendimento prestado ao Beneficiário Titular e aos seus Dependentes, após a rescisão do Contrato, restando-se cessadas as responsabilidades da CONTRATADA.

**15.9** Nos termos da Resolução nº 19/1999, do Consu, no caso de cancelamento do benefício assegurado neste contrato pela **CONTRATANTE**, é assegurado ao beneficiário inscrever-se em plano individual/familiar oferecido pela **CONTRATADA**, sem necessidade de cumprimento de novos prazos de carência, desde que a **CONTRATADA** possua plano individual/familiar à época, observando-se que:

- a) Considera-se, na contagem de prazos de carência para essas modalidades de planos, o período de permanência do Beneficiário no plano coletivo cancelado;
- b) **Deverá o Beneficiário solicitar à CONTRATADA a lista de planos de saúde individuais/familiares disponíveis e a respectiva tabela de preços para fazer jus ao disposto neste item;**
- c) **Os Beneficiários deverão fazer opção pelo produto individual/familiar no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o cancelamento do benefício;**
- d) É responsabilidade do empregador informar ao empregado sobre o cancelamento do benefício, em tempo hábil ao cumprimento do prazo de opção de que trata o item antecedente.

### CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DISPOSIÇÕES GERAIS

**16.1** Para os efeitos deste Contrato, são adotadas as seguintes definições:

- a) **ACIDENTE PESSOAL:** evento ocorrido em data específica, provocado por agentes externos ao corpo humano, súbitos e involuntários e causadores de lesões físicas não decorrentes de problemas de saúde, e que, independente de qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico, como, por exemplo, acidentes de carro, quedas e inalação de gases;
- b) **AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - 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 garantam a assistência suplementar à saúde;
- c) **AGRAVO:** 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 carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a **CONTRATADA** e o Beneficiário. Exercendo prerrogativa legal, a **CONTRATADA** não optará pelo fornecimento do Agravo;
- d) **ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA E ATUAÇÃO DO PLANO:** área definida em Contrato dentro da qual o Beneficiário poderá utilizar as coberturas assistenciais contratadas;
- e) **ATENDIMENTO AMBULATORIAL:** compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, ou serviços como recuperação pós-anestésica, UTI, CETIN e similares;
- f) **ATENDIMENTO ELETIVO:** termo usado para designar os atendimentos médicos que podem ser programados, ou seja, que não são considerados de urgência ou de emergência;
- g) **CARÊNCIA:** prazo ininterrupto, contado a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, durante o qual os Beneficiários não têm direito às coberturas contratadas;
- h) **CID-10:** Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10ª revisão;
- i) **COBERTURA:** garantia, nos limites e modalidades deste Contrato, do pagamento de despesas médicas e hospitalares, diretamente às pessoas físicas ou jurídicas prestadoras de serviços, em nome e por conta dos Beneficiários;
- j) **COMPANHEIRO:** pessoa que vive em união estável com outrem, configurada na convivência pública, contínua e duradoura com o objetivo de constituição de família, nos termos da Constituição Federal e do Código Civil Brasileiro;
- k) **COMPLICAÇÕES NO PROCESSO GESTACIONAL:** alterações patológicas durante a gestação, como, por exemplo, gravidez tubária, eclampsia, parto prematuro e abortamento;
- l) **CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - CONSU:** órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para deliberar sobre questões relacionadas à saúde suplementar, definidas no art. 35-A da Lei nº 9.656/1998;
- m) **HOSPITAL DIA:** atendimento hospitalar que não requeira pernoite em leito hospitalar, não correspondendo, portanto, a uma diária convencional;

- n) **INTERNAÇÃO HOSPITALAR:** situação na qual o Beneficiário é admitido em estabelecimento hospitalar, ficando sob os cuidados do médico assistente, para ser submetido a algum tipo de tratamento ou procedimento;
- o) **MÉDICO ASSISTENTE:** médico responsável pela indicação da conduta médica a ser aplicada ao paciente.

16.2 Por convenção, adotou-se neste Contrato o gênero masculino quando há referência ao gênero masculino e feminino.

16.3 A CONTRATADA não se responsabilizará por qualquer procedimento do Beneficiário que contrarie as normas e rotinas contidas neste Contrato.

16.4 Os casos omissos no presente instrumento contratual serão resolvidos de comum acordo entre os contratantes.

16.5 Qualquer tolerância não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

16.6 O Beneficiário Titular, por si e por seus Dependentes, autoriza a CONTRATADA a prestar todas as informações cadastrais solicitadas pelos órgãos de fiscalização da assistência à saúde.

16.7 Este Contrato foi elaborado levando-se em consideração a legislação vigente, assim, qualquer alteração das normas que implique em necessária modificação do avençado, as partes se sujeitarão ao ajuste das novas condições.

16.8 A CONTRATADA não será responsabilizada, em nenhuma hipótese, por eventos, procedimentos ou efeitos decorrentes da contratação direta de procedimentos não cobertos por este Contrato entre o Beneficiário Titular e/ou seus dependentes e os médicos-assistentes credenciados e/ou não credenciados pela CONTRATADA.

16.9 Faz parte do Contrato quaisquer documentos que tratem de assuntos pertinentes ao plano de saúde. Dentre esses documentos, incluem-se: Declaração de Saúde, quando for o caso, Tabela de Procedimentos São Francisco Sistemas de Saúde registrada no Cartório Oficial de Registro de Títulos e Documentos e Civil de Pessoa Jurídica de Ribeirão Preto Estado de São Paulo sob o número 131660 para Reembolso de Urgência/Emergência, quando for o caso, Tabela de Coparticipação definida na PROPOSTA DE ADMISSÃO registrada no Cartório Oficial de Registro de Títulos e Documentos e Civil de Pessoa Jurídica de Ribeirão Preto Estado de São Paulo, quando for o caso, Manual do Cliente e o Guia de Leitura Contratual.

**CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – ELEIÇÃO DE FORO**

17.1 As partes comprometem-se a resolver de comum acordo as divergências decorrentes do presente instrumento, não sendo possível a composição amigável, fica eleito o foro do domicílio da **CONTRATANTE** para dirimir qualquer demanda sobre o presente Contrato.

E por estarem assim ajustadas e combinadas, as partes assinam esse instrumento em 2 (duas) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo.

Ribeirão Preto, 01 de Abril de 2018.

DocuSigned by:  
*Carlos Prebelli*  
4DCCFB90E4994F1...

**SÃO FRANCISCO SISTEMAS DE SAÚDE  
SOCIEDADE EMPRESÁRIA LTDA  
CONTRATADA**

DocuSigned by:  
*MILSON ROBERTO DE BARROS CARNEIRO*  
E2A5237E55544F7...  
DocuSigned by:  
*JOAO CARLOS DELBON*  
E2A5237E55544F7...  
**COMPANHIA TROLEIBUS ARARAQUARA  
CNPJ sob o nº 43.956.028/0001-00  
CONTRATANTE**

Testemunhas:  
DocuSigned by:  
*Anna Carolina Bentlin*  
4BB9C82F3DC347F...  
Nome: Anna Carolina Bentlin  
RG: 403736031

Testemunhas:  
DocuSigned by:  
*Larissa Grecco*  
680528378908451...  
Nome: Larissa Fernanda Gustavo Grecco  
RG: 475171780

Versão 3.0.01.18

DS *MRDBC* DS *JCD* DS *LFGG*

**Proposta de Admissão – Vínculo Ativo separado de Inativo**

Ao Contrato Particular de Oferta de Plano Privado de Assistência à Saúde, denominado **TOTAL 301 E – SEM COP.**, para vínculo exclusivamente Ativo e Ao Contrato Particular de Oferta de Plano Privado de Assistência à Saúde, denominado **TOTAL 301 E – SEM COP.**, para vínculo exclusivamente Inativo, produto registrado na ANS sob nº 471.933/14-6.



ANS - Nº 30209-1

**Qualificação da Operadora**

Razão Social: **SÃO FRANCISCO SISTEMAS DE SAÚDE SOCIEDADE EMPRESÁRIA LTDA**, CNPJ: 01.613.433/0001-85, Registro da Operadora na ANS: 30.209-1, Classificação da Operadora na ANS: Medicina de Grupo, com estabelecimento na Avenida Portugal, nº 545, 3º andar, sala 02, bairro Jardim São Luiz, na cidade de Ribeirão Preto, estado de São Paulo, CEP: 14.020-380.

**1. CARACTERÍSTICAS GERAIS:****TOTAL 301 E – SEM COP. – 471.933/14-6**Contratação: **COLETIVO EMPRESARIAL**Padrão de Acomodação em Internação: **Coletivo**Segmentação: **Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia e Odontológico**Serviços e Coberturas Adicionais: **Não há**Fator Moderador: **Sem Fator**Área Geográfica de Abrangência do Plano de Saúde: **Grupo de Municípios**Área de Atuação do Plano de Saúde: **Ribeirão Preto/SP e Araraquara/SP.****2. QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE**

Razão Social <b>COMPANHIA TROLEIBUS ARARAQUARA</b>		CNPJ <b>43.956.028/0001-00</b>	
Nome Fantasia *****		Inscrição Estadual / Inscrição Municipal	
Endereço <b>AVENIDA BENTO DE ABREU</b>		Número <b>1172</b>	Complemento (Apto, sala, bloco, etc.)
Bairro <b>JARDIM PRIMAVERA</b>	Município <b>ARARAQUARA</b>	CEP <b>14.802-396</b>	UF <b>SP</b>
DDD <b>(16)</b>	Telefone <b>3303-7367</b>	DDD ( )	Telefone
		E-mail <b>claudia.zani@ctaonline.com.br</b>	

**3. CONDIÇÕES DE ADMISSÃO EXCLUSIVAMENTE ATIVOS**

Nº Mínimo de Beneficiários para manutenção do Contrato: Item 2.8	<b>01</b>	Período acordado para atingir o nº mínimo de beneficiários: item 2.9	<b>00</b>
--	-----------	--	-----------

**4. FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE PARA ATIVOS: PRÉ-ESTABELECIDO**

O a 18 anos	19 a 23 anos	24 a 28 anos	29 a 33 anos	34 a 38 anos	39 a 43 anos	44 a 48 anos	49 a 53 anos	54 a 58 anos	59 anos ou mais
<b>R\$ 142,97</b>	<b>R\$ 144,89</b>	<b>R\$ 144,89</b>	<b>R\$ 190,00</b>	<b>R\$ 196,10</b>	<b>R\$ 226,77</b>	<b>R\$ 337,30</b>	<b>R\$ 407,93</b>	<b>R\$ 490,46</b>	<b>R\$ 795,72</b>

**5. FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE PARA INATIVOS: PRÉ-ESTABELECIDO**

O a 18 anos	19 a 23 anos	24 a 28 anos	29 a 33 anos	34 a 38 anos	39 a 43 anos	44 a 48 anos	49 a 53 anos	54 a 58 anos	59 anos ou mais
<b>R\$ 184,89</b>	<b>R\$ 187,42</b>	<b>R\$ 187,42</b>	<b>R\$ 246,96</b>	<b>R\$ 255,01</b>	<b>R\$ 295,50</b>	<b>R\$ 439,89</b>	<b>R\$ 534,60</b>	<b>R\$ 643,55</b>	<b>R\$ 1.046,49</b>

**6. PERCENTUAIS DE REAJUSTE ENTRE FAIXAS**

O a 18 anos	19 a 23 anos	24 a 28 anos	29 a 33 anos	34 a 38 anos	39 a 43 anos	44 a 48 anos	49 a 53 anos	54 a 58 anos	59 anos ou mais
-	1,37%	0,00%	31,77%	3,26%	15,88%	48,86%	21,53%	20,38%	62,61%

**7. COPARTICIPAÇÃO/REEMBOLSO**

TABELA DE COPARTICIPAÇÃO:	<b>Sem Fator</b>	Nº DE REGISTRO EM CARTÓRIO	<b>Não há</b>
TABELA REEMBOLSO:	<b>Não há</b>	Nº DE REGISTRO EM CARTÓRIO	<b>Não há</b>

Versão 3.0.01.18

DS MRD/BC DS JCD DS L799

**8. DEFINIÇÃO DE CONTRIBUIÇÃO DA EMPRESA**

Para fim de determinar o direito estabelecido no artigo 30 e 31 da Lei 9656, declaro que a contratante:

- Contribui integralmente com o pagamento do plano contratado.  
 Contribui parcialmente com o pagamento do plano contratado.  
 Não contribuirá com o pagamento do plano contratado.

Em caso de mudança da condição pré-estabelecida acima informarei a contratante com 30 dias de antecedência.

Início de vigência do Contrato	Vencimento Escolhido	Taxa de Implantação	Observações especiais
<b>01/04/2018</b>	<b>Todo dia 15 de cada mês.</b>	<b>R\$ 00,00 por beneficiário.</b>	

Representante	Código

**9. DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO E POSSE**

Declaro que, antes de optar pelo plano descrito nesta Proposta, fui esclarecido sobre as condições do Plano na segmentação referência, tendo sido oferecido para minha contratação. Declaro também que, antes do preenchimento desta Proposta, me foi entregue o Manual de Orientação para contratação de planos de saúde – MPS. Declaro, ainda, ter sido devidamente informado de que o Guia de Leitura Contratual – GLC será enviado junto com o cartão de identificação, por meio de carta registrada. Declaro, finalmente, que ao preencher a presente Proposta, recebi a íntegra do contrato de Plano Privado de Assistência à Saúde, que foi totalmente lido e entendido por mim, sem qualquer restrição ao seu conteúdo, o que confirmo, apondo assinatura no presente.

**RIBEIRÃO PRETO**      **01/04/2018**

**LOCAL**                      **DATA**

DocuSigned by:

*MILSON ROBERTO DE BARROS CARMEIRO*

E2A5237E55544F7...

DocuSigned by:

*JOAO CARLOS DELBON*

E0192A7E15154F7...

**COMPANHIA TROLEIBUS ARARAQUARA**

**CNPJ sob<sup>o</sup> o n<sup>o</sup> 43.956.028/0001-00**

**CONTRATANTE**

**10. ANUÊNCIA DA CONTRATADA**

O presente contrato passa a vigorar na data estabelecida nesta proposta após assinatura do Representante Legal da Contratada.

DocuSigned by:

*Carlos Prebelli*

4DCCFB90E4994F1...

**SÃO FRANCISCO SISTEMAS DE SAÚDE**  
**SOCIEDADE EMPRESÁRIA LTDA**  
**CONTRATADA**

Versão 3.0.01.18

DS  
*MRDBL*

DS  
*JCD*

DS  
*L799*

## CONTRATO DE OFERTA DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

### VÍNCULO EXCLUSIVAMENTE ATIVO

TOTAL 301 E – SEM COP. - REGISTRO ANS Nº 471.933/14-6

Contrato de Plano Privado de Assistência à Saúde que estabelecem entre si, de um lado, como **CONTRATANTE**, a pessoa jurídica identificada e qualificada na proposta de admissão, que preenchida e assinada passa a fazer parte desse contrato, como pagina inicial, e, de outro como **CONTRATADA** a **SÃO FRANCISCO SISTEMAS DE SAÚDE SOCIEDADE EMPRESÁRIA LTDA**, CNPJ: 01.613.433/0001-85, Registro da Operadora na ANS: 30.209-1, Classificação da Operadora na ANS: Medicina de Grupo, com estabelecimento na Avenida Portugal, 545, 3º andar, sala 02, Jardim São Luis – Ribeirão Preto/SP, CEP: 14.020-380, têm entre si, justos e contratados, conforme características gerais a seguir transcritas e cláusulas e condições deste instrumento.

### CARACTERÍSTICAS GERAIS:

Tipo de Contratação: **Coletivo Empresarial**

Segmentação Assistencial do Plano de Saúde: **Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia e Odontológico**

Fator Moderador: **Não possui**

Área Geográfica de Abrangência do Plano de Saúde: **Grupo de Municípios**

Área de Atuação do Plano de Saúde: **Municípios identificados na PROPOSTA DE ADMISSÃO**

Padrão de Acomodação em Internação: **Coletivo**

Formação do Preço e Mensalidade: **Pré-estabelecido**

Serviços e Coberturas Adicionais: **Não possui**

### CLÁUSULA PRIMEIRA – ATRIBUTOS DO CONTRATO

1.1 O presente Contrato tem por objeto a cobertura de custos assistenciais na forma de plano privado de assistência à saúde prevista no inciso I, do artigo 1º, da Lei 9.656/1998, visando à assistência Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia e Odontológica com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, compatíveis com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela ANS e vigente à época do evento.

1.2 O presente instrumento trata-se de contrato de adesão, bilateral, que gera direitos e obrigações para ambas as partes, na forma do Código Civil brasileiro, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor, assumindo a **CONTRATANTE**, o risco de não vir a existir a cobertura da referida assistência, pela inocorrência do evento do qual será gerada a obrigação da **CONTRATADA** em garanti-la.

### CLÁUSULA SEGUNDA – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

2.1 Poderão se inscrever no Plano, nas seguintes categorias:

2.1.1 Na Qualidade de **Beneficiário Titular** (respeitado o disposto no art. 5º da RN nº 195/09 da ANS e suas alterações):

- Pessoas naturais que mantiverem vínculo empregatício ou estatutário com a **CONTRATANTE**.
- Sócios, administradores, agentes políticos, trabalhadores temporários, estagiários e menores aprendizes.

2.1.2 Na Qualidade de **Beneficiários Dependentes**:

- O cônjuge;
- O companheiro, **havendo união estável, na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial;**
- Os filhos, adotivos ou não, e enteados, **solteiros e menores de 18 (dezoito) anos;**
- Os filhos, adotivos ou não, e enteados, **maiores de 18 (dezoito) anos e menores de 24 (vinte e quatro) anos, desde que estudantes universitários, considerando para tal os regulamente matriculados e que estejam frequentando instituição de ensino superior, apresentando a devida documentação comprobatória da matrícula e da frequência;**
- Os filhos, adotivos ou não, e enteados, **inválidos**, declarados no Imposto de Renda do Beneficiário Titular;
- o menor **que, por força de decisão judicial, se ache sob guarda ou tutela do Beneficiário Titular.**

**2.2 A adesão dos Beneficiários Dependentes fica condicionada à participação do Beneficiário Titular.**

**2.3 A inclusão do Beneficiário Titular e respectivos dependentes será processada através do preenchimento da Ficha Cadastral ou por meio eletrônico, conforme acordado entre as partes.**

**2.4 Caberá a CONTRATANTE a exibição dos documentos que comprovem o vínculo do Beneficiário Titular com ela própria e as condições para admissão dos Beneficiários Dependentes, no ato de inscrição, sendo de sua responsabilidade a autenticidade das informações.**

**2.4.1.** Não serão efetuadas inclusões de Beneficiários, titulares ou dependentes, que não comprove o vínculo de elegibilidade com a **CONTRATANTE**. Caso ocorra tal inclusão, a **CONTRATADA** se reserva do direito de, a qualquer tempo excluir referido Beneficiário, sem prejuízo de perdas e danos decorrentes da inclusão indevida, além das penalidades contratuais e legais cabíveis.

**2.5 A CONTRATANTE obriga-se a fornecer à CONTRATADA a relação de Beneficiários a serem inscritos, contendo os respectivos nomes, filiação, endereço completo, o número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF), Cartão Nacional de Saúde, nome da mãe e natureza de sua vinculação ao Plano (titular/dependente), bem como outras informações que venham a ser exigidas pela ANS.**

**2.6 A CONTRATANTE deverá enviar à CONTRATADA, a lista de movimentação dos Beneficiários no prazo máximo de 10 dias contados da data de assinatura do contrato, valendo esta data para as informações das movimentações dos períodos mensais subsequentes, referentes às inclusões, exclusões e alterações, contendo todas as informações necessárias para o devido cadastramento dos Beneficiários, conforme modelo a ser ofertado pela CONTRATADA.**

**2.7 As movimentações enviadas referentes às inclusões, alterações e exclusões de Beneficiários serão efetivadas no período mensal subsequente ao período mensal do envio.**

**2.7.1.** A inclusão do beneficiário ocorrerá a qualquer tempo e o direito a utilização dos serviços médico-hospitalares disponibilizados no objeto do presente contrato dar-se-á após 3 (três) dias úteis da solicitação da inclusão, com o correspondente pagamento de contraprestação mensal pecuniária pro-rata.

**2.7.2.** Não se aplica o disposto na cláusula 2.7. para os casos de pedidos de exclusões solicitados nas hipóteses dispostas na RN nº 412/2016, da ANS ou eventuais atualizações.

**2.8 O número mínimo de Beneficiários para manutenção deste contrato será o definido na PROPOSTA DE ADMISSÃO.**

**2.9 Caso as exclusões de Beneficiários titulares e/ou dependentes, independente de motivo, reduza a massa de Beneficiários do plano a menos que o mínimo exigido, ou ainda, o número de inclusões não atinja o mínimo exigido, no período definido na PROPOSTA DE ADMISSÃO, observar-se-á o disposto na Cláusula de Rescisão deste instrumento.**

**2.10 No ato da contratação e das inclusões posteriores, o Beneficiário Titular preencherá o Formulário de Declaração de Saúde, quando for o caso, obrigando-se a informar a condição sabida de doenças ou lesões preexistentes, sua e de seus Dependentes, quando receberá a Carta de Orientação ao Beneficiário.**

**2.11 É assegurada a inclusão:**

- a) do recém-nascido, filho natural ou adotivo do Beneficiário, isento do cumprimento dos períodos de carência já cumpridos pelo Beneficiário e não cabendo qualquer alegação de doença ou lesão preexistente, **desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o nascimento ou adoção;**
- b) do filho adotivo, menor de 12 (doze) anos, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo Beneficiário Titular adotante e não cabendo qualquer alegação de doença ou lesão preexistente, **desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a adoção.**

**2.11.1 A inclusão prevista na Cláusula 2.11 também ficará vinculada à verificação das condições de elegibilidade do Dependente estabelecidas no presente Contrato, aplicando-se, no que couber, o disposto na Cláusula 2.4.1**

**2.11.1 A inclusão fica vinculada à verificação das condições de elegibilidade do Dependente estabelecidas no presente Contrato.**

**2.12 Ultrapassado o prazo previsto no item antecedente, será obrigatório o cumprimento integral dos respectivos prazos de carência e exigência de Cobertura Parcial Temporária, nos casos de Doenças e Lesões Preexistentes.**

**2.13 A CONTRATANTE deverá enviar, quando solicitado pela CONTRATADA xerocópia da guia de recolhimento da contribuição para o INSS, bem como a relação de empregados afastados por doença e que estejam recebendo auxílio.**

**2.14 A CONTRATANTE e o Beneficiário Titular são responsáveis pela constante atualização dos dados cadastrais informados, em relação a si e a todos os seus Beneficiários inscritos, incluindo eventual alteração de endereço, que deverá ser comunicada imediatamente à CONTRATADA, sob pena do destinatário da**

**correspondência ter presumida a sua ciência e o seu conhecimento, para todos os fins de direito, dos conteúdos das notificações, cobranças, interpelações etc. que venha a receber em seu antigo endereço.**

### **CLÁUSULA TERCEIRA – COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS**

**3.1 A CONTRATADA** cobrirá os custos, em conformidade com os limites, prazos de carências e condições estabelecidas neste Contrato, aos Beneficiários regularmente inscritos, relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares e atendimentos obstétricos, realizados dentro da área de abrangência e atuação estabelecida neste Contrato, e na rede prestadora de serviços contratada, credenciada ou referenciada da **CONTRATADA**, independente da circunstância e do local de origem do evento, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na época do evento e disponível no sítio eletrônico [www.saofrancisco.com.br](http://www.saofrancisco.com.br), relacionados às doenças listadas na CID-10, no que se aplicam ao Plano e de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) e com as Diretrizes Clínicas (DC) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes na data do evento.

**3.2** A cobertura ambulatorial compreende:

- a) Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas), inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM, através da Resolução CFM nº 2.149/2016 e suas alterações;
  - a.1) As áreas de atuação médicas estabelecidas pelo Conselho Federal de Medicina na mencionada Resolução não são consideradas especialidades médicas e, portanto, não se enquadram para efeito desta cobertura;
- b) Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, ou cirurgião-dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, **desde que não se caracterize como internação e desde que previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, para o segmento ambulatorial e observados os critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes à época do evento, quando for o caso;**
- c) Medicamentos registrados/regularizados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, **exclusivamente quando administrados em unidade de saúde e solicitados pelo médico assistente;**
- d) Consultas / sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo e fisioterapeuta, **solicitadas pelo médico assistente, de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e observando os critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes à época do evento, quando for o caso;**
- e) Consultas / sessões de psicoterapia, **de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e observando os critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes à época do evento, que poderão ser realizadas tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme solicitação e indicação do médico assistente;**
- f) Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, solicitados pelo médico assistente, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta;
- g) Hemodiálise e diálise peritonial – CAPD;
- h) Quimioterapia oncológica ambulatorial: baseada na administração de medicamentos para tratamento do 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;
  - h.1) Adjuvantes são medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento.
- i) Medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar e adjuvantes relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso **previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento e desde que preenchidas as Diretrizes de Utilização (DUT);**
- j) Procedimentos de radioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data

- do evento para a segmentação ambulatorial;
- k) Procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais: aqueles que prescindem de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para a segmentação ambulatorial;
- l) Hemoterapia ambulatorial;
- m) Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais, denominada cirurgia refrativa (PRK ou Lasik), desde que preenchidas as **Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para a segmentação ambulatorial.**

### 3.3 A cobertura hospitalar com obstetrícia compreende:

- a) Internações hospitalares de todas as modalidades, inclusive em centro e terapia intensiva ou similar, em número ilimitado de dias, desde que solicitados pelo médico assistente;
- b) Despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem, alimentação ao paciente, taxas e materiais utilizados durante a internação, **exceto se tais despesas forem realizadas em caráter particular ou não vinculados ao procedimento coberto;**
- c) Atendimento por outros profissionais de saúde, durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico assistente ou cirurgião dentista assistente, obedecidos os seguintes critérios:
  - i. **O atendimento deverá ocorrer dentro do escopo de atuação dos profissionais de saúde indicados e em conformidade com a legislação específica sobre as profissões de saúde e a regulamentação dos respectivos Conselhos Profissionais; e,**
  - ii. **No caso de ser necessária a realização de procedimentos, estes deverão constar do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, respeitando-se a segmentação hospitalar.**
- d) Exames complementares previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, indispensáveis para o controle da evolução do quadro clínico do beneficiário e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, 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) Remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, **dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no Contrato, em território brasileiro;**
- f) Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do Beneficiário menor de 18 (dezoito) anos, Beneficiário com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos ou Beneficiário portador de necessidades especiais, **salvo contra-indicação do médico ou cirurgião dentista assistente ou no caso de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares;**
- g) Órteses e próteses, registradas na ANVISA, ligadas aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento, e respeitadas as disposições da Resolução Normativa nº 424/ANS e suas alterações, que trata das divergências técnico-assistencial sobre procedimentos ou eventos em saúde a ser coberto pelas operadoras de planos de assistência à saúde;
  - g.1) Cabe ao médico ou cirurgião dentista assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais – OPME necessários à execução dos procedimentos contidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS;
  - g.2) O profissional solicitante deverá justificar clinicamente a sua indicação, quando solicitado, e oferecer pelo menos 03(três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas, **ficando a escolha da CONTRATADA;**
  - g.3) Em caso de divergência entre o profissional requisitante e a **CONTRATADA**, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com as despesas arcadas pela **CONTRATADA;**
  - g.4) o profissional requisitante pode recusar até 03 (três) nomes indicados pela **CONTRATADA** para composição da junta medica.
- h) Procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS para a segmentação hospitalar, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar;
- i) Estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, com equipe de saúde

necessária à complexidade do caso, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar;

i.1) O imperativo clínico caracteriza-se pelos atos que se impõem em função das necessidades do Beneficiário, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção, observadas as seguintes regras:

- i. O cirurgião-dentista assistente e/ou o médico assistente irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao Beneficiário, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados;
  - ii. **Os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que, nas situações de imperativo clínico, necessitem ser realizados em ambiente hospitalar, não estão incluídos na cobertura hospitalar.**
- j) Procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:
- i. Hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;
  - ii. Quimioterapia oncológica ambulatorial;
  - iii. Medicamentos para tratamento antineoplásico domiciliar de uso oral, **desde que preenchidas as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento;**
  - iv. Radioterapia: todos os procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento para as segmentações ambulatorial e hospitalar;
  - v. Hemoterapia;
  - vi. Nutrição parenteral ou enteral;
  - vii. Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
  - viii. Embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
  - ix. Radiologia intervencionista;
  - x. Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
  - xi. Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme solicitação e indicação do médico assistente.
- k) Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer;
- l) Cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- m) Transplantes, **desde que listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento**, e procedimentos a ele vinculados, respeitadas as Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS vigentes à época do evento, incluindo as despesas necessárias à sua realização, no que couber:
- i. despesas assistenciais com doadores vivos, as quais estão sob expensas da operadora de planos privados de assistência à saúde do beneficiário receptor;
  - ii. medicamentos utilizados durante a internação;
  - iii. acompanhamento clínico em todo o período pós-operatório, que compreende não só o pós-operatório imediato (primeiras 24 horas da realização da cirurgia), mediato (entre 24 horas e 48 horas da realização da cirurgia), mas também o pós-operatório tardio (a partir de 48 horas da realização da cirurgia), **exceto medicamentos de manutenção;**
  - iv. despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.
- m.1) Os procedimentos de transplante, no âmbito da saúde suplementar, estarão submetidos à legislação específica vigente.
- i. O Beneficiário candidato a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica deverá, obrigatoriamente, estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs e sujeitar-se-á ao critério de fila única de espera e de seleção;
  - ii. As entidades privadas e equipes especializadas deverão observar o regulamento técnico – legislação vigente do Ministério da Saúde – que dispõe sobre a forma de autorização e cadastro junto ao Sistema Nacional de Transplante – SNT.

- iii. São competências privativas das CNCDOs, dentro das funções de gerenciamento que lhes são atribuídas pela legislação em vigor: determinar o encaminhamento de equipe especializada e providenciar o transporte de tecidos e órgãos ao estabelecimento de saúde autorizado em que se encontre o receptor.
- n) Garantia de assistência para procedimentos hospitalares na modalidade de hospital-dia, em internações de curta-permanência, de acordo com os critérios estabelecidos pelo médico assistente;
- o) Procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto e puerpério;
- p) Despesas incluindo acomodação, alimentação e paramentação, **conforme legislação vigente e limitadas àquelas fornecidas pelo hospital**, relativas a um acompanhante indicado pela mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato (nos termos da regulamentação vigente), **salvo intercorrências, a critério do médico e/ou da equipe do hospital ou no caso de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares;**
- q) Assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do Beneficiário, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, **desde que o Beneficiário (pai ou mãe do recém-nascido) tenha cumprido carência de 180 dias para internação.**

**3.3.1.** Em caso de indisponibilidade de leito hospitalar na acomodação contratada, quando da internação hospitalar de acordo com a **alínea “a” da cláusula 3.3.**, será garantida acomodação superior, durante o período de indisponibilidade, sem custo adicional.

**3.3.2. Caso o Beneficiário venha a optar por acomodação superior àquela oferecida pela CONTRATADA, a diferença da diária e demais despesas será paga diretamente pelo Beneficiário ao prestador de serviços (honorários médicos, serviços hospitalares, taxas, etc.).**

**3.3.3. Quanto à cobertura disposta na alínea “g”, da cláusula 3.3.**, cabe ao médico ou cirurgião dentista assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais – OPME necessários à execução dos procedimentos contidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS.

**3.3.3.1.** O profissional solicitante deverá justificar clinicamente a sua indicação, quando solicitado, e oferecer pelo menos 03(três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas, **ficando a escolha da CONTRATADA.**

**3.3.3.2.** Em caso de divergência entre o profissional requisitante e a **CONTRATADA**, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com as despesas arcadas pela **CONTRATADA.**

**3.4** Na atenção prestada aos portadores de transtornos mentais serão observados:

- a) O atendimento ambulatorial e em consultórios será priorizado, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico quando houver indicação do médico assistente;
- b) Haverá cobertura para os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas;
- c) No plano com cobertura hospitalar haverá cobertura de hospital-dia para transtornos mentais, de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes na data do evento;
  - c.1) Entende-se hospital-dia para transtornos mentais como o recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional, e proporcionando ao Beneficiário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar.
- d) **Cobertura para internação psiquiátrica durante os 30 dias de internação, contínuos ou não, dentro do prazo de 1(um) ano. Após o transcurso desse prazo, haverá coparticipação de 50% (cinquenta por cento), incidentes sob o valor dos serviços utilizados, observados os tetos dos normativos editados pela ANS vigentes à época da contratação.**

**3.5** O presente Contrato garante, ainda:

- a) Atendimentos nos casos de planejamento familiar, de que trata o inciso III do artigo 35-C da Lei 9.656/1998, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, observadas, ainda, as Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes na data do evento;
- b) Eventos e procedimentos relacionados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor na data do evento que necessitem de anestesia com ou sem a participação de profissional médico anesthesiologista, **caso haja indicação clínica;**
- c) Insumos necessários para realização de procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor na data do evento, assim como a equipe cirúrgica necessária para a realização de procedimentos cirúrgicos, caso haja indicação clínica;
- d) Taxas, materiais, contrastes e medicamentos, necessários para a execução de procedimentos e eventos em saúde previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor na data do evento, desde que

estejam regularizados e registrados e suas indicações constem da bula/manual junto a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA;

- e) Procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação ou outro sistema de navegação, escopias e técnicas minimamente invasivas, desde que especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;
- f) Remoção e/ou retirada de órteses, próteses ou outros materiais cuja colocação, inserção e/ou fixação esteja contemplada no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento.

**3.6** O presente instrumento garante todas as coberturas e procedimentos previstos no artigo 12, IV, da Lei 9.656/1998, incluindo a cobertura do exame clínico, de procedimentos diagnósticos, atendimentos de urgência e emergência odontológicos, exames auxiliares ou complementares, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo cirurgião-dentista assistente com a finalidade de complementar o diagnóstico do paciente, tais como, procedimentos de prevenção, dentística, endodontia, periodontia e cirurgia previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, para a segmentação odontológica, e de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes à época do evento,, realizados em consultórios credenciados ou centros clínicos odontológicos da rede prestadora de serviços vinculada a este Contrato, conforme relação a seguir:

a) Procedimentos de **DIAGNÓSTICO**:

- i. Consulta Odontológica inicial;
- ii. Consulta odontológica;
- iii. Consulta odontológica para avaliação técnica de auditoria;
- iv. Diagnóstico anatomopatológico em citologia esfoliativa na região buco-maxilo-facial.
- v. Diagnóstico anatomopatológico em material de biópsia na região buco-maxilo-facial.
- vi. Diagnóstico anatomopatológico em peça cirúrgica na região buco-maxilo-facial
- vii. Diagnóstico anatomopatológico em punção na região buco-maxilo-facial
- viii. Condicionamento em Odontologia
- ix. Teste de fluxo salivar;
- x. Teste de PH salivar (acidez salivar).

b) Procedimentos de **URGÊNCIA / EMERGÊNCIA**

- i. Controle de hemorragia com aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial;
- ii. Controle de hemorragia sem aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial;
- iii. Pulpectomia;
- iv. Recimentação de trabalhos protéticos;
- v. Tratamento de alveolite;
- vi. Colagem de fragmentos dentários;
- vii. Incisão e Drenagem extra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial;
- viii. Incisão e Drenagem intra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial;
- ix. Reimplante dentário com contenção;
- x. Imobilização dentária em dentes decíduos;
- xi. Imobilização dentária em dentes permanentes;
- xii. Consulta odontológica de Urgência.

c) Procedimentos de **RADIOLOGIA**:

- i. Radiografia periapical;
- ii. Radiografia interproximal - bite-wing;
- iii. Radiografia oclusal;
- iv. Radiografia Panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia).

d) Procedimentos de **PREVENÇÃO EM SAÚDE BUCAL**:

- i. Atividade Educativa em saúde bucal;
- ii. Controle de biofilme dental (placa bacteriana);
- iii. Aplicação Tópica de Flúor;
- iv. Profilaxia – polimento coronário;
- v. Aplicação de selante de fósulas e fissuras;
- vi. Aplicação de selante - técnica invasiva;
- vii. Dessensibilização dentária;
- viii. Remineralização dentária

e) Procedimentos de **DENTÍSTICA**:

DS  
MDC JCD

DS  
LFG

- i. Aplicação de cariostático;
  - ii. Remoção dos fatores de retenção do Biofilme Dental (Placa Bacteriana);
  - iii. Restauração em ionômero de vidro - 1 face;
  - iv. Restauração em ionômero de vidro - 2 faces;
  - v. Restauração em ionômero de vidro - 3 faces;
  - vi. Restauração em ionômero de vidro - 4 faces;
  - vii. Restauração de amálgama - 1 face;
  - viii. Restauração de amálgama - 2 faces;
  - ix. Restauração de amálgama - 3 faces;
  - x. Restauração de amálgama - 4 faces;
  - xi. Faceta direta em resina fotopolimerizável;
  - xii. Restauração em resina fotopolimerizável 1 face;
  - xiii. Restauração em resina fotopolimerizável 2 faces;
  - xiv. Restauração em resina fotopolimerizável 3 faces;
  - xv. Restauração em resina fotopolimerizável 4 faces;
  - xvi. Restauração temporária / tratamento expectante;
  - xvii. Núcleo de preenchimento;
  - xviii. Ajuste Oclusal por acréscimo;
  - xix. Ajuste Oclusal por desgaste seletivo;
  - xx. Restauração traumática em dente decíduo.
- f) Procedimentos de **PERIODONTIA**:
- i. Raspagem supra-gengival;
  - ii. Raspagem sub-gengival/alisamento radicular;
  - iii. Tratamento de abscesso periodontal agudo;
  - iv. Gengivectomia;
  - v. Gengivoplastia;
  - vi. Aumento de coroa clínica;
  - vii. Cunha proximal;
  - viii. Cirurgia periodontal a retalho;
  - ix. Imobilização dentária em dentes permanentes;
  - x. Enxerto gengival livre;
  - xi. Enxerto pediculado.
- g) Procedimentos de **ENDODONTIA**:
- i. Tratamento endodôntico unirradicular;
  - ii. Tratamento endodôntico birradicular;
  - iii. Tratamento endodôntico multirradicular;
  - iv. Tratamento endodôntico em dente decíduo;
  - v. Tratamento endodôntico de dente com rizogênese incompleta;
  - vi. Retratamento endodôntico unirradicular;
  - vii. Retratamento endodôntico birradicular;
  - viii. Retratamento endodôntico multirradicular;
  - ix. Capeamento pulpar direto;
  - x. Pulpotomia;
  - xi. Remoção de trabalho protético;
  - xii. Remoção de corpo estranho intracanal;
  - xiii. Tratamento de perfuração endodôntica;
  - xiv. Remoção de núcleo intrarradicular.
- h) Procedimentos de **CIRURGIA**:
- i. Exodontia simples de permanente;
  - ii. Exodontia de permanente por indicação ortodôntica/protética;
  - iii. Exodontia de raiz residual;
  - iv. Remoção de dentes inclusos / impactados;
  - v. Remoção de dentes semi-inclusos / impactados;
  - vi. Apicetomia unirradiculares sem obturação retrógrada;
  - vii. Apicetomia unirradiculares com obturação retrógrada;

- viii. Apicetomia birradiculares sem obturação retrógrada;
  - ix. Apicetomia birradiculares com obturação retrógrada;
  - x. Apicetomia multirradiculares sem obturação retrógrada;
  - xi. Apicetomia multirradiculares com obturação retrógrada;
  - xii. Bridectomia;
  - xiii. Bridotomia;
  - xiv. Frenulectomia labial;
  - xv. Frenulotomia labial;
  - xvi. Frenulectomia lingual;
  - xvii. Frenulotomia lingual;
  - xviii. Exodontia simples de decíduo;
  - xix. Alveoloplastia;
  - xx. Cirurgia para exostose maxilar;
  - xxi. Cirurgia para torus mandibular – unilateral;
  - xxii. Cirurgia para torus palatino;
  - xxiii. Cirurgia para torus mandibular – bilateral;
  - xxiv. Exérese ou excisão de cálculo salivar;
  - xxv. Exérese ou excisão de mucocele;
  - xxvi. Exérese ou excisão de rânula;
  - xxvii. Exodontia a retalho;
  - xxviii. Redução cruenta de fratura alvéolo dentária;
  - xxix. Redução incruenta de fratura alvéolo dentária;
  - xxx. Aprofundamento/aumento de vestibulo;
  - xxxi. Ulectomia;
  - xxxii. Ulotomia;
  - xxxiii. Biópsia de lábio;
  - xxxiv. Amputação radicular com obturação retrógrada;
  - xxxv. Amputação radicular sem obturação retrógrada;
  - xxxvi. Redução simples de luxação de Articulação Têmporo-mandibular (ATM)
  - xxxvii. Biópsia de boca;
  - xxxviii. Odonto-seção;
  - xxxix. Punção aspirativa na região buco-maxilo-facial;
  - xl. Tratamento cirúrgico das fistulas buco nasal;
  - xli. Tratamento cirúrgico das fistulas buco sinusal;
  - xlii. Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos moles na região buco-maxilo-facial;
  - xliii. Tratamento cirúrgico dos tumores benignos de tecidos moles na região buco-maxilo-facial;
  - xliv. Biópsia de língua;
  - xlv. Biópsia de glândula salivar;
  - xlvi. Sutura de ferida em região buco-maxilo-facial;
  - xlvii. Biópsia de mandíbula;
  - xlviii. Biópsia de maxila;
  - xlix. Tratamento Cirúrgico para tumores odontogênicos benignos – sem reconstrução;
    - I. Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos ósseos/cartilaginosos na região buco-maxilo-facial;
    - li. Tratamento cirúrgico de tumores benignos de tecidos ósseos/ cartilaginosos na região buço-maxilo-facial;
    - lii. Exérese de lipoma na região buco-maxilo-facial;
    - liii. Tunelização.
- i) Procedimentos de **PRÓTESE DENTAL**:
- i. Núcleo metálico fundido;
  - ii. Coroa provisória com pino;
  - iii. Coroa provisória sem pino;
  - iv. Restauração metálica fundida;
  - v. Coroa total metálica (unitária);
  - vi. Coroa de acetato em dente decíduo;
  - vii. Coroa total em cerâmico unitária. Cobertura em dentes anteriores (incisivos e caninos) não passíveis de reconstrução por meios diretos.

3.7 A cobertura odontológica compreende, ainda, a cobertura dos honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista quando, por imperativo clínico, for necessária estrutura hospitalar para a realização de procedimentos listados no Rol de Procedimentos Odontológicos vigente à época do evento.

#### CLÁUSULA QUARTA – EXCLUSÕES DE COBERTURA

4.1 Em conformidade com o que prevê a Lei nº 9.656/1998, as Resoluções do Consu, e respeitando-se as coberturas mínimas obrigatórias previstas na citada Lei e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, estão excluídos da cobertura do Plano os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não descritos expressamente neste Contrato e os provenientes de:

- a) Procedimentos assistenciais que exijam autorização prévia, realizados à revelia da CONTRATADA sem atendimento às condições previstas neste Contrato;
- b) Atendimentos prestados antes do início da vigência contratual ou do cumprimento das carências, respeitadas as demais condições contratuais;
- c) Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, ou seja, aqueles que empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país, bem como, aqueles que são considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina – CFM, e, ainda, aqueles cujas indicações não constem da bula/manual registrada na ANVISA (uso off-label);
- d) Procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação ou outro sistema de navegação, escopias e técnicas minimamente invasivas, fora do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS;
- e) Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, ou seja, aqueles que não visam restauração parcial ou total da função de órgão ou de parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;
- f) Inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;
- g) Cirurgia plástica estética de qualquer natureza;
- h) Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- i) Transplantes, à exceção dos transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;
- j) Fornecimento de medicamentos, independente da via de administração, e produtos para a saúde importados não nacionalizados, ou seja, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA;
- k) Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ou seja, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, com exceção dos medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar e dos medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento;
- l) Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico, conforme os seguintes conceitos: prótese como qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido e órtese como qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico os materiais cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico;
- m) Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico ou odontológico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- n) Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- o) Aplicação de vacinas preventivas e hipossensibilizantes;
- p) Serviços de enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar;
- q) Procedimentos não discriminados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;

- r) Estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos não discriminados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente na data do contrato;
- s) Aparelhos ortopédicos;
- t) Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
- u) Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência do plano, bem como despesas decorrentes de serviços prestados por profissionais não credenciados ao plano contratado, à exceção dos atendimentos de urgência ou de emergência, que poderão ser efetuados por médicos não credenciados e posteriormente reembolsados, nos limites e termos deste Contrato;
- v) Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do Beneficiário, exceto para pacientes menores de 18 (dezoito) anos, com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, portadores de necessidades especiais, nos termos definidos neste Contrato;
- w) Despesas relativas a um acompanhante, ressalvadas as relativas ao indicado pela mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato, nos termos definidos neste Contrato;
- x) Despesas hospitalares extraordinárias tais como: serviços telefônicos, uso de televisão, alimentação não prevista no tratamento, lavagem de roupas, produtos de toalete e de higiene pessoal e quaisquer outras despesas que não sejam vinculadas à cobertura do presente instrumento;
- y) Estada de paciente ou acompanhante em hotel, pensão ou similares;
- z) Cirurgia para mudança de sexo;
- aa) Avaliação pedagógica;
- bb) Orientações vocacionais;
- cc) Especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- dd) Áreas de atuação médica reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- ee) Qualquer tipo de atendimento domiciliar, mesmo em caráter de urgência e emergência;
- ff) Remoção domiciliar;
- gg) Exames para piscina ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- hh) Investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;
- ii) Procedimentos de próteses odontológicas sobre implantes e disfunções de ATM (articulação temporomandibular);
- jj) Fornecimento, aluguel e aquisição de equipamentos e aparelhos ortodônticos, bem como quebra ou perda desses e suas respectivas manutenções;
- kk) Tratamentos prescritos por profissional não habilitado e procedimentos não consagrados pelos órgãos oficiais;
- ll) Todos os procedimentos das especialidades de ortodontia;
- mm) Próteses odontológicas, ressalvados os procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento;
- nn) Transplantes ósseos;
- oo) Enxertos ósseos e biomateriais;
- pp) Implantes odontológicos e cirurgias periodontais com membrana e enxertos;
- qq) Quaisquer tratamentos sem indicação clínica;
- rr) Serviços com materiais importados, porcelanas ou metais nobres;
- ss) Restaurações utilizando resina fotopolimerizável em dentes posteriores somente para fins estéticos;
- tt) Radiografias não previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento para a segmentação odontológica;
- uu) Cirurgias a laser;
- vv) Clareamento dentário;
- ww) Exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais.

#### CLÁUSULA QUINTA – DURAÇÃO DO CONTRATO

5.1 O presente Contrato vigorará pelo prazo mínimo de 12 (doze) meses, contados da data estabelecida na **PROPOSTA DE ADMISSÃO**, data esta considerada como de aniversário do presente instrumento, não podendo ocorrer nenhum pagamento antes dessa data.

**5.2** Este Contrato tem renovação automática por prazo indeterminado a partir do vencimento do prazo inicial de vigência, **se quaisquer das partes não se manifestarem, contrariamente, no prazo de 60 (sessenta) dias antes do término da vigência**, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato e a pretexto da renovação.

### CLÁUSULA SEXTA – PERÍODOS DE CARÊNCIA

**6.1** Entende-se por carência o período de tempo durante o qual o Beneficiário não terá direito às coberturas contratadas. O direito de atendimento ao Beneficiário das coberturas previstas neste instrumento será prestado **após cumprimento das carências a seguir especificadas**, observando-se o disposto na legislação vigente, especialmente inciso V, art. 12 da Lei nº 9.656/1998:

	<b>Cobertura</b>	<b>Carência registrada na ANS:</b>
<b>A</b>	<b>Procedimentos de urgência e de emergência, nos termos definidos neste instrumento;</b>	<b>24 (vinte e quatro) horas</b>
<b>B</b>	<b>Consultas médicas;</b>	<b>30 (trinta) dias</b>
<b>C</b>	<b>Procedimentos odontológicos de diagnóstico, radiologia, prevenção, dentística, odontopediatria e cirurgia bucal;</b>	<b>60 (sessenta) dias</b>
<b>D</b>	<b>Procedimentos odontológicos de periodontia, endodontia e cirurgias odontológicas;</b>	<b>120 (cento e vinte) dias</b>
<b>E</b>	<b>Exames e procedimentos médicos simples, exceto os mencionados nos itens F, G, H e I, abaixo;</b>	<b>60 (sessenta) dias</b>
<b>F</b>	<b>Procedimentos médicos especiais: Exames, procedimentos e tratamentos especializados: polissonografia, colangiopancreatografia endoscópica, colonoscopia, video-laparoscopia diagnóstica e cirúrgica, Broncoscopia, Medicina Nuclear, angiografias, radiologia intervencionista, Ressonância Magnética, Tomografia Computadorizada, Video-histeroscopia diagnóstica e cirúrgica, BERA (potenciais auditivos do tronco cerebral), Video-artroscopia diagnóstica e cirúrgica, Endoscopia cirúrgica, video-toracoscopia cirúrgica, quimioterapia antineoplásica, radioterapia, procedimentos terapêuticos em hemodinâmica, litotripsia, diálise e hemodiálise; e demais procedimentos de alta complexidade, definidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente na data do evento;</b>	<b>180 (cento e oitenta) dias</b>
<b>G</b>	<b>Cirurgias, inclusive ambulatoriais, internações, terapias e tratamentos com nutricionista, psicólogo, terapeuta ocupacional e fonoaudiólogo;</b>	<b>180 (cento e oitenta) dias</b>
<b>H</b>	<b>Parto a termo;</b>	<b>300 (trezentos) dias</b>
<b>I</b>	<b>Demais casos, bem como inclusão de novos procedimentos decorrentes de atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS ocorrida em data posterior à assinatura deste Contrato.</b>	<b>180 (cento e oitenta) dias</b>

**6.2** O prazo de carência será contado a partir do início de vigência do Contrato. **Para os incluídos após a vigência deste instrumento, as carências serão contadas da data da sua inclusão.**

**6.3** Na hipótese do Beneficiário optar por adquirir um produto superior, devem ser considerados todos os prazos de carência já cumpridos pelos beneficiários que desejarem ingressar no plano de categoria superior dentro da mesma operadora e será exigido novo prazo de carência para aquelas coberturas e serviços que não estavam previstos no contrato anterior, incluindo-se nova rede credenciada de prestadores e diferente padrão de acomodação em internações. As novas carências devem obedecer à regra geral no artigo 12, V, 'b', da Lei nº 9.656/98, que prevê o prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias.

**6.3.1** Em caso da internação ocorrer durante o prazo de carência citado neste item, será assegurada a utilização da acomodação coletiva.

**6.4** Nos termos da Resolução Normativa nº. 195/09, quando o número de Beneficiários inscritos neste Contrato for igual ou superior a 30 (trinta), não será exigido o cumprimento dos períodos de carência estipulados neste Contrato, desde que o Beneficiário formalize o pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias da data da assinatura deste Contrato ou de sua vinculação à CONTRATANTE.

**6.5 A exigência do cumprimento dos períodos de carência voltará a vigorar automaticamente para as novas adesões se houver redução de Beneficiários para um número inferior a 30 (trinta) Beneficiários.**

### **CLÁUSULA SÉTIMA – DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES**

**7.1 Doenças ou lesões preexistentes são aquelas que o Beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor no momento da adesão ao presente instrumento.**

**7.2 No momento da adesão ao presente instrumento, o Beneficiário deverá preencher a Declaração de Saúde, na qual manifestará o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes à época da adesão ao presente Contrato, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou rescisão unilateral do Contrato, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656/1998.**

**7.3 Juntamente com o Formulário de Declaração de Saúde, será entregue a Carta de Orientação ao Beneficiário.**

**7.4 O Beneficiário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados pela CONTRATADA, sem qualquer ônus para o Beneficiário.**

**7.5 Caso o Beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da CONTRATADA, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus financeiro dessa entrevista.**

**7.6 É vedada a alegação de omissão de informação de doença ou lesão preexistente quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no Beneficiário pela CONTRATADA, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.**

**7.7 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, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a CONTRATADA oferecerá a cobertura parcial temporária.**

**7.8 A cobertura parcial temporária consiste na suspensão, por um período ininterrupto de 24 (vinte e quatro) meses, da cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos exclusivamente relacionados às doenças ou lesões preexistentes. Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponíveis no sítio eletrônico da CONTRATADA.**

**7.9 As doenças ou lesões preexistentes poderão ser identificadas pela CONTRATADA por todos os meios de verificação que se aceitem como prova, inclusive prontuários médico-hospitalares, em consultórios, clínicas, laboratórios e hospitais e/ou através de exames médicos de avaliação exigidos pela CONTRATADA para definição dos eventos que terão Cobertura Parcial Temporária.**

**7.10 Exercendo prerrogativa legal, a CONTRATADA não optará pelo fornecimento do Agravo.**

**7.11 Identificado indício de fraude por parte do Beneficiário, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a CONTRATADA deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao Beneficiário através de Termo de Comunicação ao Beneficiário e poderá oferecer a opção de cobertura parcial temporária ou solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do Beneficiário à Cobertura Parcial Temporária.**

**7.11.1 A CONTRATADA poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do Beneficiário sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão preexistente.**

**7.11.2 Se solicitado pela ANS, o Beneficiário deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.**

**7.11.3 Após julgamento, e acolhida a alegação da CONTRATADA, pela ANS, o Beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação da constatação da doença e lesão preexistente, pela CONTRATADA, bem como será excluído do Contrato.**

**7.11.4 Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de doença ou lesão preexistente, bem como a suspensão ou rescisão unilateral do Contrato até a publicação, pela ANS, do encerramento do processo administrativo.**

**7.12 Nos termos da Resolução Normativa nº. 195/09, quando o número de Beneficiários inscritos neste Contrato for igual ou superior a 30 (trinta), não aplicará esta Cláusula de Doenças e Lesões Preexistentes para os Beneficiários que formalizarem o pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias da data da assinatura deste Contrato ou de sua vinculação à CONTRATANTE.**

**7.12.1 Esta Cláusula de Doenças e Lesões Preexistentes aplicar-se-á automaticamente para novas adesões se houver redução de Beneficiários para um número inferior a 30 (trinta).**

### **CLÁUSULA OITAVA – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

**8.1** Considera-se atendimento de urgência o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo da gestação.

**8.2** Considera-se atendimento de emergência o evento que implica em risco imediato de morte ou de lesão irreparável para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

**8.3** Consideram-se atendimentos de urgência/emergência odontológicos, garantidos pelo presente contrato:

<b>Procedimento</b>
<b>Controle de hemorragia com ou sem aplicação de agente hemostático;</b>
<b>Tratamento de odontalgia aguda;</b>
<b>Imobilização dentária temporária;</b>
<b>Recimentação de peça/trabalho protético;</b>
<b>Tratamento de alveolite;</b>
<b>Colagem de fragmentos dentários;</b>
<b>Incisão e drenagem (intra ou extra-oral) de abscesso, hematoma ou flegmão da região buco-maxilo-facial;</b>
<b>Reimplante de dente avulsionado com contenção.</b>

**8.4** Serão garantidos os atendimentos decorrentes de acidentes pessoais, sem restrições, depois de decorridas 24 (vinte e quatro) horas de vigência do Contrato.

**8.5** Depois de cumpridas as carências, haverá cobertura dos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para a internação, desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções.

**8.6** Durante o cumprimento dos períodos de carência para internação, serão garantidos os atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, **limitados às primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internação.**

**8.7** Nos casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças e Lesões Preexistentes, haverá atendimento limitado às primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internação.

**8.8** Nos casos em que o atendimento de emergência for efetuado no decorrer dos períodos de carência para internação, será garantido o atendimento limitado às primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internação.

**8.9** Haverá remoção para unidade de atendimento da rede do plano, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente.

**8.10** Haverá remoção para unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, nos casos do Beneficiário estar cumprindo período de carência para internação.

**8.10.1** Também haverá remoção para unidade do SUS, depois de realizados os atendimentos de urgência e emergência, nos casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças e Lesões Preexistentes.

**8.10.2** Na remoção para uma unidade do SUS serão observadas as seguintes regras:

- a) quando não possa haver remoção por risco de morte, o Beneficiário e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a CONTRATADA, desse ônus;
- b) caberá à CONTRATADA o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento;
- c) na remoção, a CONTRATADA deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS;

d) quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida na alínea b, a CONTRATADA estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

8.11 A CONTRATADA assegurará o reembolso, no limite das obrigações deste Contrato, das despesas efetuadas pelo Beneficiário com assistência à saúde, dentro da área geográfica de abrangência e atuação do plano, nos casos exclusivos de urgência ou de emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios ou credenciados pela CONTRATADA.

8.11.1 O Beneficiário deverá apresentar a documentação adequada no prazo máximo de 12 (doze) meses contados da data do evento, sob pena de perder o direito ao reembolso.

8.11.2 O pagamento do reembolso será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Reembolso da CONTRATADA (que equivale à relação de serviços médicos, hospitalares e odontológicos praticados pela CONTRATADA junto à rede de prestadores do respectivo plano), descontados os eventuais valores de coparticipação a título de internação psiquiátrica, conforme previsto neste Contrato, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da apresentação dos seguintes documentos originais:

- a) Via original do documento comprobatório do pagamento das despesas ao profissional e/ou instituição não credenciada pela CONTRATADA (Recibos e/ou Notas Fiscais);
- b) Conta analítica médico-hospitalar, em caso de internação;
- c) Relatório do médico e/ou do cirurgião-dentista assistente, declarando o nome do paciente, código de identificação, o tratamento efetuado, data do atendimento, sua justificativa para o tratamento realizado, especificando, ainda, a razão da urgência e emergência;
- d) Comprovação radiográfica pré e pós a realização dos procedimentos odontológicos;
- e) Comparecimento, após o atendimento, na auditoria clínica em local estabelecido pela CONTRATADA.

8.11.3 Só serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao Beneficiário, realizado enquanto perdurar o estado de urgência ou de emergência.

#### CLÁUSULA NONA – MECANISMOS DE REGULAÇÃO

9.1 Para a garantia da cobertura da assistência ora pactuada, a CONTRATADA colocará à disposição dos Beneficiários, dentro da área de abrangência geográfica do Plano: centros médicos, ambulatórios, laboratórios e consultórios e respectivos profissionais da área da saúde e de atendimento de urgência e emergência, constantes do "MANUAL DO CLIENTE".

9.2 Quando da utilização das coberturas assistenciais previstas no presente Contrato, o Beneficiário deverá apresentar ao estabelecimento ou profissional prestador dos serviços os seguintes documentos:

- a) Cartão de Identificação do Beneficiário mencionado nesse instrumento, com data de validade em dia;
- b) Documento de identidade do Beneficiário-paciente expedido por órgão oficial; e
- c) Guia de encaminhamento ou de internação, se for o caso, devidamente emitida pela CONTRATADA.

9.3 A CONTRATADA fornecerá aos Beneficiários o Cartão Individual de Identificação, cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade legalmente reconhecido, assegura a fruição dos direitos e vantagens deste Contrato, podendo a CONTRATADA adotar, a qualquer tempo, novo sistema para melhor atendimento aos Beneficiários.

9.4 É obrigação do Beneficiário Titular, na hipótese de rescisão, resolução ou resilição deste Contrato, ou ainda, de exclusão, devolver os respectivos cartões de identificação e quaisquer outros documentos porventura fornecidos pela CONTRATADA, respondendo, diante da comprovação da ilicitude, pelos prejuízos resultantes do uso indevido desses documentos, restando isenta, neste caso, de qualquer responsabilidade, a CONTRATADA, a partir da exclusão do Beneficiário, rescisão, resolução ou resilição do presente instrumento. Nos casos em que os cartões não forem devolvidos, na forma acima, deverá o Beneficiário Titular assinar Termo próprio se responsabilizando por eventual utilização indevida das coberturas assistenciais.

9.4.1 Considera-se uso indevido a utilização desses documentos para obter atendimento, mesmo que na forma contratada, pelos Beneficiários que perderam essa condição, por exclusão ou término do Contrato, ou, em qualquer hipótese, por terceiros, que não sejam Beneficiários.

9.4.2 O uso indevido do cartão de identificação, de qualquer Beneficiário, a critério da CONTRATADA, ensejará pedido de indenização por perdas e danos, bem como a exclusão do respectivo titular, e suas consequências.

9.5 Ocorrendo o roubo, o furto, a perda ou o extravio do Cartão Individual de Identificação, o Beneficiário Titular deverá comunicar o fato à CONTRATADA, por escrito, acompanhada de declaração de perda ou de

**boletim de ocorrência, para cancelamento ou, quando for o caso, emissão de segunda via. O cancelamento só terá validade quando reconhecido por escrito pela CONTRATADA.**

**9.5.1 As segundas vias do Cartão de Identificação serão cobradas, pela CONTRATADA, conforme valor de Taxa de Inscrição vigente à época.**

**9.6 CONSULTAS: As consultas médicas deverão ser agendadas,** podendo ser realizadas em clínicas próprias ou em consultórios e clínicas especializadas credenciadas, constante do "MANUAL DO CLIENTE".

- a) **Apenas o médico poderá fazer o encaminhamento a um hospital, laboratório ou prestador de serviços de apoio diagnóstico e terapia, se for o caso;**
- b) Em caso de necessidade de encaminhamento, o Beneficiário deverá comparecer com o pedido médico ao departamento de Emissão de Guias;
- c) Após a emissão da guia, o Beneficiário deverá ligar para o recurso constante do "MANUAL DO CLIENTE" e marcar o horário para a realização do procedimento indicado pelo médico.

**9.7 EXAMES, TRATAMENTOS E DEMAIS PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS, exceto exames simples:** O Beneficiário deverá comparecer munido da solicitação do médico ao Setor de Emissão de Guias, **onde após avaliação do médico auditor, será agendada a data da realização do procedimento.**

- a) O Beneficiário deverá comparecer munido da solicitação do médico ao departamento de Emissão de Guias para solicitar a Guia de Encaminhamento;
- b) Após a emissão da guia, o Beneficiário deverá ligar para o laboratório ou clínica constante do "MANUAL DO CLIENTE" e marcar o horário para a realização do exame ou tratamento indicado pelo médico.

**9.8 EXAMES SIMPLES (assim considerados os exames laboratoriais, cujo valor seja inferior a R\$ 40,00 (quarenta reais), RX simples e procedimentos ambulatoriais de baixa complexidade):** O Beneficiário deverá comparecer munido da solicitação do médico assistente ao prestador de serviços vinculado ao seu plano, juntamente com o Cartão de Identificação com a data de validade em dia e um documento de identidade expedido por órgão oficial.

**9.8.1** Para os procedimentos abaixo listados, o beneficiário deverá solicitar a autorização ao Setor de Emissão de Guias.

- a) procedimentos especiais: Exames, procedimentos e tratamentos especializados: polissonografia, colangiopancreatografia endoscópica, colonoscopia, video-laparoscopia diagnóstica e cirúrgica, Broncoscopia, Medicina Nuclear, angiografias, radiologia intervencionista, Ressonância Magnética, Tomografia Computadorizada, Video-histeroscopia diagnóstica e cirúrgica, BERA (potenciais auditivos do tronco cerebral), Video-artroscopia diagnóstica e cirúrgica, Endoscopia cirúrgica, video-toracoscopia cirúrgica, quimioterapia antineoplásica, radioterapia, procedimentos terapêuticos em hemodinâmica, litotripsia, diálise e hemodiálise;
- b) cirurgias, inclusive ambulatoriais, internações, terapias e tratamentos com nutricionista, psicólogo, terapeuta ocupacional e fonoaudiólogo;
- c) parto a termo;
- d) demais casos e procedimentos de alta complexidade, bem como inclusão de novos procedimentos decorrentes de atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS.

**9.9 ATENDIMENTOS ODONTOLÓGICOS: A utilização de todos os procedimentos cobertos neste contrato, com exceção feita ao atendimento de urgência e emergência, está sujeita a autorização prévia conforme descrito abaixo:**

- a) A utilização das coberturas assistenciais dependerá da apresentação do Cartão de Identificação do Beneficiário (físico ou virtual através do aplicativo) que se submeterá ao tratamento. Poderá ser apresentado também o CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) como documento para utilização do plano odontológico;
- b) A utilização das coberturas assistenciais, pelos Beneficiários, far-se-á mediante a emissão da Guia de Tratamento Odontológico (GTO) emitida pelo Cirurgião-Dentista **e previamente aprovada pela CONTRATADA.**

**9.10 O Beneficiário compromete-se, sempre que solicitado pela CONTRATADA, visando a manutenção do padrão de qualidade, bem como dirimir dúvidas ou controvérsias de natureza técnica, a se submeter a auditoria clínica em local estabelecido pela CONTRATADA, quando serão realizadas avaliações clínicas dos tratamentos propostos, realizados ou que ainda encontram-se em andamento.**

**9.11 PEQUENAS CIRURGIAS - ATENDIMENTO AMBULATORIAL:** Pequenas cirurgias são atos complementares a uma consulta médica ou atendimento ambulatorial.

- a) O beneficiário deverá solicitar a autorização na no Setor de Emissão de Guias, **onde o pedido será avaliado por médico auditor**

- b) Na data marcada, o Beneficiário deverá apresentar-se no local, com o Cartão de Identificação com a data de validade em dia, um documento de identidade expedido por órgão oficial e a autorização fornecida pela **CONTRATADA**.

**9.12 INTERNAÇÕES PROGRAMADAS:** As internações eletivas (programadas), clínicas ou cirúrgicas, **deverão ter encaminhamento do médico**, o qual indicará, em impresso próprio, o tratamento/cirurgia a ser realizado, o tempo de existência da doença e os dados clínicos que justifiquem a internação.

- a) O beneficiário deverá solicitar a autorização no Setor de Emissão de Guias, **onde o pedido será avaliado por médico auditor**;
- b) Na data marcada, o Beneficiário deverá apresentar-se no hospital, com o Cartão de Identificação com a data de validade em dia, um documento de identidade expedido por órgão oficial e a autorização fornecida pela **CONTRATADA**;
- c) As internações hospitalares ficam a critério exclusivo do médico assistente, sendo certo, ainda, que os Beneficiários permanecerão hospitalizados enquanto houver indicação médica para tanto, a exclusivo critério do médico assistente;
- d) **Caso o Beneficiário continue hospitalizado após a alta médica a que alude o item supra, passarão a correr, inteiramente por sua conta a partir de então, todas as despesas decorrentes da internação.**

**9.13 Para autorização de cada procedimento coberto, a CONTRATADA exigirá a apresentação de documentação específica. A relação dos documentos exigidos pela CONTRATADA para autorização de cada procedimento pode ser obtida no portal da CONTRATADA na internet ou em suas centrais de atendimento.**

**9.14 A cobertura dos procedimentos ambulatoriais, hospitalares ou odontológicos somente será garantida quando apresentada toda a documentação exigida.**

**9.15 É facultado à CONTRATADA direcionar a realização de consultas, exames, internações e demais procedimentos a prestadores específicos, respeitando os prazos máximos de garantia de atendimento contemplados na regulamentação da ANS, independente de possuir ou não outros prestadores credenciados disponíveis em sua rede.**

**9.16 Os atendimentos feitos em caráter de urgência/emergência deverão ser comunicados à CONTRATADA em até 48 (quarenta e oito horas) da data do início do atendimento, mediante declaração do médico assistente, para que seja emitida a autorização correspondente.**

**9.17 Ao agendar um atendimento, o Beneficiário assume um compromisso ao qual não deve faltar. Caso não possa comparecer, deve ligar antecipadamente, liberando seu horário, para evitar prejuízos ao profissional e a outros pacientes.**

**9.18 Para que haja cobertura das despesas de atendimento os Beneficiários deste Contrato deverão ser atendidos por profissionais integrantes do corpo clínico credenciado pela CONTRATADA em estabelecimentos de saúde, também por ela credenciados, exceto nos casos de urgência e emergência, quando será admitido o reembolso na forma prevista neste instrumento.**

**9.19 O CONTRATANTE obterá através do "MANUAL DO CLIENTE" os endereços dos departamentos citados nesse contrato, inclusive para fins de autorização para a realização dos procedimentos, mas em caso de dúvida, deverá ligar para o Serviço de Atendimento ao Cliente disponível 24 (vinte e quatro) horas todos os dias da semana, pelo nº 0800 18 34 56.**

**9.20 Ao Beneficiário é garantida a avaliação do atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de 01 (um) dia útil, contado da data da solicitação, para a definição dos casos de aplicação das regras de regulação.**

**9.21 É facultado a CONTRATADA requisitar ao Beneficiário ou ao médico assistente ou ao cirurgião-dentista documentações, informações adicionais e/ou perícia médica, ficando o beneficiário obrigado a apresentar as informações solicitadas e a comparecer na perícia da CONTRATADA.**

**9.22 Nos termos da Resolução nº 08/98, do Consu, em casos de divergência médica sobre o direito às coberturas previstas neste Contrato, garante-se ao Beneficiário e à CONTRATADA a prerrogativa de requerer a formação de junta constituída por 03 (três) profissionais, sendo um nomeado pela CONTRATADA, outro pelo Beneficiário, e um terceiro, escolhido pelos dois nomeados. O Beneficiário arcará com os honorários do profissional que designar caso ele não pertença a Rede Credenciada da CONTRATADA.**

**9.23 A CONTRATADA poderá requisitar a qualquer tempo, diretamente dos profissionais, todas as informações que julgue necessárias para elucidação de matérias relacionadas à utilização das coberturas. Nessas circunstâncias, responsabiliza-se pelo sigilo das informações obtidas.**

**9.24 A CONTRATADA reserva-se o direito de alterar a rede de prestadores de serviços, constantes do mencionado "MANUAL DO CLIENTE", obedecido aos trâmites legais existentes, principalmente no que se refere à mudança de entidade hospitalar, conforme art. 17 da Lei nº 9.656/1998.**

**9.25 É facultada a substituição de entidade hospitalar**, desde que por outro equivalente e mediante comunicação ao Beneficiário e à ANS com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias em vigor.

**9.26** Na hipótese de a substituição de entidade hospitalar ocorrer por vontade da **CONTRATADA** durante período de internação de algum Beneficiário, será garantido o pagamento das despesas relacionadas com a internação até a alta hospitalar, estabelecida pelo médico assistente, **exceto nos casos de infração às normas sanitárias**, quando a **CONTRATADA** providenciará, às suas expensas, a transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência.

**9.27** No caso de redução de entidade hospitalar, é necessária autorização prévia da ANS.

**9.28** Todas as informações sobre substituições de prestadores e alterações na rede estarão disponíveis no portal da **CONTRATADA** na internet [www.saofrancisco.com.br](http://www.saofrancisco.com.br) e também pelo nº 0800 18 34 56, na forma e prazos estabelecidos pela regulamentação.

## CLÁUSULA DÉCIMA – FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

**10.1** O Plano contratado será custeado em regime de preço 'pré-estabelecido', nos termos da Resolução Normativa nº 85/04 da ANS (Anexo II, item 11, número 1) e alterações posteriores.

**10.2** Em virtude das coberturas previstas neste instrumento, a **CONTRATANTE** deverá pagar à **CONTRATADA**, uma contraprestação pecuniária mensal (mensalidade), integral ou pro-rata (conforme o caso), para cada Beneficiário inscrito, definidas em função do número de Beneficiários inscritos e das faixas etárias em que se enquadrarem (ou valor fixado em preço único por usuário ou por grupo familiar), bem como por eventuais valores de coparticipação (devidos em função da realização de internação psiquiátrica, nos termos deste Contrato).

**10.3** Para cobrança do valor de mensalidade, integral e/ou pro-rata (conforme o caso), e eventuais valores de coparticipação (devidos em função da realização de internação psiquiátrica, nos termos deste Contrato), a **CONTRATADA** enviará, ao **CONTRATANTE**, fatura única de cobrança, que deverá ser quitada até a data estabelecida na PROPOSTA DE ADMISSÃO, de cada mês, sendo essa a respectiva data de vencimento da obrigação, facultando-se à **CONTRATADA**, quando julgar conveniente, emitir e sacar duplicata referente às coberturas contratadas.

**10.4** Quando a data de vencimento cair em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser realizado até o primeiro dia útil subsequente, sendo reconhecido como comprovante de pagamento qualquer documento determinado pela **CONTRATADA**.

**10.5** As faturas emitidas pela **CONTRATADA** terão por base o número de Beneficiários informado pelo **CONTRATANTE**. Na falta de comunicação, em tempo oportuno, de inclusão ou de exclusão de Beneficiários, a fatura se baseará nos dados disponíveis no período de emissão do documento de cobrança, realizando-se os acertos nas faturas subsequentes.

**10.6** A **CONTRATADA** poderá adotar modalidade diversa de cobrança, conforme melhor lhe aprouver, mediante comunicação prévia.

**10.7** Se a **CONTRATANTE** não receber documento que a possibilite realizar o pagamento de sua obrigação, em até 05 (cinco) dias antes da data do vencimento, deverá requerer segunda via junto à **CONTRATADA**, que enviará nova cobrança.

**10.8** A perda, extravio ou não recebimento do instrumento de cobrança não desobriga a **CONTRATANTE** de efetuar o seu pagamento no prazo de vencimento mensal.

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

**10.10** O pagamento antecipado das mensalidades não elimina nem reduz os períodos de carência deste Contrato.

**10.11** O pagamento dos valores devidos à **CONTRATADA** referente a um determinado mês não significa estarem pagos ou quitados débitos anteriores.

**10.12** No ato da assinatura deste Contrato, a **CONTRATANTE** pagará à **CONTRATADA** uma taxa de implantação, por beneficiário inscrito, no valor definido na PROPOSTA DE ADMISSÃO. A taxa de implantação também será cobrada das novas adesões.

**10.13** Ocorrendo impontualidade no pagamento dos valores de responsabilidade da **CONTRATANTE**, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculados dia a dia, e multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado.

**10.14 A CONTRATADA se reserva o direito de cobrar os débitos não quitados por todos os meios legais cabíveis, inclusive promovendo a respectiva cobrança por meio de instituições financeiras e inscrição em órgãos de proteção ao crédito.**

**10.15 Do pagamento do Beneficiário**

**10.15.1 A CONTRATANTE é responsável pelo pagamento diretamente à CONTRATADA dos valores devidos nos termos estipulados neste instrumento, o que não exime o Beneficiário de arcar com as parcelas de sua responsabilidade perante a CONTRATANTE.**

**10.15.2 Em atenção ao disposto no § 1º do artigo 15 da RN nº 279, de 2011, foi adotado o seguinte critério para a determinação do custo do beneficiário:**

- a) A fixação do preço observará a tabela de custo prevista no contrato, a qual considera região de atuação do produto, meta de sinistralidade da operadora e lucro líquido esperado;
- b) A CONTRATANTE poderá – facultativo – financiar um percentual/ valor para cada beneficiário e seus dependentes conforme política de benefícios vigente da CONTRATANTE.

**10.15.3 A CONTRATANTE e o Beneficiário deverão acordar a data de pagamento de suas contribuições, sendo que o atraso no pagamento ensejará o direito da CONTRATANTE solicitar à CONTRATADA a suspensão de cobertura e/ou exclusão do Beneficiário inadimplente e dos dependentes a ele vinculado.**

**10.15.4 Ocorrendo impontualidade no pagamento dos valores devidos pelo Beneficiário à CONTRATANTE, ensejará o direito desta de exigir, juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculados dia a dia, e multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado.**

**10.15.5 Após a quitação do débito do Beneficiário excluído por inadimplência, poderá a CONTRATANTE solicitar a sua reinclusão. Caso a nova admissão ocorra em prazo superior a 30 (trinta) dias da exclusão, o Beneficiário que reingressar deverá cumprir novos prazos de carência, nos termos estabelecidos neste Contrato.**

### CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – REAJUSTE

**11.1** O reajuste a incidir sobre o valor da mensalidade será anual, tendo como data-base de aniversário o mês de início de vigência contratual.

**11.2** Caso nova legislação venha a autorizar o reajustamento em período inferior a 12 (doze) meses, essa terá aplicação imediata sobre este Contrato.

**11.3** A aplicação dos reajustes será comunicada à ANS.

**11.4** As demais obrigações financeiras previstas neste instrumento (tais como taxa de inscrição e segunda via do Cartão de Identificação), serão reajustadas no mesmo momento da mensalidade, através de livre negociação entre as partes. Na falta de acordo entre as partes, serão reajustadas utilizando-se o mesmo índice de reajuste da mensalidade.

**11.5** Independente da data de adesão do Beneficiário, os valores de suas contribuições terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência deste Contrato, entendendo esta como data base única.

**11.6** Além da modalidade de reajuste prevista nesta cláusula, devem-se observar as regras de reajuste por faixa etária previstas neste instrumento, que ocorrem no mês subsequente ao aniversário do Beneficiário, exceto se a mensalidade for fixada em preço único.

**11.7** Conforme o número de beneficiários vinculados ao presente Contrato, o reajuste a ser aplicado levará em consideração as utilizações decorrentes da carteira de beneficiários vinculada a este instrumento ou algum dos agrupamentos de contratos a seguir estabelecidos:

- a) Agrupamento de todos os contratos de planos de saúde coletivos empresariais vinculados a esta operadora que possuam menos de 30 beneficiários, hipótese que poderá ser desmembrado em sub-agrupamentos, observada a legislação a esse respeito;
- b) Agrupamento de todos os contratos de planos de saúde coletivos empresariais vinculados a esta operadora que possuam entre 30 e 100 beneficiários.

**11.8** A primeira data a ser considerada para a apuração da quantidade de beneficiários será a de assinatura deste instrumento e as datas seguintes considerarão o número de beneficiários apurado no mês de seu aniversário.

**11.9** No mês de março de cada ano, a **CONTRATADA** identificará os contratos de planos coletivos em vigor que deverão ser agrupados para efeito de reajuste, considerando o número de beneficiários vinculados a cada contrato em sua última data de aniversário, ainda que esse número se altere posteriormente.

**11.10** Do índice de reajuste para contratos agrupados que possuam menos de 30 beneficiários

**11.10.1** A mensalidade será reajustada de acordo com o índice de reajuste estabelecido para o agrupamento de contratos com menos de 30 beneficiários adotado pela **CONTRATADA**, divulgado em seu site, que será obtido através da seguinte fórmula:

$$\text{Reajuste} = (1 + \text{Máximo}(0;RT)) \times (1 + RF) - 1$$

Onde:

RF (Reajuste Financeiro): corresponderá ao último índice máximo autorizado pela ANS para reajuste de planos individuais/familiares, vigente no período considerado para apuração. Na falta deste índice, o reajuste se dará pela variação positiva do índice IPCA - Índice de Preço ao Consumidor Amplo, divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, acumulado nos últimos doze meses, e com retroatividade de 04 (quatro) meses da identificação dos contratos.

RT (Reajuste Técnico): determinado em função da sinistralidade dos contratos sub-agrupados, apurado de acordo com a seguinte expressão:

$$RT = S/S_m - 1$$

Onde:

S = sinistralidade (relação entre as despesas assistenciais e as receitas de contribuição dos contratos agrupados que possuam menos de 30 beneficiários), apurada no mesmo período considerado para determinação do RF.

S<sub>m</sub> = meta de sinistralidade de 70% (setenta por cento).

**11.10.2** Os percentuais de reajuste definidos conforme fórmula acima serão divulgados no *site* da **CONTRATADA** até o 1º (primeiro) dia útil do mês de maio de cada ano, podendo ser aplicados a partir dessa data até abril do ano seguinte, sempre observando a data de aniversário de cada contrato.

**11.10.3** Na falta do índice que compõe o reajuste, deverá ser considerado o índice oficial que vier a substituí-lo.

**11.11** Do índice de reajuste para contratos agrupados que possuam entre 30 e 100 beneficiários

**11.11.1** A mensalidade será reajustada de acordo com o índice de reajuste estabelecido para o agrupamento de contratos entre 30 e 100 beneficiários adotado pela **CONTRATADA**, que será obtido através da seguinte fórmula:

$$\text{Reajuste} = (1 + \text{Máximo}(0;RT)) \times (1 + RF) - 1$$

Onde:

RF (Reajuste Financeiro): corresponderá ao último índice máximo autorizado pela ANS para reajuste de planos individuais/familiares, vigente no período considerado para apuração. Na falta deste índice, o reajuste se dará pela variação positiva do índice IPCA - Índice de Preço ao Consumidor Amplo, divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, acumulado nos últimos doze meses, e com retroatividade de 04 (quatro) meses do aniversário deste Contrato.

RT (Reajuste Técnico): determinado em função da sinistralidade dos contratos agrupados que possuam entre 30 e 100 beneficiários, apurado de acordo com a seguinte expressão:

$$RT = S/S_m - 1$$

Onde:

S = sinistralidade (relação entre as despesas assistenciais e as receitas de contribuição dos contratos agrupados que possuam entre 30 e 100 beneficiários), apurada no mesmo período considerado para determinação do RF.

S<sub>m</sub> = meta de sinistralidade de 70% (setenta por cento).

**11.11.2** O percentual de reajuste definido conforme fórmula acima poderá ser aplicado em cada contrato a partir de sua data de aniversário.

**11.11.3** Na falta do índice que compõe o reajuste, deverá ser considerado o índice oficial que vier a substituí-lo.

**11.12** Do índice de reajuste para contratos não agrupados

**11.12.1** A mensalidade será reajustada de acordo com o índice de reajuste obtido através da seguinte fórmula:

$$\text{Reajuste} = (1 + \text{Máximo}(0;RT)) \times (1 + RF) - 1$$

Onde:

RF (Reajuste Financeiro): corresponderá ao último índice máximo autorizado pela ANS para reajuste de planos individuais/familiares, vigente no período considerado para apuração. Na falta deste índice, o reajuste se dará pela variação positiva do índice IPCA - Índice de Preço ao Consumidor Amplo, divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, acumulado nos últimos doze meses, e com retroatividade de 04 (quatro) meses do aniversário deste Contrato.

RT (Reajuste Técnico): determinado em função da sinistralidade deste Contrato, apurado de acordo com a seguinte expressão:

$$RT = S/Sm - 1$$

Onde:

S = sinistralidade (relação entre as despesas assistenciais e as receitas de contribuição deste Contrato), apurada no mesmo período considerado para determinação do RF.

Sm = meta de sinistralidade de 70% (setenta por cento).

**11.12.2** As partes poderão, de comum acordo e após a apuração dos índices e valores obtidos através dos cálculos expostos na fórmula supracitada, optar por um aporte financeiro suficiente para saldar os valores das despesas atribuíveis à sinistralidade apurada no período.

## CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – FAIXAS ETÁRIAS

**12.1** As mensalidades foram fixadas em função da idade do Beneficiário inscrito, de acordo com as faixas etárias e conforme os percentuais de reajustes incidentes em cada uma delas, observada a tabela de custo estabelecido na PROPOSTA DE ADMISSÃO.

**12.2** Para exercício do direito de manutenção previsto neste instrumento, os valores de mensalidade a serem assumidos pelos Beneficiários ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados, em novo plano destinado exclusivamente a esta categoria, serão os valores previstos na tabela de preços estabelecida para aquele plano, apresentada na PROPOSTA DE ADMISSÃO, estando, em versão atualizada, permanentemente a disposição para consulta pelos Beneficiários junto à CONTRATANTE.

**12.3** Quando a alteração da idade importar em deslocamento para a faixa superior, as mensalidades serão alteradas, automaticamente, no mês seguinte ao do aniversário do Beneficiário, pelo percentual de reajuste estabelecido para a faixa etária subsequente.

**12.4** Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária não se confundem com o reajuste financeiro anual.

**12.5** Os percentuais de variação em cada mudança de faixa etária são fixados observadas as seguintes condições:

- a) O valor fixado para a última faixa etária não pode ser superior a 6 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária;
- b) A variação acumulada entre a 7ª (sétima) e a 10ª (décima) faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a 1ª (primeira) e a 7ª (sétima) faixas;
- c) As variações por mudança de faixa etária não podem apresentar percentuais negativos.

## CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

### 13.1 DO DEMITIDO

**13.1.1** A CONTRATANTE assegura ao Beneficiário Titular que contribuir para o plano contratado, decorrente de seu vínculo empregatício ou estatutário, no caso de rescisão ou exoneração do Contrato de trabalho, sem justa causa, o direito de manter sua condição de Beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do Contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral das contraprestações pecuniárias (artigo 30 da lei nº 9.656/1998).

**13.1.2** O demitido deve optar pela manutenção do benefício no prazo máximo de 30 (trinta) dias, em resposta à comunicação da CONTRATANTE sobre a opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, formalizada no ato da comunicação do aviso prévio, a ser cumprido ou indenizado.

**13.1.3** O período de manutenção da condição de Beneficiário será de um terço do tempo de contribuição ao plano, ou sucessor, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses.

### 13.2 DO APOSENTADO

**13.2.1** A CONTRATANTE assegura ao Beneficiário Titular que se aposentar e que tiver contribuído para o plano contratado, decorrente de vínculo empregatício ou estatutário, pelo prazo mínimo de dez anos, o direito de manutenção como Beneficiário, por prazo indeterminado, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do Contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral das contraprestações pecuniárias (artigo 31 da lei 9.656/1998).

**13.2.2 O aposentado deve optar pela manutenção do benefício no prazo máximo de 30 (trinta) dias, em resposta à comunicação da CONTRATANTE sobre a opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, formalizada no ato da comunicação da aposentadoria.**

**13.2.3 Na hipótese de contribuição pelo então empregado, por período inferior a dez anos, é assegurado o direito de manutenção como Beneficiário, à razão de um ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral do PLANO.**

**13.2.4 Na hipótese do empregado que se aposentar continuar trabalhando na CONTRATANTE, quando vier a se desligar dessa, é garantido o direito de manter-se como beneficiário na condição de aposentado.**

**13.2.5 Em caso de óbito do empregado aposentado, que continuou trabalhando na CONTRATANTE, antes do exercício do direito previsto nesta Cláusula, é garantida a permanência no plano dos dependentes inscritos, pelo prazo a que teria direito o empregado aposentado, desde que assumam as responsabilidades financeiras.**

### **13.3 DAS DISPOSIÇÕES COMUNS**

**13.3.1 O PLANO tratado neste Contrato destina-se exclusivamente a categoria de Beneficiários Titulares Ativos, pelo que o direito previsto nesta Cláusula garantirá a manutenção do ex-empregado em outro plano privado de assistência à saúde da CONTRATADA destinado exclusivamente aos ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados.**

**13.3.2 O direito garantido nesta cláusula será assegurado ainda que o Beneficiário não esteja contribuindo para o PLANO no momento da demissão, exoneração sem justa causa ou aposentadoria, desde que em algum momento tenha contribuído para o PLANO. Nesse caso, o direito será assegurado na proporção do período ou da soma dos períodos de sua efetiva contribuição para o PLANO.**

**13.3.3 A manutenção da condição de beneficiário prevista nesta Cláusula, poderá ser exercida individualmente pelo titular ou estendida também a seu grupo familiar inscrito quando da vigência do contrato de trabalho, a critério do próprio titular.**

**13.3.4 O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado poderá incluir novo cônjuge e filhos no período de manutenção da condição de beneficiário.**

**13.3.5 Em caso de óbito do demitido ou aposentado em exercício do direito de manutenção, é garantida a permanência no plano dos dependentes inscritos, pelo prazo restante a que teria direito o demitido ou o aposentado, desde que assumam as responsabilidades financeiras.**

**13.3.6 As garantias previstas nesta cláusula não excluem vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.**

**13.3.7 A admissão do beneficiário em novo emprego é causa de extinção do direito de manutenção previsto nesta cláusula, cabendo ao demitido ou aposentado comunicar esse fato imediatamente à CONTRATADA ou à CONTRATANTE, para a promoção de sua exclusão e de seu grupo familiar vinculado, sob pena de fraude.**

**13.3.8 Também são causas de extinção do direito de manutenção previsto nesta cláusula:**

- a) **O decurso dos prazos de manutenção previstos nesta cláusula;**
- b) **O cancelamento pelo empregador do benefício do plano concedido aos seus empregados ativos e ex-empregados demitidos sem justa causa ou aposentados.**

**13.3.9 É assegurado ao ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado ou seus dependentes vinculados ao plano, durante o período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656, de 1998, o direito de exercer a portabilidade especial de carências para plano individual ou familiar ou coletivo por adesão, nos termos previstos na regulamentação vigente.**

**13.3.10 Além da portabilidade mencionada durante o período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656, de 1998, deve-se observar ainda as demais possibilidades de portabilidade contempladas na legislação de saúde suplementar em vigor, como nos casos de óbito do titular e da perda da elegibilidade dos dependentes.**

**13.3.11 O titular que não contribuir para o PLANO, durante o período que mantiver o vínculo empregatício ou estatutário, não terá direito à permanência de que trata essa cláusula, após a perda do vínculo empregatício ou estatutário.**

**13.3.12 Nos planos coletivos custeados integralmente pela CONTRATANTE, não é considerada contribuição a coparticipação do Beneficiário, única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização das coberturas assistenciais médica e/ou hospitalar.**

## CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

14.1 Caberá exclusivamente à CONTRATANTE solicitar a suspensão da cobertura ou a exclusão de Beneficiários, inclusive nas seguintes situações:

- a) solicitação de exclusão feita pelo próprio beneficiário;
- b) perda da qualidade de Titular, ressalvado o direito de manutenção no plano previsto nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/1998;
- c) perda da qualidade de Dependente, no caso do Beneficiário deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição previstas neste instrumento ou quando deixar de entregar os documentos comprobatórios exigidos para sua manutenção como Dependente;
- d) inadimplência do Beneficiário, ressalvados os casos de demitidos e aposentados, quando a exclusão por inadimplência caberá à CONTRATADA;
- e) situações decorrentes das políticas internas da CONTRATANTE.

14.1.1 Na hipótese da alínea “a” deste item, é garantido ao beneficiário o direito de solicitar sua exclusão diretamente junto a CONTRATADA, observada a forma e requisitos previstos na regulamentação em vigor.

14.2 Para proceder com a solicitação de exclusão de um Beneficiário Titular do PLANO tratado neste instrumento, a CONTRATANTE deverá obrigatória e expressamente informar à CONTRATADA:

- a) se o Beneficiário foi excluído por demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria;
- b) se o Beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa se enquadra no disposto no artigo 22 da RN279/11, ou seja, se é o caso de empregado aposentado que continuou trabalhando na CONTRATANTE após a aposentadoria;
- c) se o Beneficiário contribuía para o pagamento do PLANO tratado neste instrumento;
- d) por quanto tempo o Beneficiário contribuiu para o pagamento do PLANO tratado neste instrumento; e
- e) se o ex-empregado optou pela sua manutenção como Beneficiário ou se recusou a manter esta condição.

14.2.1 Nos termos da regulamentação, somente serão admitidas as solicitações de exclusão dos Beneficiários Titulares deste PLANO, mediante comprovação inequívoca de que o Beneficiário Titular foi comunicado do direito de manutenção previsto nos arts. 30 e 31 da Lei 9.656/98, bem como mediante a disponibilização das informações previstas nesse item (quando aplicável).

14.3 A CONTRATADA só poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos Beneficiários, sem a anuência da CONTRATANTE, nas seguintes hipóteses:

- a) em caso de fraude ao Plano ou dolo, sendo que, em caso de fraude relacionada à doença ou lesão preexistente será instaurado processo administrativo junto à ANS, para apuração da fraude, nos termos da legislação vigente;
- b) perda da qualidade de Titular, ressalvado o direito de manutenção no plano previsto nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/1998;
- c) perda da qualidade de Dependente, no caso do Beneficiário deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição previstas neste instrumento ou quando deixar de entregar os documentos comprobatórios exigidos para sua manutenção como Dependente;
- d) quando o beneficiário solicitar sua exclusão diretamente junto a CONTRATADA, nos termos do item 14.1.1.

14.4 A CONTRATADA informará à CONTRATANTE os documentos comprobatórios a serem apresentados pela CONTRATANTE para exclusão dos beneficiários nas hipóteses acima mencionadas.

14.5 O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado, mantido no Plano na forma e prazo previstos neste Contrato, poderá ser suspenso ou excluído do Plano, em caso de inadimplência por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do Contrato, após notificação prévia ao Beneficiário Titular, que se dará até o 50º (quinquagésimo) dia de inadimplência, sem prejuízo do direito de se requerer judicialmente a quitação do débito com suas consequências moratórias.

14.5.1 Após o 60º (sexagésimo) dia de inadimplência, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do Contrato, a CONTRATADA poderá notificar o Beneficiário mantido no Plano, a qualquer tempo, desde que obedeça a um intervalo de 10 (dez) dias entre a data da notificação e a data da exclusão.

14.6 A exclusão do Beneficiário Titular implicará na automática exclusão de todos os seus Dependentes, exceto nos casos expressamente previstos neste Instrumento.

14.7 O cancelamento da inscrição, nos termos tratados neste Contrato, não exige o Beneficiário de quitar eventuais débitos com o PLANO, incluídos os valores de contribuição mensal e de coparticipação.

**14.8** O Beneficiário Dependente que for excluído do presente Contrato poderá firmar Contrato em seu próprio nome, em até 30 (trinta) dias, contados da data de exclusão neste instrumento, aproveitando as carências já cumpridas, **exceto na hipótese de exclusão do dependente por inadimplência ou fraude comprovada, quando deverá quitar os débitos existentes e cumprir novos períodos de carência.** Essa faculdade somente será admitida quando a **CONTRATADA** possuir planos Individuais/Familiares ativos para comercialização vigente na época da solicitação.

### **CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – RESCISÃO**

**15.1** Sem prejuízo das penalidades previstas em lei, além das infrações especificamente previstas nesta avença, o presente Contrato será rescindido de pleno direito, de acordo com o disposto na Lei n.º 9.656/98, **sem que caiba direito a qualquer indenização à CONTRATANTE, a qualquer tempo, nas hipóteses seguintes:**

- a) **Inadimplência da CONTRATANTE, por período superior à 30 (trinta) dias, independente de notificação, sem prejuízo do direito da CONTRATADA de requerer judicialmente a quitação do débito, com suas consequências moratórias;**
- b) **Fraude comprovada e/ou dolo da CONTRATANTE;**
- c) **Descumprimento da CONTRATANTE às cláusulas e condições deste Contrato;**
- d) **Se não for mantido o número mínimo de Beneficiários estabelecido para manutenção deste contrato, conforme prevê a Cláusula Condições de Admissão, ressalvado o disposto no parágrafo abaixo;**
- e) **No caso de decretação de falência, deferimento do processamento de pedido de recuperação judicial ou insolvência da parte CONTRATANTE.**

**15.2** Na hipótese de redução do número de Beneficiários, ficando abaixo do limite mínimo estabelecido na cláusula Condições de Admissão, 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.

**15.3** As partes acordam que, caso a **CONTRATANTE** atrase o pagamento de qualquer das contraprestações pecuniárias por período superior a 5 (cinco) dias sucessivos, o direito à cobertura e/ou reembolso do plano privado de assistência à saúde, objeto deste contrato, serão imediatamente suspensos para todos os beneficiários, independentemente de notificação.

**15.4** Após o término do prazo mínimo de 12 (doze) meses de vigência contratual, é facultado a qualquer das partes denunciarem o contrato, mediante comunicação escrita e protocolada, dirigida à outra parte, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

**15.5** Caso a **CONTRATANTE** manifeste intenção de rescindir o presente Contrato, antes do término do prazo mínimo de 12 (doze) meses de vigência contratual, fica obrigado ao pagamento, a título de multa pecuniária, do valor correspondente a 03 (três) contribuições integrais, calculadas pela média das contribuições efetuadas ao plano antes da sua notificação, ressalvado o direito da **CONTRATADA** de exigir complemento do valor caso o prejuízo suportado seja superior ao montante da multa acima especificada, na forma do Código Civil vigente.

**15.6** Em nenhuma hipótese haverá restituição do valor pago pela **CONTRATANTE** para o Beneficiário fazer jus às coberturas definidas neste instrumento.

**15.7** Não será admitida a inclusão ou exclusão de Beneficiários durante o prazo de aviso prévio descrito neste Contrato.

**15.8** A **CONTRATADA** reserva-se ao direito de cobrar da **CONTRATANTE**, pelos meios legais cabíveis, eventuais despesas decorrentes de atendimento prestado ao Beneficiário Titular e aos seus Dependentes, após a rescisão do Contrato, restando-se cessadas as responsabilidades da **CONTRATADA**.

**15.9** Nos termos da Resolução nº 19/1999, do Consu, no caso de cancelamento do benefício assegurado neste contrato pela **CONTRATANTE**, é assegurado ao beneficiário inscrever-se em plano individual/familiar oferecido pela **CONTRATADA**, sem necessidade de cumprimento de novos prazos de carência, desde que a **CONTRATADA** possua plano individual/familiar à época, observando-se que:

- a) **Considera-se, na contagem de prazos de carência para essas modalidades de planos, o período de permanência do Beneficiário no plano coletivo cancelado;**
- b) **Deverá o Beneficiário solicitar à CONTRATADA a lista de planos de saúde individuais/familiares disponíveis e a respectiva tabela de preços para fazer jus ao disposto neste item;**
- c) **Os Beneficiários deverão fazer opção pelo produto individual/familiar no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o cancelamento do benefício;**
- d) **É responsabilidade do empregador informar ao empregado sobre o cancelamento do benefício, em tempo hábil ao cumprimento do prazo de opção, de que trata o item antecedente.**

## CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DISPOSIÇÕES GERAIS

**16.1** Para os efeitos deste Contrato, são adotadas as seguintes definições:

- a) **ACIDENTE PESSOAL:** evento ocorrido em data específica, provocado por agentes externos ao corpo humano, súbitos e involuntários e causadores de lesões físicas não decorrentes de problemas de saúde, e que, independente de qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico, como, por exemplo, acidentes de carro, quedas e inalação de gases;
- b) **AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - 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 garantam a assistência suplementar à saúde;
- c) **AGRAVO:** 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 pre-existente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a **CONTRATADA** e o Beneficiário. Exercendo prerrogativa legal, a **CONTRATADA** não optará pelo fornecimento do Agravo;
- d) **ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA E ATUAÇÃO DO PLANO:** área definida em Contrato dentro da qual o Beneficiário poderá utilizar as coberturas assistenciais contratadas;
- e) **ATENDIMENTO AMBULATORIAL:** compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, ou serviços como recuperação pós-anestésica, UTI, CETIN e similares;
- f) **ATENDIMENTO ELETIVO:** termo usado para designar os atendimentos médicos que podem ser programados, ou seja, que não são considerados de urgência ou de emergência;
- g) **CARÊNCIA:** prazo ininterrupto, contado a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, durante o qual os Beneficiários não têm direito às coberturas contratadas;
- h) **CID-10:** Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10ª revisão;
- i) **COBERTURA:** garantia, nos limites e modalidades deste Contrato, do pagamento de despesas médicas e hospitalares, diretamente às pessoas físicas ou jurídicas prestadoras de serviços, em nome e por conta dos Beneficiários;
- j) **COMPANHEIRO:** pessoa que vive em união estável com outrem, considerada união estável a entidade familiar entre o homem e a mulher, configurada na convivência pública, contínua e duradoura com o objetivo de constituição de família, nos termos da Constituição Federal e do Código Civil Brasileiro;
- k) **COMPLICAÇÕES NO PROCESSO GESTACIONAL:** alterações patológicas durante a gestação, como, por exemplo, gravidez tubária, eclampsia, parto prematuro e abortamento;
- l) **CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - CONSU:** órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para deliberar sobre questões relacionadas à saúde suplementar, definidas no art. 35-A da Lei nº 9.656/1998;
- m) **HOSPITAL DIA:** atendimento hospitalar que não requeira pernoite em leito hospitalar, não correspondendo, portanto, a uma diária convencional;
- n) **INTERNAÇÃO HOSPITALAR:** situação na qual o Beneficiário é admitido em estabelecimento hospitalar, ficando sob os cuidados do médico assistente, para ser submetido a algum tipo de tratamento ou procedimento;
- o) **MÉDICO ASSISTENTE:** médico responsável pela indicação da conduta médica a ser aplicada ao paciente.

**16.2** Por convenção, adotou-se neste Contrato o gênero masculino quando há referência ao gênero masculino e feminino.

**16.3** A **CONTRATADA** não se responsabilizará por qualquer procedimento do Beneficiário que contrarie as normas e rotinas contidas neste Contrato.

**16.4** Os casos omissos no presente instrumento contratual serão resolvidos de comum acordo entre os **CONTRATANTES**.

**16.5** Qualquer tolerância não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

**16.6** O Beneficiário Titular, por si e por seus Dependentes, autoriza a **CONTRATADA** a prestar todas as informações cadastrais solicitadas pelos órgãos de fiscalização da assistência à saúde.

16.7 Este Contrato foi elaborado levando-se em consideração a legislação vigente, assim, qualquer alteração das normas que implique em necessária modificação do avençado, as partes se sujeitarão ao ajuste das novas condições.

16.8 A CONTRATADA não será responsabilizada, em nenhuma hipótese, por eventos, procedimentos ou efeitos decorrentes da contratação direta de procedimentos não cobertos por este Contrato entre o Beneficiário Titular e/ou seus dependentes e os médicos-assistentes credenciados e/ou não credenciados pela CONTRATADA.

16.9 Faz parte do Contrato quaisquer documentos que tratem de assuntos pertinentes ao plano de saúde. Dentre esses documentos, incluem-se: Declaração de Saúde, quando for o caso, Tabela de Procedimentos São Francisco Sistemas de Saúde registrada no Cartório Oficial de Registro de Títulos e Documentos e Civil de Pessoa Jurídica de Ribeirão Preto Estado de São Paulo sob o número 131660 para Reembolso de Urgência/Emergência, Manual do Cliente e o Guia de Leitura Contratual.

**CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – ELEIÇÃO DE FORO**

17.1 As partes comprometem-se a resolver de comum acordo as divergências decorrentes do presente instrumento, não sendo possível a composição amigável, fica eleito o foro do domicílio do **CONTRATANTE** para dirimir qualquer demanda sobre o presente Contrato.

E por estarem assim ajustadas e combinadas, as partes assinam esse instrumento em 2 (duas) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo.

Ribeirão Preto, 01 de Abril de 2018.

DocuSigned by:  
*Carlos Prebelli*  
4DCCFB90E4994F1...

**SÃO FRANCISCO SISTEMAS DE SAÚDE  
SOCIEDADE EMPRESÁRIA LTDA  
CONTRATADA**

DocuSigned by:  
*MILSON ROBERTO DE BARRAS CARNEIRO*  
E2A5237E55544F7...

DocuSigned by:  
*JOAO CARLOS DELBON*  
E2A5237E55544F7...  
**COMPANHIA TROLEIBUS ARARAQUARA  
CNPJ sob o nº 43.956.028/0001-00  
CONTRATANTE**

Testemunhas:  
DocuSigned by:  
*Anna Carolina Bentlin*  
4BB9C82F3DC347F  
Nome: Anna Carolina Bentlin  
RG: 403736031

Testemunhas:  
DocuSigned by:  
*Larissa Grecco*  
6A052937898B4B4  
Nome: Larissa Fernanda Gustavo Grecco  
RG: 475171780

DS  
*NRDBL*

DS  
*JCD*

DS  
*LFGG*

## CONTRATO DE OFERTA DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

### VÍNCULO EXCLUSIVAMENTE INATIVO

TOTAL 301 E – SEM COP. - REGISTRO ANS Nº 471.933/14-6

Contrato de Plano Privado de Assistência à Saúde que estabelecem entre si, de um lado, como **CONTRATANTE**, a pessoa jurídica identificada e qualificada na proposta de admissão, que preenchida e assinada passa a fazer parte desse contrato, como pagina inicial, e, de outro como **CONTRATADA** a **SÃO FRANCISCO SISTEMAS DE SAÚDE SOCIEDADE EMPRESÁRIA LTDA**, CNPJ: 01.613.433/0001-85, Registro da Operadora na ANS: 30.209-1, Classificação da Operadora na ANS: Medicina de Grupo, com estabelecimento na Avenida Portugal, 545, 3º andar, sala 02, Jardim São Luis – Ribeirão Preto/SP, CEP: 14.020-380, têm entre si, justos e contratados, conforme características gerais a seguir transcritas e cláusulas e condições deste instrumento.

#### CARACTERÍSTICAS GERAIS:

Tipo de Contratação: **Coletivo Empresarial**

Segmentação Assistencial do Plano de Saúde: **Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia e Odontológico**

Fator Moderador: **Não possui**

Área Geográfica de Abrangência do Plano de Saúde: **Grupo de Municípios**

Área de Atuação do Plano de Saúde: **Municípios identificados na PROPOSTA DE ADMISSÃO**

Padrão de Acomodação em Internação: **Coletivo**

Formação do Preço e Mensalidade: **Pré-estabelecido**

Serviços e Coberturas Adicionais: **Não possui**

#### CLÁUSULA PRIMEIRA – ATRIBUTOS DO CONTRATO

1.1 O presente Contrato tem por objeto a cobertura de custos assistenciais na forma de plano privado de assistência à saúde prevista no inciso I, do artigo 1º, da Lei 9.656/1998, visando à assistência Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia e Odontológica com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, compatíveis com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela ANS e vigente à época do evento.

1.2 O presente instrumento trata-se de contrato de adesão, bilateral, que gera direitos e obrigações para ambas as partes, na forma do Código Civil brasileiro, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor, assumindo a **CONTRATANTE**, o risco de não vir a existir a cobertura da referida assistência, pela inocorrência do evento do qual será gerada a obrigação da **CONTRATADA** em garanti-la.

#### CLÁUSULA SEGUNDA – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

2.1 O presente Plano destina-se exclusivamente aos Beneficiários ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados, extensivo a seus respectivos dependentes, que optarem pelo direito de manutenção após a perda do vínculo empregatício, nos termos contemplados nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98.

2.2 Os beneficiários serão admitidos nas seguintes categorias:

2.2.1 Na Qualidade de **Beneficiário Titular** (respeitado o disposto no art. 5º da RN nº 195/09 da ANS e suas alterações):

a) O Beneficiário Titular anteriormente inscrito em plano destinado a categoria de empregados ativos e que vier a perder o vínculo empregatício em relação à **CONTRATANTE** em razão de demissão ou exoneração sem justa causa;

b) O Beneficiário Titular anteriormente inscrito em plano destinado a categoria de empregados ativos e que vier a perder o vínculo empregatício em relação à **CONTRATANTE** em razão de aposentadoria.

2.2.2 Na Qualidade de **Beneficiários Dependentes**:

a) **pessoas naturais já inscritas na condição de dependente do Titular em plano da CONTRATADA quando da perda do vínculo empregatício ativo do Titular em relação à CONTRATANTE;**

b) **Novo cônjuge;**

DS  
NRD/BC

DS  
JCD

DS  
LFGG

**c) Filhos do Titular, nos limites admitidos no plano dos ativos.**

**2.3 A admissão dos Beneficiários Dependentes fica condicionada à participação do Beneficiário Titular.**

**2.4** A disposição do item anterior não se aplica aos Beneficiários já inscritos como Dependentes do Titular aposentado que continuou trabalhando na **CONTRATANTE** e veio a falecer antes do exercício do direito de manutenção previsto no art. 31 da Lei 9.656/98.

**2.5** A admissão do Beneficiário Titular e respectivos dependentes será processada através da manifestação do Titular de continuar sendo assistido pelo plano após a perda do vínculo com a **CONTRATANTE**.

**2.6** **Caberá à CONTRATANTE** enviar à **CONTRATADA**, a manifestação formal do beneficiário quanto ao exercício do direito de manutenção da qualidade de beneficiário, contendo todas as informações necessárias para o devido cadastramento dos Beneficiários.

**2.7** A **CONTRATANTE** deverá enviar à **CONTRATADA**, a lista de movimentação dos Beneficiários no prazo máximo de 10 dias contados da data de assinatura do contrato, valendo esta data para as informações das movimentações dos períodos mensais subsequentes, referentes às inclusões, exclusões e alterações, contendo todas as informações necessárias para o devido cadastramento dos Beneficiários, conforme modelo a ser ofertado pela **CONTRATADA**.

**2.8** As movimentações enviadas referentes às inclusões, alterações e exclusões de Beneficiários serão efetivadas no período mensal subsequente ao período mensal do envio.

**2.8.1.** A inclusão do beneficiário ocorrerá a qualquer tempo e o direito a utilização dos serviços médico-hospitalares disponibilizados no objeto do presente contrato dar-se-á após 3 (três) dias úteis da solicitação da inclusão, com o correspondente pagamento de contraprestação mensal pecuniária pro-rata.

**2.8.2.** Não se aplica o disposto na cláusula 2.8. para os casos de pedidos de exclusões solicitados nas hipóteses dispostas na RN nº 412/2016, da ANS ou eventuais atualizações.

**2.9** No ato das inclusões posteriores, o Beneficiário Titular preencherá o Formulário de Declaração de Saúde, **quando for o caso, obrigando-se a informar a condição sabida de doenças ou lesões preexistentes de seus Dependentes.**

**2.10** É assegurada a inclusão:

- a) do recém-nascido, filho natural ou adotivo do Beneficiário, isento do cumprimento dos períodos de carência já cumpridos pelo Beneficiário e não cabendo qualquer alegação de doença ou lesão preexistente, **desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o nascimento ou adoção;**
- b) do filho adotivo, menor de 12 (doze) anos, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo Beneficiário Titular adotante e não cabendo qualquer alegação de doença ou lesão preexistente, **desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a adoção.**

**2.10.1** A inclusão fica vinculada à verificação das condições de elegibilidade do Dependente estabelecidas no presente Contrato.

**2.11** Ultrapassado o prazo previsto no item antecedente, será obrigatório o cumprimento integral dos respectivos prazos de carência e exigência de Cobertura Parcial Temporária, nos casos de Doenças e Lesões Preexistentes.

**2.12** A **CONTRATANTE** e o Beneficiário Titular são responsáveis pela constante atualização dos dados cadastrais informados, em relação a si e a todos os seus Beneficiários inscritos, incluindo eventual alteração de endereço, que deverá ser comunicada imediatamente à **CONTRATADA**, sob pena do destinatário da correspondência ter presumida a sua ciência e o seu conhecimento, para todos os fins de direito, dos conteúdos das notificações, cobranças, interpelações etc. que venha a receber em seu antigo endereço.

### **CLÁUSULA TERCEIRA – COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS**

**3.1** A **CONTRATADA** cobrirá os custos, em conformidade com os limites, prazos de carências e condições estabelecidas neste Contrato, aos Beneficiários regularmente inscritos, relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares e atendimentos obstétricos, realizados dentro da área de abrangência e atuação estabelecida neste Contrato, e na rede prestadora de serviços contratada, credenciada ou referenciada da **CONTRATADA**, independente da circunstância e do local de origem do evento, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na época do evento e disponível no sítio eletrônico [www.saofrancisco.com.br](http://www.saofrancisco.com.br), relacionados às doenças listadas na CID-10, no que se aplicam ao Plano e de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) e com as Diretrizes Clínicas (DC) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes na data do evento.

**3.2** A cobertura ambulatorial compreende:

- a) Consultas <sup>DS</sup>médicas, em número <sup>DS</sup>ilimitado, em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas),

inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM, através da Resolução CFM nº 2.149/2016 e suas alterações;

a.1) As áreas de atuação médicas estabelecidas pelo Conselho Federal de Medicina na mencionada Resolução não são consideradas especialidades médicas e, portanto, não se enquadram para efeito desta cobertura;

- b) Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, ou cirurgião-dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, **desde que não se caracterize como internação e desde que previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, para o segmento ambulatorial e observados os critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes à época do evento, quando for o caso;**
- c) Medicamentos registrados/regularizados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, **exclusivamente quando administrados em unidade de saúde e solicitados pelo médico assistente;**
- d) Consultas / sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo e fisioterapeuta, **solicitadas pelo médico assistente, de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e observando os critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes à época do evento, quando for o caso;**
- e) Consultas / sessões de psicoterapia, **de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e observando os critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes à época do evento,** que poderão ser realizadas tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, **conforme solicitação e indicação do médico assistente;**
- f) Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, solicitados pelo médico assistente, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta;
- g) Hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;
- h) Quimioterapia oncológica ambulatorial: baseada na administração de medicamentos para tratamento do 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;
  - h.1) Adjuvantes são medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento.
- i) Medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar e adjuvantes relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso **previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento e desde que preenchidas as Diretrizes de Utilização (DUT);**
- j) Procedimentos de radioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para a segmentação ambulatorial;
- k) Procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais: aqueles que prescindem de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para a segmentação ambulatorial;
- l) Hemoterapia ambulatorial;
- m) Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais, denominada cirurgia refrativa (PRK ou Lasik), desde que preenchidas **as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para a segmentação ambulatorial.**

### 3.3 A cobertura hospitalar com obstetrícia compreende:

- a) Internações hospitalares de todas as modalidades, inclusive em centro e terapia intensiva ou similar, em número ilimitado de dias, desde que solicitados pelo médico assistente;
- b) Despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem, alimentação ao paciente, taxas e materiais utilizados durante a internação, **exceto se tais despesas forem realizadas em caráter particular**

**ou não vinculados ao procedimento coberto;**

- c) Atendimento por outros profissionais de saúde, durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico assistente ou cirurgião dentista assistente, obedecidos os seguintes critérios:
- i. **O atendimento deverá ocorrer dentro do escopo de atuação dos profissionais de saúde indicados e em conformidade com a legislação específica sobre as profissões de saúde e a regulamentação dos respectivos Conselhos Profissionais; e,**
  - ii. **No caso de ser necessária a realização de procedimentos, estes deverão constar do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, respeitando-se a segmentação hospitalar.**
- d) Exames complementares previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, indispensáveis para o controle da evolução do quadro clínico do beneficiário e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, 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) Remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, **dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no Contrato, em território brasileiro;**
- f) Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do Beneficiário menor de 18 anos, Beneficiário com idade igual ou superior a 60 anos ou Beneficiário portador de necessidades especiais, **salvo contra-indicação do médico ou cirurgião dentista assistente ou no caso de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares;**
- g) Órteses e próteses, registradas na ANVISA, ligadas aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento, e respeitadas as disposições da Resolução Normativa nº 424/ANS e suas alterações, que trata das divergências técnico-assistencial sobre procedimentos ou eventos em saúde a ser coberto pelas operadoras de planos de assistência à saúde;
- g.1) Cabe ao médico ou cirurgião dentista assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais – OPME necessários à execução dos procedimentos contidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS;
  - g.2) O profissional solicitante deverá justificar clinicamente a sua indicação, quando solicitado, e oferecer pelo menos 03(três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas, **ficando a escolha da CONTRATADA;**
  - g.3) Em caso de divergência entre o profissional requisitante e a **CONTRATADA**, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com as despesas arcadas pela **CONTRATADA;**
  - g.4) o profissional requisitante pode recusar até 03 (três) nomes indicados pela **CONTRATADA** para composição da junta medica.
- h) Procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS para a segmentação hospitalar, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar;
- i) Estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, com equipe de saúde necessária à complexidade do caso, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar;
- i.1) O imperativo clínico caracteriza-se pelos atos que se impõem em função das necessidades do Beneficiário, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção, observadas as seguintes regras:
    - i. **O cirurgião-dentista assistente e/ou o médico assistente irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao Beneficiário, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados;**
    - ii. **Os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que, nas situações de imperativo clínico, necessitem ser realizados em ambiente hospitalar, não estão incluídos na cobertura hospitalar.**

j) Procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência

prestada em nível de internação hospitalar:

- i. Hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
  - ii. Quimioterapia oncológica ambulatorial;
  - iii. Medicamentos para tratamento antineoplásico domiciliar de uso oral, **desde que preenchidas as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento;**
  - iv. Radioterapia: todos os procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento para as segmentações ambulatorial e hospitalar;
  - v. Hemoterapia;
  - vi. Nutrição parenteral ou enteral;
  - vii. Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
  - viii. Embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
  - ix. Radiologia intervencionista;
  - x. Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
  - xi. Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme solicitação e indicação do médico assistente.
- k) Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer;
- l) Cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- m) Transplantes, **desde que listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento**, e procedimentos a ele vinculados, respeitadas as Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS vigentes à época do evento, incluindo as despesas necessárias à sua realização, no que couber:
- i. despesas assistenciais com doadores vivos, as quais estão sob expensas da operadora de planos privados de assistência à saúde do beneficiário receptor;
  - ii. medicamentos utilizados durante a internação;
  - iii. acompanhamento clínico em todo o período pós-operatório, que compreende não só o pós-operatório imediato (primeiras 24 horas da realização da cirurgia), mediato (entre 24 horas e 48 horas da realização da cirurgia), mas também o pós-operatório tardio (a partir de 48 horas da realização da cirurgia), **exceto medicamentos de manutenção;**
  - iv. despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.
- m.1) Os procedimentos de transplante, no âmbito da saúde suplementar, estarão submetidos à legislação específica vigente.
- i. O Beneficiário candidato a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica deverá, obrigatoriamente, estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs e sujeitar-se-á ao critério de fila única de espera e de seleção;
  - ii. As entidades privadas e equipes especializadas deverão observar o regulamento técnico – legislação vigente do Ministério da Saúde – que dispõe sobre a forma de autorização e cadastro junto ao Sistema Nacional de Transplante – SNT;
  - iii. São competências privativas das CNCDOs, dentro das funções de gerenciamento que lhes são atribuídas pela legislação em vigor: determinar o encaminhamento de equipe especializada e providenciar o transporte de tecidos e órgãos ao estabelecimento de saúde autorizado em que se encontre o receptor.
- n) Garantia de assistência para procedimentos hospitalares na modalidade de hospital-dia, em internações de curta-permanência, de acordo com os critérios estabelecidos pelo médico assistente;
- o) Procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto e puerpério;
- p) Despesas incluindo acomodação, alimentação e paramentação, **conforme legislação vigente e limitadas àquelas fornecidas pelo hospital**, relativas a um acompanhante indicado pela mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato (nos termos da regulamentação vigente), **salvo intercorrências, a critério do médico e/ou da equipe do hospital ou no caso de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares;**
- q) Assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do Beneficiário, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, **desde que o Beneficiário (pai ou mãe do recém-nascido) tenha**

**cumprido carência de 180 dias para internação.**

**3.3.1.** Em caso de indisponibilidade de leito hospitalar na acomodação contratada, quando da internação hospitalar de acordo com a **alínea “a” da cláusula 3.3.**, será garantida acomodação superior, durante o período de indisponibilidade, sem custo adicional.

**3.3.2. Caso o Beneficiário venha a optar por acomodação superior àquela oferecida pela CONTRATADA, a diferença da diária e demais despesas será paga diretamente pelo Beneficiário ao prestador de serviços (honorários médicos, serviços hospitalares, taxas, etc.).**

**3.3.3. Quanto à cobertura disposta na alínea “g”, da cláusula 3.3.**, cabe ao médico ou cirurgião dentista assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais – OPME necessários à execução dos procedimentos contidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS;

**3.3.3.1.** O profissional solicitante deverá justificar clinicamente a sua indicação, quando solicitado, e oferecer pelo menos 03(três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas, **ficando a escolha da CONTRATADA.**

**3.3.3.2.** Em caso de divergência entre o profissional requisitante e a **CONTRATADA**, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com as despesas arcadas pela **CONTRATADA.**

**3.4** Na atenção prestada aos portadores de transtornos mentais serão observados:

- a) O atendimento ambulatorial e em consultórios será priorizado, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico quando houver indicação do médico assistente;
- b) Haverá cobertura para os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas;
- c) No plano com cobertura hospitalar haverá cobertura de hospital-dia para transtornos mentais, de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes na data do evento;  
c.1) Entende-se hospital-dia para transtornos mentais como o recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional, e proporcionando ao Beneficiário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar.
- d) **Cobertura para internação psiquiátrica durante os 30 dias de internação, contínuos ou não, dentro do prazo de 1(um) ano. Após o transcurso desse prazo, haverá coparticipação de 50% (cinquenta por cento), incidentes sob o valor dos serviços utilizados, observados os tetos dos normativos editados pela ANS vigentes à época da contratação.**

**3.5** O presente Contrato garante, ainda:

- a) Atendimentos nos casos de planejamento familiar, de que trata o inciso III do artigo 35-C da Lei 9.656/1998, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, observadas, ainda, as Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes na data do evento;
- b) Eventos e procedimentos relacionados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor na data do evento que necessitem de anestesia com ou sem a participação de profissional médico anesthesiologista, **caso haja indicação clínica;**
- c) Insumos necessários para realização de procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor na data do evento, assim como a equipe cirúrgica necessária para a realização de procedimentos cirúrgicos, caso haja indicação clínica;
- d) Taxas, materiais, contrastes e medicamentos, necessários para a execução de procedimentos e eventos em saúde previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor na data do evento, desde que estejam regularizados e registrados e suas indicações constem da bula/manual junto a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA;
- e) Procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação ou outro sistema de navegação, escopias e técnicas minimamente invasivas, desde que especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;
- f) Remoção e/ou retirada de órteses, próteses ou outros materiais cuja colocação, inserção e/ou fixação esteja contemplada no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento.

**3.6** O presente instrumento garante todas as coberturas e procedimentos previstos no artigo 12, IV, da Lei 9.656/1998, incluindo a cobertura do exame clínico, de procedimentos diagnósticos, atendimentos de urgência e emergência odontológicos, exames auxiliares ou complementares, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo cirurgião-dentista assistente com a finalidade de complementar o diagnóstico do paciente, tais como,

procedimentos de prevenção, dentística, endodontia, periodontia e cirurgia previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, para a segmentação odontológica, e de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes à época do evento,, realizados em consultórios credenciados ou centros clínicos odontológicos da rede prestadora de serviços vinculada a este Contrato, conforme relação a seguir:

a) Procedimentos de **DIAGNÓSTICO**:

- i. Consulta Odontológica inicial;
- ii. Consulta odontológica;
- iii. Consulta odontológica para avaliação técnica de auditoria;
- iv. Diagnóstico anatomopatológico em citologia esfoliativa na região buco-maxilo-facial.
- v. Diagnóstico anatomopatológico em material de biópsia na região buco-maxilo-facial.
- vi. Diagnóstico anatomopatológico em peça cirúrgica na região buco-maxilo-facial
- vii. Diagnóstico anatomopatológico em punção na região buco-maxilo-facial
- viii. Condicionamento em Odontologia
- ix. Teste de fluxo salivar;
- x. Teste de PH salivar (acidez salivar).

b) Procedimentos de **URGÊNCIA / EMERGÊNCIA**

- i. Controle de hemorragia com aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial;
- ii. Controle de hemorragia sem aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial;
- iii. Pulpectomia;
- iv. Recimentação de trabalhos protéticos;
- v. Tratamento de alveolite;
- vi. Colagem de fragmentos dentários;
- vii. Incisão e Drenagem extra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial;
- viii. Incisão e Drenagem intra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial;
- ix. Reimplante dentário com contenção;
- x. Imobilização dentária em dentes decíduos;
- xi. Imobilização dentária em dentes permanentes;
- xii. Consulta odontológica de Urgência.

c) Procedimentos de **RADIOLOGIA**:

- i. Radiografia periapical;
- ii. Radiografia interproximal - bite-wing;
- iii. Radiografia oclusal;
- iv. Radiografia Panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia).

d) Procedimentos de **PREVENÇÃO EM SAÚDE BUCAL**:

- i. Atividade Educativa em saúde bucal;
- ii. Controle de biofilme dental (placa bacteriana);
- iii. Aplicação Tópica de Flúor;
- iv. Profilaxia – polimento coronário;
- v. Aplicação de selante de fósulas e fissuras;
- vi. Aplicação de selante - técnica invasiva;
- vii. Dessensibilização dentária;
- viii. Remineralização dentária.

e) Procedimentos de **DENTÍSTICA**:

- i. Aplicação de cariostático;
- ii. Remoção dos fatores de retenção do Biofilme Dental (Placa Bacteriana);
- iii. Restauração em ionômero de vidro - 1 face;
- iv. Restauração em ionômero de vidro - 2 faces;
- v. Restauração em ionômero de vidro - 3 faces;
- vi. Restauração em ionômero de vidro - 4 faces;
- vii. Restauração de amálgama - 1 face;
- viii. Restauração de amálgama - 2 faces;
- ix. Restauração de amálgama - 3 faces;
- x. Restauração de amálgama - 4 faces;

- xi. Faceta direta em resina fotopolimerizável;
  - xii. Restauração em resina fotopolimerizável 1 face;
  - xiii. Restauração em resina fotopolimerizável 2 faces;
  - xiv. Restauração em resina fotopolimerizável 3 faces;
  - xv. Restauração em resina fotopolimerizável 4 faces;
  - xvi. Restauração temporária / tratamento expectante;
  - xvii. Núcleo de preenchimento;
  - xviii. Ajuste Oclusal por acréscimo;
  - xix. Ajuste Oclusal por desgaste seletivo;
  - xx. Restauração traumática em dente decíduo.
- f) Procedimentos de **PERIODONTIA**:
- i. Raspagem supra-gengival;
  - ii. Raspagem sub-gengival/alisamento radicular;
  - iii. Tratamento de abscesso periodontal agudo;
  - iv. Gengivectomia;
  - v. Gengivoplastia;
  - vi. Aumento de coroa clínica;
  - vii. Cunha proximal;
  - viii. Cirurgia periodontal a retalho;
  - ix. Imobilização dentária em dentes permanentes;
  - x. Enxerto gengival livre;
  - xi. Enxerto pediculado.
- g) Procedimentos de **ENDODONTIA**:
- i. Tratamento endodôntico unirradicular;
  - ii. Tratamento endodôntico birradicular;
  - iii. Tratamento endodôntico multirradicular;
  - iv. Tratamento endodôntico em dente decíduo;
  - v. Tratamento endodôntico de dente com rizogênese incompleta;
  - vi. Retratamento endodôntico unirradicular;
  - vii. Retratamento endodôntico birradicular;
  - viii. Retratamento endodôntico multirradicular;
  - ix. Capeamento pulpar direto;
  - x. Pulpotomia;
  - xi. Remoção de trabalho protético;
  - xii. Remoção de corpo estranho intracanal;
  - xiii. Tratamento de perfuração endodôntica;
  - xiv. Remoção de núcleo intrarradicular.
- h) Procedimentos de **CIRURGIA**:
- i. Exodontia simples de permanente;
  - ii. Exodontia de permanente por indicação ortodôntica/protética;
  - iii. Exodontia de raiz residual;
  - iv. Remoção de dentes inclusos / impactados;
  - v. Remoção de dentes semi-inclusos / impactados;
  - vi. Apicetomia unirradiculares sem obturação retrógrada;
  - vii. Apicetomia unirradiculares com obturação retrógrada;
  - viii. Apicetomia birradiculares sem obturação retrógrada;
  - ix. Apicetomia birradiculares com obturação retrógrada;
  - x. Apicetomia multirradiculares sem obturação retrógrada;
  - xi. Apicetomia multirradiculares com obturação retrógrada;
  - xii. Bridectomia;
  - xiii. Bridotomia;
  - xiv. Frenulectomia labial;
  - xv. Frenulotomia labial;
  - xvi. Frenulectomia lingual;

- xvii. Frenulotomia lingual;
  - xviii. Exodontia simples de decíduo;
  - xix. Alveoloplastia;
  - xx. Cirurgia para exostose maxilar;
  - xxi. Cirurgia para torus mandibular – unilateral;
  - xxii. Cirurgia para torus palatino;
  - xxiii. Cirurgia para torus mandibular – bilateral;
  - xxiv. Exérese ou excisão de cálculo salivar;
  - xxv. Exérese ou excisão de mucocele;
  - xxvi. Exérese ou excisão de rânula;
  - xxvii. Exodontia a retalho;
  - xxviii. Redução cruenta de fratura alvéolo dentária;
  - xxix. Redução incruenta de fratura alvéolo dentária;
  - xxx. Aprofundamento/aumento de vestibulo;
  - xxxi. Ulectomia;
  - xxxii. Ulotomia;
  - xxxiii. Biópsia de lábio;
  - xxxiv. Amputação radicular com obturação retrógrada;
  - xxxv. Amputação radicular sem obturação retrógrada;
  - xxxvi. Redução simples de luxação de Articulação Têmporo-mandibular (ATM)
  - xxxvii. Biópsia de boca;
  - xxxviii. Odonto-secção;
  - xxxix. Punção aspirativa na região buco-maxilo-facial;
  - xl. Tratamento cirúrgico das fistulas buco nasal;
  - xli. Tratamento cirúrgico das fistulas buco sinusal;
  - xlii. Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos moles na região buco-maxilo-facial;
  - xliii. Tratamento cirúrgico dos tumores benignos de tecidos moles na região buco-maxilo-facial;
  - xliv. Biópsia de língua;
  - xlv. Biópsia de glândula salivar;
  - xlvi. Sutura de ferida em região buco-maxilo-facial;
  - xlvii. Biópsia de mandíbula;
  - xlviii. Biópsia de maxila;
  - xlix. Tratamento Cirúrgico para tumores odontogênicos benignos – sem reconstrução;
    - I. Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos ósseos/cartilagosos na região buco-maxilo-facial;
    - li. Tratamento cirúrgico de tumores benignos de tecidos ósseos/ cartilagosos na região buço-maxilo-facial;
    - lii. Exérese de lipoma na região buco-maxilo-facial;
    - liii. Tunelização.
- i) Procedimentos de **PRÓTESE DENTAL**:
- i. Núcleo metálico fundido;
  - ii. Coroa provisória com pino;
  - iii. Coroa provisória sem pino;
  - iv. Restauração metálica fundida;
  - v. Coroa total metálica (unitária);
  - vi. Coroa de acetato em dente decíduo;
  - vii. Coroa total em cerômero unitária. Cobertura em dentes anteriores (incisivos e caninos) não passíveis de reconstrução por meio direto.

**3.7** A cobertura odontológica compreende, ainda, a cobertura dos honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista quando, por imperativo clínico, for necessária estrutura hospitalar para a realização de procedimentos listados no Rol de Procedimentos Odontológicos vigente à época do evento.

#### **CLÁUSULA QUARTA – EXCLUSÕES DE COBERTURA**

**4.1** Em conformidade com o que prevê a Lei nº 9.656/1998, as Resoluções do Consu, e respeitando-se as coberturas mínimas obrigatórias previstas na citada Lei e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da

**ANS vigente na data do evento, estão excluídos da cobertura do Plano os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não descritos expressamente neste Contrato e os provenientes de:**

- a) Procedimentos assistenciais que exijam autorização prévia, realizados à revelia da CONTRATADA sem atendimento às condições previstas neste Contrato;**
- b) Atendimentos prestados antes do início da vigência contratual ou do cumprimento das carências, respeitadas as demais condições contratuais;**
- c) Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, ou seja, aqueles que empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país, bem como, aqueles que são considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina – CFM, e, ainda, aqueles cujas indicações não constem da bula/manual registrada na ANVISA (uso off-label);**
- d) Procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação ou outro sistema de navegação, escopias e técnicas minimamente invasivas, fora do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS;**
- e) Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, ou seja, aqueles que não visam restauração parcial ou total da função de órgão ou de parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;**
- f) Inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;**
- g) Cirurgia plástica estética de qualquer natureza;**
- h) Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;**
- i) Transplantes, à exceção dos transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;**
- j) Fornecimento de medicamentos, independente da via de administração, e produtos para a saúde importados não nacionalizados, ou seja, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA;**
- k) Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ou seja, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, com exceção dos medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar e dos medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento;**
- l) Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico, conforme os seguintes conceitos: prótese como qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido e órtese como qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico os materiais cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico;**
- m) Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico ou odontológico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;**
- n) Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;**
- o) Aplicação de vacinas preventivas e hipossensibilizantes;**
- p) Serviços de enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar;**
- q) Procedimentos não discriminados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;**
- r) Estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos não discriminados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente na data do contrato;**
- s) Aparelhos ortopédicos;**
- t) Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;**
- u) Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência do plano, bem como despesas decorrentes de serviços prestados por profissionais não credenciados no plano contratado, à exceção dos atendimentos de urgência ou de emergência, que**

poderão ser efetuados por médicos não credenciados e posteriormente reembolsados, nos limites e termos deste Contrato;

- v) Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do Beneficiário, exceto para pacientes menores de 18 (dezoito) anos, com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, portadores de necessidades especiais, nos termos definidos neste Contrato;
- w) Despesas relativas a um acompanhante, ressalvadas as relativas ao indicado pela mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato, nos termos definidos neste Contrato;
- x) Despesas hospitalares extraordinárias tais como: serviços telefônicos, uso de televisão, alimentação não prevista no tratamento, lavagem de roupas, produtos de toalete e de higiene pessoal e quaisquer outras despesas que não sejam vinculadas à cobertura do presente instrumento;
- y) Estada de paciente ou acompanhante em hotel, pensão ou similares;
- z) Cirurgia para mudança de sexo;
- aa) Avaliação pedagógica;
- bb) Orientações vocacionais;
- cc) Especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- dd) Áreas de atuação médica, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- ee) Qualquer tipo de atendimento domiciliar, mesmo em caráter de urgência e emergência;
- ff) Remoção domiciliar;
- gg) Exames para piscina ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- hh) Investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;
- ii) Procedimentos de próteses odontológicas sobre implantes e disfunções de ATM (articulação temporomandibular);
- jj) Fornecimento, aluguel e aquisição de equipamentos e aparelhos ortodônticos, bem como quebra ou perda desses e suas respectivas manutenções;
- kk) Tratamentos prescritos por profissional não habilitado e procedimentos não consagrados pelos órgãos oficiais;
- ll) Todos os procedimentos das especialidades de ortodontia;
- mm) Próteses odontológicas, ressalvados os procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento;
- nn) Transplantes ósseos;
- oo) Enxertos ósseos e biomateriais;
- pp) Implantes odontológicos e cirurgias periodontais com membrana e enxertos;
- qq) Quaisquer tratamentos sem indicação clínica;
- rr) Serviços com materiais importados, porcelanas ou metais nobres;
- ss) Restaurações utilizando resina fotopolimerizável em dentes posteriores somente para fins estéticos;
- tt) Radiografias não previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento para a segmentação odontológica;
- uu) Cirurgias a laser;
- vv) Clareamento dentário;
- ww) Exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais.

#### CLÁUSULA QUINTA – DURAÇÃO DO CONTRATO

5.1 O presente Contrato vigorará pelo prazo mínimo de 12 (doze) meses, contados da data estabelecida na **PROPOSTA DE ADMISSÃO**, data esta considerada como de aniversário do presente instrumento, não podendo ocorrer nenhum pagamento antes dessa data.

5.2 Este Contrato tem renovação automática por prazo indeterminado a partir do vencimento do prazo inicial de vigência, **se quaisquer das partes não se manifestarem, contrariamente, no prazo de 60 (sessenta) dias antes do término da vigência**, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato e a pretexto da renovação.

**CLÁUSULA SEXTA – PERÍODOS DE CARÊNCIA**

**6.1** Entende-se por carência o período de tempo durante o qual o Beneficiário não terá direito às coberturas contratadas. O direito de atendimento ao Beneficiário das coberturas previstas neste instrumento será prestado **após cumprimento das carências a seguir especificadas**, observando-se o disposto na legislação vigente, especialmente inciso V, art. 12 da Lei nº 9.656/1998:

	<b>Cobertura</b>	<b>Carência registrada na ANS:</b>
<b>A</b>	<b>Procedimentos de urgência e de emergência, nos termos definidos neste instrumento;</b>	<b>24 (vinte e quatro) horas</b>
<b>B</b>	<b>Consultas médicas;</b>	<b>30 (trinta) dias</b>
<b>C</b>	<b>Procedimentos odontológicos de diagnóstico, radiologia, prevenção, dentística, odontopediatria e cirurgia bucal;</b>	<b>60 (sessenta) dias</b>
<b>D</b>	<b>Procedimentos odontológicos de periodontia, endodontia e cirurgias odontológicas;</b>	<b>120 (cento e vinte) dias</b>
<b>E</b>	<b>Exames e procedimentos médicos simples, exceto os mencionados nos itens F, G, H e I, abaixo;</b>	<b>60 (sessenta) dias</b>
<b>F</b>	<b>Procedimentos médicos especiais: Exames, procedimentos e tratamentos especializados: polissonografia, colangiopancreatografia endoscópica, colonoscopia, video-laparoscopia diagnóstica e cirúrgica, Broncoscopia, Medicina Nuclear, angiografias, radiologia intervencionista, Ressonância Magnética, Tomografia Computadorizada, Video-histeroscopia diagnóstica e cirúrgica, BERA (potenciais auditivos do tronco cerebral), Video-artroscopia diagnóstica e cirúrgica, Endoscopia cirúrgica, video-toracoscopia cirúrgica, quimioterapia antineoplásica, radioterapia, procedimentos terapêuticos em hemodinâmica, litotripsia, diálise e hemodiálise; e demais procedimentos de alta complexidade, definidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente na data do evento;</b>	<b>180 (cento e oitenta) dias</b>
<b>G</b>	<b>Cirurgias, inclusive ambulatoriais, internações, terapias e tratamentos com nutricionista, psicólogo, terapeuta ocupacional e fonoaudiólogo;</b>	<b>180 (cento e oitenta) dias</b>
<b>H</b>	<b>Parto a termo;</b>	<b>300 (trezentos) dias</b>
<b>I</b>	<b>Demais casos, bem como inclusão de novos procedimentos decorrentes de atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS ocorrida em data posterior à assinatura deste Contrato.</b>	<b>180 (cento e oitenta) dias</b>

**6.2** O prazo de carência será contado a partir do início de vigência do Contrato. **Para os incluídos após a vigência deste instrumento, as carências serão contadas da data da sua inclusão.**

**6.2.1** Não serão imputadas novas carências na transferência dos beneficiários para este plano a partir do contrato de plano da **CONTRATADA** destinado exclusivamente aos titulares com vínculo empregatício ativo.

**6.2.2** O beneficiário que estava cumprindo carências no contrato de plano da **CONTRATADA** destinado exclusivamente aos titulares com vínculo empregatício ativo no momento da transferência para este contrato, deverá continuar cumprindo as respectivas carências restantes.

**6.3 Na hipótese do Beneficiário optar por adquirir um produto superior, devem ser considerados todos os prazos de carência já cumpridos pelos beneficiários que desejarem ingressar no plano de categoria superior dentro da mesma operadora e será exigido novo prazo de carência para aquelas coberturas e serviços que não estavam previstos no contrato anterior, incluindo-se nova rede credenciada de prestadores e diferente padrão de acomodação em internações. As novas carências devem obedecer à regra geral no artigo 12, V, 'b', da Lei nº 9.656/98, que prevê o prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias.**

**6.3.1** Em caso da internação ocorrer durante o prazo de carência citado neste item, será assegurada a utilização da acomodação coletiva.

**6.4** Nos termos da Resolução Normativa nº. 195/09, quando o número de Beneficiários inscritos neste Contrato for igual ou superior a 30 (trinta), não será exigido o cumprimento dos períodos de carência estipulados neste Contrato,

desde que o Beneficiário formalize o pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias da data da assinatura deste Contrato ou de sua vinculação à CONTRATANTE.

6.5 A exigência do cumprimento dos períodos de carência voltará a vigorar automaticamente para as novas adesões se houver redução de Beneficiários para um número inferior a 30 (trinta) Beneficiários.

### **CLÁUSULA SÉTIMA – DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES**

7.1 Doenças ou lesões preexistentes são aquelas que o Beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor no momento da adesão ao presente instrumento.

7.2 No momento da adesão ao presente instrumento, o Beneficiário deverá preencher a Declaração de Saúde, na qual manifestará o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes à época da adesão ao presente Contrato, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou rescisão unilateral do Contrato, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656/1998.

7.3 Juntamente com o Formulário de Declaração de Saúde, será entregue a Carta de Orientação ao Beneficiário.

7.4 O Beneficiário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados pela CONTRATADA, sem qualquer ônus para o Beneficiário.

7.5 Caso o Beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da CONTRATADA, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus financeiro dessa entrevista.

7.6 É vedada a alegação de omissão de informação de doença ou lesão preexistente quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no Beneficiário pela CONTRATADA, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.

7.7 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, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a CONTRATADA oferecerá a cobertura parcial temporária.

7.8 A cobertura parcial temporária consiste na suspensão, por um período ininterrupto de 24 (vinte e quatro) meses, da cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos exclusivamente relacionados às doenças ou lesões preexistentes. Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponíveis no sítio eletrônico da CONTRATADA.

7.9 As doenças ou lesões preexistentes poderão ser identificadas pela CONTRATADA por todos os meios de verificação que se aceitem como prova, inclusive prontuários médico-hospitalares, em consultórios, clínicas, laboratórios e hospitais e/ou através de exames médicos de avaliação exigidos pela CONTRATADA para definição dos eventos que terão Cobertura Parcial Temporária.

7.10 Exercendo prerrogativa legal, a CONTRATADA não optará pelo fornecimento do Agravado.

7.11 Identificado indício de fraude por parte do Beneficiário, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a CONTRATADA deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao Beneficiário através de Termo de Comunicação ao Beneficiário e poderá oferecer a opção de cobertura parcial temporária ou solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do Beneficiário à Cobertura Parcial Temporária.

7.11.1 A CONTRATADA poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do Beneficiário sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão preexistente.

7.11.2 Se solicitado pela ANS, o Beneficiário deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.

7.11.3 Após julgamento, e acolhida a alegação da CONTRATADA, pela ANS, o Beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação da constatação da doença e lesão preexistente, pela CONTRATADA, bem como será excluído do Contrato.

7.11.4 Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de doença ou lesão preexistente, bem como a suspensão ou rescisão unilateral do Contrato até a publicação, pela ANS, do encerramento do processo administrativo.

7.12 Nos termos da Resolução Normativa nº 195/09, quando o número de Beneficiários inscritos neste Contrato for igual ou superior a 30 (trinta), não aplicará esta Cláusula de Doenças e Lesões Preexistentes para os Beneficiários

que formalizarem o pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias da data da assinatura deste Contrato ou de sua vinculação à CONTRATANTE.

**7.12.1 Esta Cláusula de Doenças e Lesões Preexistentes aplicar-se-á automaticamente para novas adesões se houver redução de Beneficiários para um número inferior a 30 (trinta).**

**7.13 Não será exigida nova declaração de saúde e não serão imputadas novas CPT's na transferência dos beneficiários para este plano a partir do contrato de plano da CONTRATADA destinado exclusivamente aos titulares com vínculo empregatício ativo.**

**7.13.1 O beneficiário que estava cumprindo CPT no contrato de plano da CONTRATADA destinado exclusivamente aos titulares com vínculo empregatício ativo no momento da transferência para este contrato, deverá continuar cumprindo as respectivas CPT's restantes.**

## CLÁUSULA OITAVA – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

**8.1** Considera-se atendimento de urgência o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo da gestação.

**8.2** Considera-se atendimento de emergência o evento que implica em risco imediato de morte ou de lesão irreparável para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

**8.3 Consideram-se atendimentos de urgência/emergência odontológicos, garantidos pelo presente contrato:**

<b>Procedimento</b>
<b>Controle de hemorragia com ou sem aplicação de agente hemostático;</b>
<b>Tratamento de odontalgia aguda;</b>
<b>Imobilização dentária temporária;</b>
<b>Recimentação de peça/trabalho protético;</b>
<b>Tratamento de alveolite;</b>
<b>Colagem de fragmentos dentários;</b>
<b>Incisão e drenagem (intra ou extra-oral) de abscesso, hematoma ou flegmão da região buco-maxilo-facial;</b>
<b>Reimplante de dente avulsionado com contenção.</b>

**8.4** Serão garantidos os atendimentos decorrentes de acidentes pessoais, sem restrições, depois de decorridas 24 (vinte e quatro) horas de vigência do Contrato.

**8.5** Depois de cumpridas as carências, haverá cobertura dos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para a internação, desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções.

**8.6** Durante o cumprimento dos períodos de carência para internação, serão garantidos os atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, **limitados às primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internação.**

**8.7** Nos casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças e Lesões Preexistentes, haverá atendimento limitado às primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internação.

**8.8** Nos casos em que o atendimento de emergência for efetuado no decorrer dos períodos de carência para internação, será garantido o atendimento limitado às primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internação.

**8.9** Haverá remoção para unidade de atendimento da rede do plano, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente.

**8.10** Haverá remoção para unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, nos casos do Beneficiário estar cumprindo período de carência para internação.

**8.10.1** Também haverá remoção para unidade do SUS, depois de realizados os atendimentos de urgência e emergência, nos casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças e Lesões Preexistentes.

8.10.2 Na remoção para uma unidade do SUS serão observadas as seguintes regras:

- quando não possa haver remoção por risco de morte, o Beneficiário e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a CONTRATADA, desse ônus;
- caberá à CONTRATADA o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento;
- na remoção, a CONTRATADA deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS;
- quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida na alínea b, a CONTRATADA estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

8.11 A CONTRATADA assegurará o reembolso, no limite das obrigações deste Contrato, das despesas efetuadas pelo Beneficiário com assistência à saúde, dentro da área geográfica de abrangência e atuação do plano, nos casos exclusivos de urgência ou de emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios ou credenciados pela CONTRATADA.

8.11.1 O Beneficiário deverá apresentar a documentação adequada no prazo máximo de 12 (doze) meses contados da data do evento, sob pena de perder o direito ao reembolso.

8.11.2 O pagamento do reembolso será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Reembolso da CONTRATADA (que equivale à relação de serviços médicos, hospitalares e odontológicos praticados pela CONTRATADA junto à rede de prestadores do respectivo plano), descontados os eventuais valores de coparticipação a título de internação psiquiátrica, conforme previsto neste Contrato, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da apresentação dos seguintes documentos originais:

- Via original do documento comprobatório do pagamento das despesas ao profissional e/ou instituição não credenciada pela CONTRATADA (Recibos e/ou Notas Fiscais);
- Conta analítica médico-hospitalar, em caso de internação;
- Relatório do médico e/ou do cirurgião-dentista assistente, declarando o nome do paciente, código de identificação, o tratamento efetuado, data do atendimento, sua justificativa para o tratamento realizado, especificando, ainda, a razão da urgência e emergência;
- Comprovação radiográfica pré e pós a realização dos procedimentos odontológicos;
- Comparecimento, após o atendimento, na auditoria clínica em local estabelecido pela CONTRATADA.

8.11.3 Só serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao Beneficiário, realizado enquanto perdurar o estado de urgência ou de emergência.

## CLÁUSULA NONA – MECANISMOS DE REGULAÇÃO

9.1 Para a garantia da cobertura da assistência ora pactuada, a CONTRATADA colocará à disposição dos Beneficiários, dentro da área de abrangência geográfica do Plano: centros médicos, ambulatorios, laboratórios e consultórios e respectivos profissionais da área da saúde e de atendimento de urgência e emergência, constantes do "MANUAL DO CLIENTE".

9.2 Quando da utilização das coberturas assistenciais previstas no presente Contrato, o Beneficiário deverá apresentar ao estabelecimento ou profissional prestador dos serviços os seguintes documentos:

- Cartão de Identificação do Beneficiário mencionado nesse instrumento, com data de validade em dia;
- Documento de identidade do Beneficiário-paciente expedido por órgão oficial; e
- Guia de encaminhamento ou de internação, se for o caso, devidamente emitida pela CONTRATADA.

9.3 A CONTRATADA fornecerá aos Beneficiários o Cartão Individual de Identificação, cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade legalmente reconhecido, assegura a fruição dos direitos e vantagens deste Contrato, podendo a CONTRATADA adotar, a qualquer tempo, novo sistema para melhor atendimento aos Beneficiários.

9.4 É obrigação do Beneficiário Titular, na hipótese de rescisão, resolução ou resilição deste Contrato, ou ainda, de exclusão, devolver os respectivos cartões de identificação e quaisquer outros documentos porventura fornecidos pela CONTRATADA, respondendo, diante da comprovação da ilicitude, pelos prejuízos resultantes do uso indevido desses documentos, restando isenta, neste caso, de qualquer responsabilidade, a CONTRATADA, a partir da exclusão do Beneficiário, rescisão, resolução ou resilição do presente instrumento.

**Nos casos em que os cartões não forem devolvidos, na forma acima, deverá o Beneficiário Titular assinar Termo próprio se responsabilizando por eventual utilização indevida das coberturas assistenciais.**

**9.4.1** Considera-se uso indevido a utilização desses documentos para obter atendimento, mesmo que na forma contratada, pelos Beneficiários que perderam essa condição, por exclusão ou término do Contrato, ou, em qualquer hipótese, por terceiros, que não sejam Beneficiários.

**9.4.2** O uso indevido do cartão de identificação, de qualquer Beneficiário, a critério da CONTRATADA, ensejará pedido de indenização por perdas e danos, bem como a exclusão do respectivo titular, e suas consequências.

**9.5** Ocorrendo o roubo, o furto, a perda ou o extravio do Cartão Individual de Identificação, o Beneficiário Titular deverá comunicar o fato à CONTRATADA, por escrito, acompanhada de declaração de perda ou de boletim de ocorrência, para cancelamento ou, quando for o caso, emissão de segunda via. O cancelamento só terá validade quando reconhecido por escrito pela CONTRATADA.

**9.5.1** As segundas vias do Cartão de Identificação serão cobradas, pela CONTRATADA, conforme valor de Taxa de Inscrição vigente à época.

**9.6 CONSULTAS:** As consultas médicas deverão ser agendadas, podendo ser realizadas em clínicas próprias ou em consultórios e clínicas especializadas credenciadas, constante do "MANUAL DO CLIENTE".

- a) **Apenas o médico poderá fazer o encaminhamento a um hospital, laboratório ou prestador de serviços de apoio diagnóstico e terapia, se for o caso;**
- b) Em caso de necessidade de encaminhamento, o Beneficiário deverá comparecer com o pedido médico ao departamento de Emissão de Guias;
- c) Após a emissão da guia, o Beneficiário deverá ligar para o recurso constante do "MANUAL DO CLIENTE" e marcar o horário para a realização do procedimento indicado pelo médico.

**9.7 EXAMES, TRATAMENTOS E DEMAIS PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS, exceto exames simples:** O Beneficiário deverá comparecer munido da solicitação do médico ao Setor de Emissão de Guias, onde após avaliação do médico auditor, será agendada a data da realização do procedimento.

- a) O Beneficiário deverá comparecer munido da solicitação do médico ao departamento de Emissão de Guias para solicitar a Guia de Encaminhamento;
- b) Após a emissão da guia, o Beneficiário deverá ligar para o laboratório ou clínica constante do "MANUAL DO CLIENTE" e marcar o horário para a realização do exame ou tratamento indicado pelo médico.

**9.8 EXAMES SIMPLES (assim considerados os exames laboratoriais, cujo valor seja inferior a R\$ 40,00 (quarenta reais), RX simples e procedimentos ambulatoriais de baixa complexidade):** O Beneficiário deverá comparecer munido da solicitação do médico assistente ao prestador de serviços vinculado ao seu plano, juntamente com o Cartão de Identificação com a data de validade em dia e um documento de identidade expedido por órgão oficial.

**9.8.1** Para os procedimentos abaixo listados, o beneficiário deverá solicitar a autorização ao Setor de Emissão de Guias.

- a) procedimentos especiais: Exames, procedimentos e tratamentos especializados: polissonografia, colangiopancreatografia endoscópica, colonoscopia, video-laparoscopia diagnóstica e cirúrgica, Broncoscopia, Medicina Nuclear, angiografias, radiologia intervencionista, Ressonância Magnética, Tomografia Computadorizada, Video-histeroscopia diagnóstica e cirúrgica, BERA (potenciais auditivos do tronco cerebral), Video-artroscopia diagnóstica e cirúrgica, Endoscopia cirúrgica, video-toracoscopia cirúrgica, quimioterapia antineoplásica, radioterapia, procedimentos terapêuticos em hemodinâmica, litotripsia, diálise e hemodiálise;
- b) cirurgias, inclusive ambulatoriais, internações, terapias e tratamentos com nutricionista, psicólogo, terapeuta ocupacional e fonoaudiólogo;
- c) parto a termo;
- d) demais casos e procedimentos de alta complexidade, bem como inclusão de novos procedimentos decorrentes de atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS.

**9.9 ATENDIMENTOS ODONTOLÓGICOS:** A utilização de todos os procedimentos cobertos neste contrato, com exceção feita ao atendimento de urgência e emergência, está sujeita a autorização prévia conforme descrito abaixo:

- a) A utilização das coberturas assistenciais dependerá da apresentação do Cartão de Identificação do Beneficiário (físico ou virtual através do aplicativo) que se submeterá ao tratamento. Poderá ser apresentado também o CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) como documento para utilização do plano odontológico;
- b) A utilização das coberturas assistenciais, pelos Beneficiários, far-se-á mediante a emissão da Guia de Tratamento Odontológico (GTO), emitida pelo Cirurgião-Dentista e previamente aprovada pela

## CONTRATADA.

**9.10 O Beneficiário compromete-se, sempre que solicitado pela CONTRATADA, visando a manutenção do padrão de qualidade, bem como dirimir dúvidas ou controvérsias de natureza técnica, a se submeter a auditoria clínica em local estabelecido pela CONTRATADA, quando serão realizadas avaliações clínicas dos tratamentos propostos, realizados ou que ainda encontram-se em andamento.**

**9.11 PEQUENAS CIRURGIAS - ATENDIMENTO AMBULATORIAL:** Pequenas cirurgias são atos complementares a uma consulta médica ou atendimento ambulatorial.

- a) O beneficiário deverá solicitar a autorização na no Setor de Emissão de Guias, **onde o pedido será avaliado por médico auditor;**
- b) Na data marcada, o Beneficiário deverá apresentar-se no local, com o Cartão de Identificação com a data de validade em dia, um documento de identidade expedido por órgão oficial e a autorização fornecida pela **CONTRATADA.**

**9.12 INTERNAÇÕES PROGRAMADAS:** As internações eletivas (programadas), clínicas ou cirúrgicas, **deverão ter encaminhamento do médico,** o qual indicará, em impresso próprio, o tratamento/cirurgia a ser realizado, o tempo de existência da doença e os dados clínicos que justifiquem a internação.

- a) O beneficiário deverá solicitar a autorização no Setor de Emissão de Guias, **onde o pedido será avaliado por médico auditor;**
- b) Na data marcada, o Beneficiário deverá apresentar-se no hospital, com o Cartão de Identificação com a data de validade em dia, um documento de identidade expedido por órgão oficial e a autorização fornecida pela **CONTRATADA;**
- c) As internações hospitalares ficam a critério exclusivo do médico assistente, sendo certo, ainda, que os Beneficiários permanecerão hospitalizados enquanto houver indicação médica para tanto, a exclusivo critério do médico assistente;
- d) **Caso o Beneficiário continue hospitalizado após a alta médica a que alude o item supra, passarão a correr, inteiramente por sua conta a partir de então, todas as despesas decorrentes da internação.**

**9.13 Para autorização de cada procedimento coberto, a CONTRATADA exigirá a apresentação de documentação específica. A relação dos documentos exigidos pela CONTRATADA para autorização de cada procedimento pode ser obtida no portal da CONTRATADA na internet ou em suas centrais de atendimento.**

**9.14 A cobertura dos procedimentos ambulatoriais, hospitalares ou odontológicos somente será garantida quando apresentada toda a documentação exigida.**

**9.15 É facultado à CONTRATADA direcionar a realização de consultas, exames, internações e demais procedimentos a prestadores específicos, respeitando os prazos máximos de garantia de atendimento contemplados na regulamentação da ANS, independente de possuir ou não outros prestadores credenciados disponíveis em sua rede.**

**9.16 Os atendimentos feitos em caráter de urgência/emergência deverão ser comunicados à CONTRATADA em até 48 (quarenta e oito horas) da data do início do atendimento,** mediante declaração do médico assistente, para que seja emitida a autorização correspondente.

**9.17 Ao agendar um atendimento, o Beneficiário assume um compromisso ao qual não deve faltar. Caso não possa comparecer, deve ligar antecipadamente, liberando seu horário, para evitar prejuízos ao profissional e a outros pacientes.**

**9.18 Para que haja cobertura das despesas de atendimento os Beneficiários deste Contrato deverão ser atendidos por profissionais integrantes do corpo clínico credenciado pela CONTRATADA em estabelecimentos de saúde, também por ela credenciados, exceto nos casos de urgência e emergência, quando será admitido o reembolso na forma prevista neste instrumento.**

**9.19 O CONTRATANTE obterá através do "MANUAL DO CLIENTE" os endereços dos departamentos citados nesse contrato, inclusive para fins de autorização para a realização dos procedimentos, mas em caso de dúvida, deverá ligar para o Serviço de Atendimento ao Cliente disponível 24 (vinte e quatro) horas todos os dias da semana, pelo nº 0800 18 34 56.**

**9.20 Ao Beneficiário é garantida a avaliação do atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de 01 (um) dia útil, contado da data da solicitação, para a definição dos casos de aplicação das regras de regulação.**

**9.21 É facultado a CONTRATADA requisitar ao Beneficiário ou ao médico assistente ou ao cirurgião-dentista documentações, informações adicionais e/ou perícia médica, ficando o beneficiário obrigado a apresentar as informações solicitadas e a comparecer na perícia da CONTRATADA.**

**9.22** Nos termos da Resolução nº 08/98, do Consu, em casos de divergência médica sobre o direito às coberturas previstas neste Contrato, garante-se ao Beneficiário e à **CONTRATADA** a prerrogativa de requerer a formação de junta constituída por 03 (três) profissionais, sendo um nomeado pela **CONTRATADA**, outro pelo Beneficiário, e um terceiro, escolhido pelos dois nomeados. **O Beneficiário arcará com os honorários do profissional que designar caso ele não pertença a Rede Credenciada da CONTRATADA.**

**9.23** A **CONTRATADA** poderá requisitar a qualquer tempo, diretamente dos profissionais, todas as informações que julgue necessárias para elucidação de matérias relacionadas à utilização das coberturas. Nessas circunstâncias, responsabiliza-se pelo sigilo das informações obtidas.

**9.24** A **CONTRATADA** reserva-se o direito de alterar a rede de prestadores de serviços, constantes do mencionado "MANUAL DO CLIENTE", obedecido aos trâmites legais existentes, principalmente no que se refere à mudança de entidade hospitalar, conforme art. 17 da Lei nº 9.656/1998.

**9.25** É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outro equivalente e mediante comunicação ao Beneficiário e à ANS com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias em vigor.

**9.26** Na hipótese de a substituição de entidade hospitalar ocorrer por vontade da **CONTRATADA** durante período de internação de algum Beneficiário, será garantido o pagamento das despesas relacionadas com a internação até a alta hospitalar, estabelecida pelo médico assistente, **exceto nos casos de infração às normas sanitárias**, quando a **CONTRATADA** providenciará, às suas expensas, a transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência.

**9.27** No caso de redução de entidade hospitalar, é necessária autorização prévia da ANS.

**9.28** Todas as informações sobre substituições de prestadores e alterações na rede estarão disponíveis no portal da **CONTRATADA** na internet [www.saofrancisco.com.br](http://www.saofrancisco.com.br) e também pelo nº 0800 18 34 56, na forma e prazos estabelecidos pela regulamentação.

#### CLÁUSULA DÉCIMA – FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

**10.1** O Plano contratado será custeado em regime de preço 'pré-estabelecido', nos termos da Resolução Normativa nº 85/04 da ANS (Anexo II, item 11, número 1) e alterações posteriores.

**10.2** Em virtude das coberturas previstas neste instrumento, o Beneficiário Titular deverá pagar à **CONTRATADA**, uma contraprestação pecuniária mensal (mensalidade), integral ou pro-rata (conforme o caso), por si e por seus dependentes, definidas em função das faixas etárias em que se enquadrarem (ou valor fixado em preço único por usuário ou por grupo familiar), bem como por eventuais valores de coparticipação (devidos em função da realização de internação psiquiátrica, nos termos deste Contrato).

**10.3** Para cobrança do valor de mensalidade, integral e/ou pro-rata (conforme o caso), e eventuais valores de coparticipação (devidos em função da realização de internação psiquiátrica, nos termos deste Contrato), a **CONTRATADA** enviará, ao Beneficiário, fatura única de cobrança, que deverá ser quitada até a data estabelecida na PROPOSTA DE ADMISSÃO, de cada mês, sendo essa a respectiva data de vencimento da obrigação, facultando-se à **CONTRATADA**, quando julgar conveniente, emitir e sacar duplicata referente às coberturas contratadas.

**10.4** Quando a data de vencimento cair em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser realizado até o primeiro dia útil subsequente, sendo reconhecido como comprovante de pagamento qualquer documento determinado pela **CONTRATADA**.

**10.5** A **CONTRATADA** poderá adotar modalidade diversa de cobrança, conforme melhor lhe aprouver, mediante comunicação prévia.

**10.6** Se Beneficiário não receber documento que o possibilite realizar o pagamento de sua obrigação, em até 05 (cinco) dias antes da data do vencimento, deverá requerer segunda via junto à **CONTRATADA**, que enviará nova cobrança.

**10.7** A perda, extravio ou não recebimento do instrumento de cobrança não desobriga o Beneficiário de efetuar o seu pagamento no prazo de vencimento mensal.

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

**10.9** O pagamento antecipado das mensalidades não elimina nem reduz os períodos de carência deste Contrato.

Versão 3.0.01.18






**10.10 O pagamento dos valores devidos à CONTRATADA referente a um determinado mês não significa estarem pagos ou quitados débitos anteriores.**

**10.11 Ocorrendo impontualidade no pagamento dos valores de responsabilidade do Beneficiário, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculados dia a dia, e multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado.**

**10.12 A CONTRATADA se reserva o direito de cobrar os débitos não quitados por todos os meios legais cabíveis, inclusive promovendo a respectiva cobrança por meio de instituições financeiras e inscrição em órgãos de proteção ao crédito.**

**10.13 Em atenção ao disposto no § 1º do artigo 15 da RN nº 279, de 2011, foi adotado o seguinte critério para a determinação do custo do beneficiário:**

- a) A fixação do preço observará a tabela de custo prevista no contrato, a qual considera região de atuação do produto, meta de sinistralidade da operadora e lucro líquido esperado. Não haverá financiamento da CONTRATANTE para as mensalidades dos beneficiários ex-empregados, demitidos/ exonerados ou aposentados. Por determinação do art. 19 da RN 279, a manutenção da condição de beneficiário em plano privado de assistência à saúde exclusivo para ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados poderá ocorrer com condições de reajuste, preço, faixa etária diferenciadas daquelas verificadas no plano privado de assistência à saúde contratado para os empregados ativos;
- b) A fixação do preço para os beneficiários ex-empregados demitidos/exonerados sem justa causa ou aposentados observará a tabela de custo por faixa etária prevista neste instrumento. Não haverá financiamento da **CONTRATANTE** para as mensalidades dos beneficiários ex-empregados demitidos/exonerados sem justa causa ou aposentados.

### CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – REAJUSTE

**11.1** O reajuste a incidir sobre o valor da mensalidade será anual, tendo como data-base de aniversário o mês de início de vigência contratual.

**11.2** Caso nova legislação venha a autorizar o reajustamento em período inferior a 12 (doze) meses, essa terá aplicação imediata sobre este Contrato.

**11.3** A aplicação dos reajustes será comunicada à ANS.

**11.4** As demais obrigações financeiras previstas neste instrumento (tais como taxa de inscrição e segunda via do Cartão de Identificação), serão reajustadas no mesmo momento da mensalidade, através de livre negociação entre as partes. Na falta de acordo entre as partes, serão reajustadas utilizando-se o mesmo índice de reajuste da mensalidade.

**11.5** Independente da data de adesão do Beneficiário, os valores de suas contribuições terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência deste Contrato, entendendo esta como data base única.

**11.6** Além da modalidade de reajuste prevista nesta cláusula, devem-se observar as regras de reajuste por faixa etária previstas neste instrumento, que ocorrem no mês subsequente ao aniversário do Beneficiário, exceto se a mensalidade for fixada em preço único.

**11.7** No mês de março de cada ano, a **CONTRATADA** identificará os contratos de planos coletivos em vigor destinados exclusivamente para seus ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados que deverão ser agrupados para efeito de reajuste.

**11.8** A mensalidade será reajustada de acordo índice de reajuste estabelecido para os planos da **CONTRATADA** destinados exclusivamente para seus ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados, divulgado em seu site, que será obtido através da seguinte fórmula:

$$\text{Reajuste} = (1 + \text{Máximo}(0; \text{RT})) \times (1 + \text{RF}) - 1$$

Onde:

RF (Reajuste Financeiro): corresponderá ao último índice máximo autorizado pela ANS para reajuste de planos individuais/familiares, vigente no período considerado para apuração. Na falta deste índice, o reajuste se dará pela variação positiva do índice IPCA - Índice de Preço ao Consumidor Amplo, divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, acumulado nos últimos doze meses, e com retroatividade de 04 (quatro) meses.

RT (Reajuste Técnico): determinado em função da sinistralidade dos contratos sub-agrupados, apurado de acordo com a seguinte expressão:

$$\text{RT} = \text{S}/\text{Sm} - 1$$

Onde:

Versão 3.0.01.18

DS MRDBL JCD DS 1799

S = sinistralidade (relação entre as despesas assistenciais e as receitas de contribuição dos contratos sub-agrupados), apurada no mesmo período considerado para determinação do RF.

**Sm = meta de sinistralidade de 70% (setenta por cento).**

11.9 Na falta deste índice, o reajuste se dará pela variação positiva do índice IPCA - Índice de Preço ao Consumidor Amplo, divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, acumulado nos últimos doze meses, e com retroatividade de 04 (quatro) meses do aniversário deste Contrato.

## CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – FAIXAS ETÁRIAS

12.1 As mensalidades foram fixadas em função da idade do Beneficiário inscrito, de acordo com as faixas etárias e conforme os percentuais de reajustes incidentes em cada uma delas, observada a tabela de custo estabelecido na PROPOSTA DE ADMISSÃO.

12.2 Caso seja adotada tabela de preços diferente da tabela de custo acima, quanto aos valores de mensalidade a serem pagos pelos Beneficiários ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados, em relação a si e a seus dependentes, apresentada na PROPOSTA DE ADMISSÃO, estando, em versão atualizada, permanentemente a disposição para consulta pelos Beneficiários junto à CONTRATANTE.

12.3 Quando a alteração da idade importar em deslocamento para a faixa superior, as mensalidades serão alteradas, automaticamente, no mês seguinte ao do aniversário do Beneficiário, pelo percentual de reajuste estabelecido para a faixa etária subsequente.

12.4 Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária não se confundem com o reajuste financeiro anual.

12.5 Os percentuais de variação em cada mudança de faixa etária são fixados observadas as seguintes condições:

- a) O valor fixado para a última faixa etária não pode ser superior a 6 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária;
- b) A variação acumulada entre a 7ª (sétima) e a 10ª (décima) faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a 1ª (primeira) e a 7ª (sétima) faixas;
- c) As variações por mudança de faixa etária não podem apresentar percentuais negativos.

## CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

13.1 O PLANO tratado neste Contrato destina-se exclusivamente a categoria de ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados, e seus respectivos dependentes, para garantia do direito de manutenção previsto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98.

### 13.2 DO DEDITIDO

13.2.1 O período de manutenção da condição de Beneficiário será de um terço do tempo de contribuição ao plano destinado aos beneficiários com vínculo ativo, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses.

### 13.3 DO APOSENTADO

13.3.1 O período de manutenção da condição de Beneficiário será por prazo indeterminado, na hipótese do ex-empregado ter contribuído para o plano destinado aos beneficiários com vínculo ativo, pelo prazo mínimo de dez anos.

13.3.2 Na hipótese de contribuição por período inferior a dez anos, é assegurado o direito de manutenção como Beneficiário, à razão de um ano para cada ano de contribuição.

### 13.4 DAS DISPOSIÇÕES COMUNS

13.4.1 Em caso de óbito do demitido ou aposentado em exercício do direito de manutenção, é garantida a permanência no plano dos dependentes inscritos, pelo prazo restante a que teria direito o demitido ou o aposentado, desde que assumam as responsabilidades financeiras.

13.4.2 As garantias previstas nesta cláusula não excluem vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

13.4.3 A admissão do beneficiário em novo emprego é causa de extinção do direito de manutenção previsto nesta cláusula, cabendo ao demitido ou aposentado comunicar esse fato imediatamente à CONTRATADA ou à CONTRATANTE, para a promoção de sua exclusão e de seu grupo familiar vinculado, sob pena de fraude.

13.4.4 Também são causas de extinção do direito de manutenção previsto nesta cláusula:

- a) O decurso dos prazos de manutenção previstos nesta cláusula;

b) **O cancelamento pelo empregador do benefício do plano concedido aos seus empregados ativos e ex-empregados demitidos sem justa causa ou aposentados.**

**13.4.5** É assegurado ao ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado ou seus dependentes vinculados ao plano, durante o período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656, de 1998, o direito de exercer a portabilidade especial de carências para plano individual ou familiar ou coletivo por adesão, **nos termos previstos na regulamentação vigente.**

**13.4.6** Além da portabilidade mencionada durante o período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656, de 1998, deve-se observar ainda as demais possibilidades de portabilidade contempladas na legislação de saúde suplementar em vigor, como nos casos de óbito do titular e da perda da elegibilidade dos dependentes.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO**

**14.1** Caberá exclusivamente à CONTRATANTE solicitar a suspensão da cobertura ou a exclusão de Beneficiários, inclusive nas seguintes situações:

- a) solicitação de exclusão feita pelo próprio beneficiário;
- b) perda da qualidade de Titular;
- c) perda da qualidade de Dependente, no caso do Beneficiário deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição previstas neste instrumento ou quando deixar de entregar os documentos comprobatórios exigidos para sua manutenção como Dependente;
- d) situações decorrentes das políticas internas da CONTRATANTE.

**14.1.1** Na hipótese da alínea “a” deste item, é garantido ao beneficiário o direito de solicitar sua exclusão diretamente junto a CONTRATADA, observada a forma e requisitos previstos na regulamentação em vigor.

**14.2** A CONTRATADA só poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos Beneficiários, sem a anuência da CONTRATANTE, nas seguintes hipóteses:

- a) em caso de fraude ao Plano ou dolo, sendo que, em caso de fraude relacionada à doença ou lesão preexistente será instaurado processo administrativo junto à ANS, para apuração da fraude, nos termos da legislação vigente;
- b) perda da qualidade de Titular;
- c) perda da qualidade de Dependente, no caso do Beneficiário deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição previstas neste instrumento ou quando deixar de entregar os documentos comprobatórios exigidos para sua manutenção como Dependente;
- d) inadimplência do Beneficiário;
- e) quando o beneficiário solicitar sua exclusão diretamente junto a CONTRATADA, nos termos do item 14.1.1.

**14.3** A CONTRATADA informará à CONTRATANTE os documentos comprobatórios a serem apresentados pela CONTRATANTE para exclusão dos beneficiários nas hipóteses acima mencionadas.

**14.4** O Beneficiário poderá ser suspenso ou excluído do Plano, em caso de inadimplência por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do Contrato, após notificação prévia ao Beneficiário Titular, que se dará até o 50º (quingüésimo) dia de inadimplência, sem prejuízo do direito de se requerer judicialmente a quitação do débito com suas consequências moratórias.

**14.4.1** Após o 60º (sexagésimo) dia de inadimplência, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do Contrato, a CONTRATADA poderá notificar o Beneficiário, a qualquer tempo, desde que obedeça a um intervalo de 10 (dez) dias entre a data da notificação e a data da exclusão.

**14.5** A exclusão do Beneficiário Titular implicará na automática exclusão de todos os seus Dependentes, exceto nos casos expressamente previstos neste Instrumento.

**14.6** O cancelamento da inscrição, nos termos tratados neste Contrato, não exime o Beneficiário de quitar eventuais débitos com o PLANO, incluídos os valores de contribuição mensal e de coparticipação.

**14.7** O Beneficiário Dependente que for excluído do presente Contrato poderá firmar Contrato em seu próprio nome, em até 30 (trinta) dias, contados da data de exclusão neste instrumento, aproveitando as carências já cumpridas, **exceto na hipótese de exclusão do dependente por inadimplência ou fraude comprovada, quando deverá quitar os débitos existentes e cumprir novos períodos de carência.** Essa faculdade somente será admitida quando a CONTRATADA possuir planos Individuais/Familiares ativos para comercialização vigente na época da solicitação.

Versão 3.0.01.18






## CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – RESCISÃO

**15.1** Sem prejuízo das penalidades previstas em lei, além das infrações especificamente previstas nesta avença, o presente Contrato será rescindido de pleno direito, de acordo com o disposto na Lei n.º 9.656/98, **sem que caiba direito a qualquer indenização à CONTRATANTE, a qualquer tempo, nas hipóteses seguintes:**

- a) **Inadimplência da CONTRATANTE, por período superior à 30 (trinta) dias, independente de notificação, sem prejuízo do direito da CONTRATADA de requerer judicialmente a quitação do débito, com suas consequências moratórias;**
- b) **Fraude comprovada e/ou dolo da CONTRATANTE;**
- c) **Descumprimento da CONTRATANTE às cláusulas e condições deste Contrato;**
- d) **Se não for mantido o número mínimo de Beneficiários estabelecido para manutenção deste contrato, conforme prevê a Cláusula Condições de Admissão, ressalvado o disposto no parágrafo abaixo;**
- e) **No caso de decretação de falência, deferimento do processamento de pedido de recuperação judicial ou insolvência da parte CONTRATANTE.**

**15.2** Na hipótese de redução do número de Beneficiários, ficando abaixo do limite mínimo estabelecido na cláusula Condições de Admissão, 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.

**15.3** As partes acordam que, caso a CONTRATANTE atrase o pagamento de qualquer das contraprestações pecuniárias por período superior a 5 (cinco) dias sucessivos, o direito à cobertura e/ou reembolso do plano privado de assistência à saúde, objeto deste contrato, serão imediatamente suspensos para todos os beneficiários, independentemente de notificação.

**15.4** Após o término do prazo mínimo de 12 (doze) meses de vigência contratual, é facultado a qualquer das partes denunciarem o contrato, mediante comunicação escrita e protocolada, dirigida à outra parte, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

**15.5** Caso a CONTRATANTE manifeste intenção de rescindir o presente Contrato, antes do término do prazo mínimo de 12 (doze) meses de vigência contratual, fica obrigado ao pagamento, a título de multa pecuniária, do valor correspondente a 03 (três) contribuições integrais, calculadas pela média das contribuições efetuadas ao plano antes da sua notificação, ressalvado o direito da CONTRATADA de exigir complemento do valor caso o prejuízo suportado seja superior ao montante da multa acima especificada, na forma do Código Civil vigente.

**15.6** Em nenhuma hipótese haverá restituição do valor pago pela CONTRATANTE para o Beneficiário fazer jus às coberturas definidas neste instrumento.

**15.7** Não será admitida a inclusão ou exclusão de Beneficiários durante o prazo de aviso prévio descrito neste Contrato.

**15.8** A CONTRATADA reserva-se ao direito de cobrar da CONTRATANTE, pelos meios legais cabíveis, eventuais despesas decorrentes de atendimento prestado ao Beneficiário Titular e aos seus Dependentes, após a rescisão do Contrato, restando-se cessadas as responsabilidades da CONTRATADA.

**15.9** Nos termos da Resolução nº 19/1999, do Consu, no caso de cancelamento do benefício assegurado neste contrato pela CONTRATANTE, é assegurado ao beneficiário inscrever-se em plano individual/familiar oferecido pela CONTRATADA, sem necessidade de cumprimento de novos prazos de carência, desde que a CONTRATADA possua plano individual/familiar à época, observando-se que:

- a) Considera-se, na contagem de prazos de carência para essas modalidades de planos, o período de permanência do Beneficiário no plano coletivo cancelado;
- b) **Deverá o Beneficiário solicitar à CONTRATADA a lista de planos de saúde individuais/familiares disponíveis e a respectiva tabela de preços para fazer jus ao disposto neste item;**
- c) **Os Beneficiários deverão fazer opção pelo produto individual/familiar no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o cancelamento do benefício;**
- d) É responsabilidade do empregador informar ao empregado sobre o cancelamento do benefício, em tempo hábil ao cumprimento do prazo de opção de que trata o item antecedente.

## CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DISPOSIÇÕES GERAIS

**16.1** Para os efeitos deste Contrato, são adotadas as seguintes definições:

- a) **ACIDENTE PESSOAL:** evento ocorrido em data específica, provocado por agentes externos ao corpo

humano, súbitos e involuntários e causadores de lesões físicas não decorrentes de problemas de saúde, e que, independente de qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico, como, por exemplo, acidentes de carro, quedas e inalação de gases;

- b) **AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - 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 garantam a assistência suplementar à saúde;
- c) **AGRAVO:** 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 pre-existente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a **CONTRATADA** e o Beneficiário. Exercendo prerrogativa legal, a **CONTRATADA** não optará pelo fornecimento do Agravo;
- d) **ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA E ATUAÇÃO DO PLANO:** área definida em Contrato dentro da qual o Beneficiário poderá utilizar as coberturas assistenciais contratadas;
- e) **ATENDIMENTO AMBULATORIAL:** compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, ou serviços como recuperação pós-anestésica, UTI, CETIN e similares;
- f) **ATENDIMENTO ELETIVO:** termo usado para designar os atendimentos médicos que podem ser programados, ou seja, que não são considerados de urgência ou de emergência;
- g) **CARÊNCIA:** prazo ininterrupto, contado a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, durante o qual os Beneficiários não têm direito às coberturas contratadas;
- h) **CID-10:** Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10ª revisão;
- i) **COBERTURA:** garantia, nos limites e modalidades deste Contrato, do pagamento de despesas médicas e hospitalares, diretamente às pessoas físicas ou jurídicas prestadoras de serviços, em nome e por conta dos Beneficiários;
- j) **COMPANHEIRO:** pessoa que vive em união estável com outrem, considerada união estável a entidade familiar entre o homem e a mulher, configurada na convivência pública, contínua e duradoura com o objetivo de constituição de família, nos termos da Constituição Federal e do Código Civil Brasileiro;
- k) **COMPLICAÇÕES NO PROCESSO GESTACIONAL:** alterações patológicas durante a gestação, como, por exemplo, gravidez tubária, eclampsia, parto prematuro e abortamento;
- l) **CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - CONSU:** órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para deliberar sobre questões relacionadas à saúde suplementar, definidas no art. 35-A da Lei nº 9.656/1998;
- m) **HOSPITAL DIA:** atendimento hospitalar que não requeira pernoite em leito hospitalar, não correspondendo, portanto, a uma diária convencional;
- n) **INTERNAÇÃO HOSPITALAR:** situação na qual o Beneficiário é admitido em estabelecimento hospitalar, ficando sob os cuidados do médico assistente, para ser submetido a algum tipo de tratamento ou procedimento;
- o) **MÉDICO ASSISTENTE:** médico responsável pela indicação da conduta médica a ser aplicada ao paciente.

**16.2** Por convenção, adotou-se neste Contrato o gênero masculino quando há referência ao gênero masculino e feminino.

**16.3** A **CONTRATADA** não se responsabilizará por qualquer procedimento do Beneficiário que contrarie as normas e rotinas contidas neste Contrato.

**16.4** Os casos omissos no presente instrumento contratual serão resolvidos de comum acordo entre os **CONTRATANTES**.

**16.5** Qualquer tolerância não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

**16.6** O Beneficiário Titular, por si e por seus Dependentes, autoriza a **CONTRATADA** a prestar todas as informações cadastrais solicitadas pelos órgãos de fiscalização da assistência à saúde.

**16.7** Este Contrato foi elaborado levando-se em consideração a legislação vigente, assim, qualquer alteração das normas que implique em necessária modificação do avençado, as partes se sujeitarão ao ajuste das novas condições.

Versão 3.0.01.18






16.8 A CONTRATADA não será responsabilizada, em nenhuma hipótese, por eventos, procedimentos ou efeitos decorrentes da contratação direta de procedimentos não cobertos por este Contrato entre o Beneficiário Titular e/ou seus dependentes e os médicos-assistentes credenciados e/ou não credenciados pela CONTRATADA.

16.9 Faz parte do Contrato quaisquer documentos que tratem de assuntos pertinentes ao plano de saúde. Dentre esses documentos, incluem-se: Declaração de Saúde, quando for o caso, Tabela de Procedimentos São Francisco Sistemas de Saúde registrada no Cartório Oficial de Registro de Títulos e Documentos e Civil de Pessoa Jurídica de Ribeirão Preto Estado de São Paulo sob o número 131660 para Reembolso de Urgência/Emergência, Manual do Cliente e o Guia de Leitura Contratual.

**CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – ELEIÇÃO DE FORO**

17.1 As partes comprometem-se a resolver de comum acordo as divergências decorrentes do presente instrumento, não sendo possível a composição amigável, fica eleito o foro do domicílio do **CONTRATANTE** para dirimir qualquer demanda sobre o presente Contrato.

E por estarem assim ajustadas e combinadas, as partes assinam esse instrumento em 2 (duas) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo.

Ribeirão Preto, 01 de Abril de 2018.

DocuSigned by:  
*Carlos Prebelli*  
4DCCFB90E4994F1...

**SÃO FRANCISCO SISTEMAS DE SAÚDE  
SOCIEDADE EMPRESÁRIA LTDA  
CONTRATADA**

Testemunhas:

DocuSigned by:  
*Anna Carolina Bentlin*  
4BB9C92F3DC347F  
Nome: Anna Carolina Bentlin  
RG: 403736031

DocuSigned by:  
*MILSON ROBERTO DE BARROS CARMEIRO*  
E2A5237E55544F7...  
DocuSigned by:  
*JOAO CARLOS DELBON*  
E9A5937E56644F7...  
**COMPANHIA TROLEIBUS ARARAQUARA  
CNPJ sob o nº 43.956.028/0001-00  
CONTRATANTE**

Testemunhas:

DocuSigned by:  
*Larissa Grecco*  
68052937896B4B1  
Nome: Larissa Fernanda Gustavo Grecco  
RG: 475171780

**Proposta de Admissão – Vínculo Ativo separado de Inativo**

Ao Contrato Particular de Oferta de Plano Privado de Assistência à Saúde, denominado **TOTAL 311E FIXA I, para vínculo exclusivamente Ativo** e Ao Contrato Particular de Oferta de Plano Privado de Assistência à Saúde, denominado **TOTAL 311E FIXA I, para vínculo exclusivamente Inativo, produto registrado na ANS sob nº 471.936/14-1.**



ANS - Nº 30209-1

**Qualificação da Operadora**

Razão Social: **SÃO FRANCISCO SISTEMAS DE SAÚDE SOCIEDADE EMPRESÁRIA LTDA**, CNPJ: 01.613.433/0001-85, Registro da Operadora na ANS: 30.209-1, Classificação da Operadora na ANS: Medicina de Grupo, com estabelecimento na Avenida Portugal, nº 545, 3º andar, sala 02, bairro Jardim São Luiz, na cidade de Ribeirão Preto, estado de São Paulo, CEP: 14.020-380.

**1. CARACTERÍSTICAS GERAIS:****TOTAL 311E FIXA I – 471.936/14-1**

Contratação: **COLETIVO EMPRESARIAL** Padrão de Acomodação em Internação: **Coletivo**  
 Segmentação: **Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia e Odontológico** Serviços e Coberturas Adicionais: **Não há**  
 Fator Moderador: **Coparticipação** Área Geográfica de Abrangência do Plano de Saúde: **Grupo de Municípios**

Área de Atuação do Plano de Saúde: **Ribeirão Preto/SP e Araraquara/SP.**

**2. QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE**

Razão Social <b>COMPANHIA TROLEIBUS ARARAQUARA</b>		CNPJ <b>43.956.028/0001-00</b>	
Nome Fantasia *****		Inscrição Estadual / Inscrição Municipal	
Endereço <b>AVENIDA BENTO DE ABREU</b>		Número <b>1172</b>	Complemento (Apto, sala, bloco, etc.)
Bairro <b>JARDIM PRIMAVERA</b>	Município <b>ARARAQUARA</b>	CEP <b>14.802-396</b>	UF <b>SP</b>
DDD <b>(16)</b>	Telefone <b>3303-7367</b>	DDD ( )	Telefone
		E-mail <b>claudia.zani@ctaonline.com.br</b>	

**3. CONDIÇÕES DE ADMISSÃO EXCLUSIVAMENTE ATIVOS**

Nº Mínimo de Beneficiários para manutenção do Contrato: Item 2.8	<b>01</b>	Período acordado para atingir o nº mínimo de beneficiários: item 2.9	<b>00</b>
--	-----------	--	-----------

**4. FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE PARA ATIVOS: PRÉ-ESTABELECIDO**

O a 18 anos	19 a 23 anos	24 a 28 anos	29 a 33 anos	34 a 38 anos	39 a 43 anos	44 a 48 anos	49 a 53 anos	54 a 58 anos	59 anos ou mais
<b>R\$ 110,73</b>	<b>R\$ 112,18</b>	<b>R\$ 112,18</b>	<b>R\$ 146,17</b>	<b>R\$ 150,76</b>	<b>R\$ 173,87</b>	<b>R\$ 258,31</b>	<b>R\$ 310,33</b>	<b>R\$ 372,52</b>	<b>R\$ 602,51</b>

**5. FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE PARA INATIVOS: PRÉ-ESTABELECIDO**

O a 18 anos	19 a 23 anos	24 a 28 anos	29 a 33 anos	34 a 38 anos	39 a 43 anos	44 a 48 anos	49 a 53 anos	54 a 58 anos	59 anos ou mais
<b>R\$ 126,10</b>	<b>R\$ 127,78</b>	<b>R\$ 127,78</b>	<b>R\$ 167,32</b>	<b>R\$ 172,67</b>	<b>R\$ 199,55</b>	<b>R\$ 296,73</b>	<b>R\$ 358,29</b>	<b>R\$ 430,64</b>	<b>R\$ 698,19</b>

**6. PERCENTUAIS DE REAJUSTE ENTRE FAIXAS**

O a 18 anos	19 a 23 anos	24 a 28 anos	29 a 33 anos	34 a 38 anos	39 a 43 anos	44 a 48 anos	49 a 53 anos	54 a 58 anos	59 anos ou mais
-	1,33%	0,00%	30,95%	3,19%	15,57%	48,70%	20,75%	20,19%	62,13%

**7. COPARTICIPAÇÃO/REEMBOLSO**

TABELA DE COPARTICIPAÇÃO:	<b>TABELA DE COPARTICIPAÇÃO FIXA I SÃO FRANCISCO SAÚDE</b>	Nº DE REGISTRO EM CARTÓRIO	<b>228692</b>
TABELA REEMBOLSO:	<b>Não há</b>	Nº DE REGISTRO EM CARTÓRIO	<b>Não há</b>

Versão 3.0.01.18

DS MRD/BC DS JCD DS L799

**8. DEFINIÇÃO DE CONTRIBUIÇÃO DA EMPRESA**

Para fim de determinar o direito estabelecido no artigo 30 e 31 da Lei 9656, declaro que a contratante:

- Contribui integralmente com o pagamento do plano contratado.  
 Contribui parcialmente com o pagamento do plano contratado.  
 Não contribuirá com o pagamento do plano contratado.

Em caso de mudança da condição pré-estabelecida acima informarei a contratante com 30 dias de antecedência.

Início de vigência do Contrato	Vencimento Escolhido	Taxa de Implantação	Observações especiais
<b>01/04/2018</b>	<b>Todo dia 15 de cada mês.</b>	<b>R\$ 00,00 por beneficiário.</b>	

Representante	Código

**9. DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO E POSSE**

Declaro que, antes de optar pelo plano descrito nesta Proposta, fui esclarecido sobre as condições do Plano na segmentação referência, tendo sido oferecido para minha contratação. Declaro também que, antes do preenchimento desta Proposta, me foi entregue o Manual de Orientação para contratação de planos de saúde – MPS. Declaro, ainda, ter sido devidamente informado de que o Guia de Leitura Contratual – GLC será enviado junto com o cartão de identificação, por meio de carta registrada. Declaro, finalmente, que ao preencher a presente Proposta, recebi a íntegra do contrato de Plano Privado de Assistência à Saúde, que foi totalmente lido e entendido por mim, sem qualquer restrição ao seu conteúdo, o que confirmo, apondo assinatura no presente.

<b>RIBEIRÃO PRETO</b>	<b>01/04/2018</b>	DocuSigned by: <b>MILSON ROBERTO DE BARROS CARNEIRO</b> E2A5237E55544F7...
<b>LOCAL</b>	<b>DATA</b>	DocuSigned by: <b>JOAO CARLOS DELBON</b> E2A5237E55544F7...
		<b>COMPANHIA TROLEIBUS ARARAQUARA</b> <b>CNPJ sob<sup>o</sup> o nº 43.956.028/0001-00</b> <b>CONTRATANTE</b>

**10. ANUÊNCIA DA CONTRATADA**

O presente contrato passa a vigorar na data estabelecida nesta proposta após assinatura do Representante Legal da Contratada.

DocuSigned by:  
**Carlos Prebelli**  
4DCCFB90E4994F1...

**SÃO FRANCISCO SISTEMAS DE SAÚDE**  
**SOCIEDADE EMPRESÁRIA LTDA**  
**CONTRATADA**

Versão 3.0.01.18

DS MRD/BC DS JCD DS L799

## CONTRATO DE OFERTA DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

### VÍNCULO EXCLUSIVAMENTE ATIVO

TOTAL 311E FIXA I - REGISTRO ANS Nº 471.936/14-1

Contrato de Plano Privado de Assistência à Saúde que estabelecem entre si, de um lado, como **CONTRATANTE**, a pessoa jurídica identificada e qualificada na proposta de admissão, que preenchida e assinada passa a fazer parte desse contrato, como pagina inicial, e, de outro como **CONTRATADA** a **SÃO FRANCISCO SISTEMAS DE SAÚDE SOCIEDADE EMPRESÁRIA LTDA**, CNPJ: 01.613.433/0001-85, Registro da Operadora na ANS: 30.209-1, Classificação da Operadora na ANS: Medicina de Grupo, com estabelecimento na Avenida Portugal, 545, 3º andar, sala 02, Jardim São Luis – Ribeirão Preto/SP, CEP: 14.020-380, têm entre si, justos e contratados, conforme características gerais a seguir transcritas e cláusulas e condições deste instrumento.

### CARACTERÍSTICAS GERAIS:

Tipo de Contratação: **Coletivo Empresarial**

Segmentação Assistencial do Plano de Saúde: **Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia e Odontológico**

Fator Moderador: **Coparticipação**

Área Geográfica de Abrangência do Plano de Saúde: **Grupo de Municípios**

Área de Atuação do Plano de Saúde: **Municípios identificados na PROPOSTA DE ADMISSÃO**

Padrão de Acomodação em Internação: **Coletivo**

Formação do Preço e Mensalidade: **Pré-estabelecido**

Serviços e Coberturas Adicionais: **Não possui**

### CLÁUSULA PRIMEIRA – ATRIBUTOS DO CONTRATO

1.1 O presente Contrato tem por objeto a cobertura de custos assistenciais na forma de plano privado de assistência à saúde prevista no inciso I, do artigo 1º, da Lei 9.656/1998, visando à assistência Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia e Odontológica com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, compatíveis com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela ANS e vigente à época do evento.

1.2 O presente instrumento trata-se de contrato de adesão, bilateral, que gera direitos e obrigações para ambas as partes, na forma do Código Civil brasileiro, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor, assumindo a **CONTRATANTE**, o risco de não vir a existir a cobertura da referida assistência, pela inocorrência do evento do qual será gerada a obrigação da **CONTRATADA** em garanti-la.

### CLÁUSULA SEGUNDA – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

2.1 Poderão se inscrever no Plano, nas seguintes categorias:

2.1.1 Na Qualidade de **Beneficiário Titular** (respeitado o disposto no art. 5º da RN nº 195/09 da ANS e suas alterações):

- Pessoas naturais que mantiverem vínculo empregatício ou estatutário com a **CONTRATANTE**;
- Sócios, administradores, agentes políticos, trabalhadores temporários, estagiários e menores aprendizes.

2.1.2 Na Qualidade de **Beneficiários Dependentes**:

- O cônjuge;
- O companheiro, **havendo união estável, na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial**;
- Os filhos, adotivos ou não, e enteados, **solteiros e menores de 18 (dezoito) anos**;
- Os filhos, adotivos ou não, e enteados, **maiores de 18 (dezoito) anos e menores de 24 (vinte e quatro) anos, desde que estudantes universitários, considerando para tal os regulamente matriculados e que estejam frequentando instituição de ensino superior**, apresentando a devida documentação comprobatória da matrícula e da frequência;
- Os filhos, adotivos ou não, e enteados, **inválidos**, declarados no Imposto de Renda do Beneficiário Titular;
- o menor **que, por força de decisão judicial, se ache sob guarda ou tutela do Beneficiário Titular**.

**2.2 A adesão dos Beneficiários Dependentes fica condicionada à participação do Beneficiário Titular.**

**2.3 A inclusão do Beneficiário Titular e respectivos dependentes será processada através do preenchimento da Ficha Cadastral ou por meio eletrônico, conforme acordado entre as partes.**

**2.4 Caberá a CONTRATANTE a exibição dos documentos que comprovem o vínculo do Beneficiário Titular com ela própria e as condições para admissão dos Beneficiários Dependentes, no ato de inscrição, sendo de sua responsabilidade a autenticidade das informações.**

**2.4.1.** Não serão efetuadas inclusões de Beneficiários, titulares ou dependentes, que não comprove o vínculo de elegibilidade com a **CONTRATANTE**. Caso ocorra tal inclusão, a **CONTRATADA** se reserva do direito de, a qualquer tempo excluir referido Beneficiário, sem prejuízo de perdas e danos decorrentes da inclusão indevida, além das penalidades contratuais e legais cabíveis.

**2.5 A CONTRATANTE** obriga-se a fornecer à **CONTRATADA** a relação de Beneficiários a serem inscritos, contendo os respectivos nomes, filiação, endereço completo, o número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF), Cartão Nacional de Saúde, nome da mãe e natureza de sua vinculação ao Plano (titular/dependente), bem como outras informações que venham a ser exigidas pela ANS.

**2.6 A CONTRATANTE** deverá enviar à **CONTRATADA**, a lista de movimentação dos Beneficiários no prazo máximo de 10 dias contados da data de assinatura do contrato, valendo esta data para as informações das movimentações dos períodos mensais subsequentes, referentes às inclusões, exclusões e alterações, contendo todas as informações necessárias para o devido cadastramento dos Beneficiários, conforme modelo a ser ofertado pela **CONTRATADA**.

**2.7** As movimentações enviadas referentes às inclusões, alterações e exclusões de Beneficiários serão efetivadas no período mensal subsequente ao período mensal do envio.

**2.7.1.** A inclusão do beneficiário ocorrerá a qualquer tempo e o direito a utilização dos serviços médico-hospitalares disponibilizados no objeto do presente contrato dar-se-á após 3 (três) dias úteis da solicitação da inclusão, com o correspondente pagamento de contraprestação mensal pecuniária pro-rata.

**2.7.2.** Não se aplica o disposto na cláusula 2.7. para os casos de pedidos de exclusões solicitados nas hipóteses dispostas na RN nº 412/2016, da ANS ou eventuais atualizações.

**2.8 O número mínimo de Beneficiários para manutenção deste contrato será o definido na PROPOSTA DE ADMISSÃO.**

**2.9 Caso as exclusões de Beneficiários titulares e/ou dependentes, independente de motivo, reduza a massa de Beneficiários do plano a menos que o mínimo exigido, ou ainda, o número de inclusões não atinja o mínimo exigido, no período definido na PROPOSTA DE ADMISSÃO, observar-se-á o disposto na Cláusula de Rescisão deste instrumento.**

**2.10** No ato da contratação e das inclusões posteriores, o Beneficiário Titular preencherá o Formulário de Declaração de Saúde, **quando for o caso, obrigando-se a informar a condição sabida de doenças ou lesões preexistentes, sua e de seus Dependentes**, quando receberá a Carta de Orientação ao Beneficiário.

**2.11 É assegurada a inclusão:**

- a) do recém-nascido, filho natural ou adotivo do Beneficiário, isento do cumprimento dos períodos de carência já cumpridos pelo Beneficiário e não cabendo qualquer alegação de doença ou lesão preexistente, **desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o nascimento ou adoção;**
- b) do filho adotivo, menor de 12 (doze) anos, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo Beneficiário Titular adotante e não cabendo qualquer alegação de doença ou lesão preexistente, **desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a adoção.**

**2.11.1 A inclusão prevista na Cláusula 2.11 também ficará vinculada à verificação das condições de elegibilidade do Dependente estabelecidas no presente Contrato, aplicando-se, no que couber, o disposto na Cláusula 2.4.1.**

**2.12 Ultrapassado o prazo previsto no item antecedente, será obrigatório o cumprimento integral dos respectivos prazos de carência e exigência de Cobertura Parcial Temporária, nos casos de Doenças e Lesões Preexistentes.**

**2.13 A CONTRATANTE** deverá enviar, quando solicitado pela **CONTRATADA** xerocópia da guia de recolhimento da contribuição para o INSS, bem como a relação de empregados afastados por doença e que estejam recebendo auxílio.

**2.14 A CONTRATANTE** e o Beneficiário Titular são responsáveis pela constante atualização dos dados cadastrais informados, em relação a si e a todos os seus Beneficiários inscritos, incluindo eventual alteração de endereço, que deverá ser comunicada imediatamente à **CONTRATADA**, sob pena do destinatário da correspondência ter presumida a sua ciência e o seu conhecimento, para todos os fins de direito, dos conteúdos das notificações, cobranças, interpelações etc. que venha a receber em seu antigo endereço.

## CLÁUSULA TERCEIRA – COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

**3.1 A CONTRATADA** cobrirá os custos, em conformidade com os limites, prazos de carências e condições estabelecidas neste Contrato, aos Beneficiários regularmente inscritos, relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares e atendimentos obstétricos, realizados dentro da área de abrangência e atuação estabelecida neste Contrato, e na rede prestadora de serviços contratada, credenciada ou referenciada da **CONTRATADA**, independente da circunstância e do local de origem do evento, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na época do evento e disponível no sítio eletrônico [www.saofrancisco.com.br](http://www.saofrancisco.com.br), relacionados às doenças listadas na CID-10, no que se aplicam ao Plano e de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) e com as Diretrizes Clínicas (DC) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes na data do evento.

**3.2 A cobertura ambulatorial compreende:**

- a) Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas), inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM, através da Resolução CFM nº 2.149/2016 e suas alterações;
  - a.1) As áreas de atuação médicas estabelecidas pelo Conselho Federal de Medicina na mencionada Resolução não são consideradas especialidades médicas e, portanto, não se enquadram para efeito desta cobertura;
- b) Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, ou cirurgião-dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, **desde que não se caracterize como internação e desde que previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, para o segmento ambulatorial e observados os critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes à época do evento, quando for o caso;**
- c) Medicamentos registrados/regularizados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, **exclusivamente quando administrados em unidade de saúde e solicitados pelo médico assistente;**
- d) Consultas / sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo e fisioterapeuta, **solicitadas pelo médico assistente, de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e observando os critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes à época do evento, quando for o caso;**
- e) Consultas / sessões de psicoterapia, **de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e observando os critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes à época do evento, que poderão ser realizadas tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme solicitação e indicação do médico assistente;**
- f) Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, solicitados pelo médico assistente, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta;
- g) Hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;
- h) Quimioterapia oncológica ambulatorial: baseada na administração de medicamentos para tratamento do 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;
  - h.1) Adjuvantes são medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento.
- i) Medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar e adjuvantes relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso **previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento e desde que preenchidas as Diretrizes de Utilização (DUT);**
- j) Procedimentos de radioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para a segmentação ambulatorial;
- k) Procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais: aqueles que prescindem de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares e que

estejam descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para a segmentação ambulatorial;

- l) Hemoterapia ambulatorial;
- m) Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais, denominada cirurgia refrativa (PRK ou Lasik), desde que preenchidas as **Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS** vigente na data do evento para a segmentação ambulatorial.

### 3.3 A cobertura hospitalar com obstetrícia compreende:

- a) Internações hospitalares de todas as modalidades, inclusive em centro e terapia intensiva ou similar, em número ilimitado de dias, desde que solicitados pelo médico assistente;
- b) Despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem, alimentação ao paciente, taxas e materiais utilizados durante a internação, **exceto se tais despesas forem realizadas em caráter particular ou não vinculados ao procedimento coberto;**
- c) Atendimento por outros profissionais de saúde, durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico assistente ou cirurgião dentista assistente, obedecidos os seguintes critérios:
  - i. **O atendimento deverá ocorrer dentro do escopo de atuação dos profissionais de saúde indicados e em conformidade com a legislação específica sobre as profissões de saúde e a regulamentação dos respectivos Conselhos Profissionais; e,**
  - ii. **No caso de ser necessária a realização de procedimentos, estes deverão constar do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, respeitando-se a segmentação hospitalar.**
- d) Exames complementares previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, indispensáveis para o controle da evolução do quadro clínico do beneficiário e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, 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) Remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, **dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no Contrato, em território brasileiro;**
- f) Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do Beneficiário menor de 18 anos, Beneficiário com idade igual ou superior a 60 anos ou Beneficiário portador de necessidades especiais, **salvo contra-indicação do médico ou cirurgião dentista assistente ou no caso de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares;**
- g) Órteses e próteses, registradas na ANVISA, ligadas aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento e respeitadas as disposições da Resolução Normativa nº 424/ANS e suas alterações, que trata das divergências técnico-assistencial sobre procedimentos ou eventos em saúde a ser coberto pelas operadoras de planos de assistência à saúde;
  - g.1) Cabe ao médico ou cirurgião dentista assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais – OPME necessários à execução dos procedimentos contidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS;
  - g.2) O profissional solicitante deverá justificar clinicamente a sua indicação, quando solicitado, e oferecer pelo menos 03(três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas, **ficando a escolha da CONTRATADA;**
  - g.3) Em caso de divergência entre o profissional requisitante e a **CONTRATADA**, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com as despesas arcadas pela **CONTRATADA;**
  - g.4) o profissional requisitante pode recusar até 03 (três) nomes indicados pela **CONTRATADA** para composição da junta médica.
- h) Procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS para a segmentação hospitalar, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar;
- i) Estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, com equipe de saúde necessária à complexidade do caso, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar;

- i. O imperativo clínico caracteriza-se pelos atos que se impõem em função das necessidades do Beneficiário, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção, observadas as seguintes regras:
  - ii. O cirurgião-dentista assistente e/ou o médico assistente irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao Beneficiário, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados;
  - iii. **Os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que, nas situações de imperativo clínico, necessitem ser realizados em ambiente hospitalar, não estão incluídos na cobertura hospitalar.**
- j) Procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:
- i. Hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
  - ii. Quimioterapia oncológica ambulatorial;
  - iii. Medicamentos para tratamento antineoplásico domiciliar de uso oral, **desde que preenchidas as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento;**
  - iv. Radioterapia: todos os procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento para as segmentações ambulatorial e hospitalar;
  - v. Hemoterapia;
  - vi. Nutrição parenteral ou enteral;
  - vii. Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
  - viii. Embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
  - ix. Radiologia intervencionista;
  - x. Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
  - xi. Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme solicitação e indicação do médico assistente.
- k) Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer;
- l) Cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- m) Transplantes, **desde que listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento**, e procedimentos a ele vinculados, respeitadas as Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS vigentes à época do evento, incluindo as despesas necessárias à sua realização, no que couber:
- i. despesas assistenciais com doadores vivos, as quais estão sob expensas da operadora de planos privados de assistência à saúde do beneficiário receptor;
  - ii. medicamentos utilizados durante a internação;
  - iii. acompanhamento clínico em todo o período pós-operatório, que compreende não só o pós-operatório imediato (primeiras 24 horas da realização da cirurgia), mediato (entre 24 horas e 48 horas da realização da cirurgia), mas também o pós-operatório tardio (a partir de 48 horas da realização da cirurgia), **exceto medicamentos de manutenção;**
  - iv. despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.
- m.1) Os procedimentos de transplante, no âmbito da saúde suplementar, estarão submetidos à legislação específica vigente.
- i. O Beneficiário candidato a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica deverá, obrigatoriamente, estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs e sujeitar-se-á ao critério de fila única de espera e de seleção;
  - ii. As entidades privadas e equipes especializadas deverão observar o regulamento técnico – legislação vigente do Ministério da Saúde – que dispõe sobre a forma de autorização e cadastro junto ao Sistema Nacional de Transplante – SNT;
  - iii. São competências privativas das CNCDOs, dentro das funções de gerenciamento que lhes são atribuídas pela legislação em vigor, determinar o encaminhamento de equipe especializada e providenciar o transporte de ~~te~~ ~~os~~ ~~órgãos~~ e ~~órgãos~~ ao estabelecimento de saúde autorizado em que se encontra o receptor.

- n) Garantia de assistência para procedimentos hospitalares na modalidade de hospital-dia, em internações de curta-permanência, de acordo com os critérios estabelecidos pelo médico assistente;
- o) Procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto e puerpério;
- p) Despesas incluindo acomodação, alimentação e paramentação, **conforme legislação vigente e limitadas àquelas fornecidas pelo hospital**, relativas a um acompanhante indicado pela mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato (nos termos da regulamentação vigente), salvo intercorrências, a critério do médico e/ou da equipe do hospital ou no caso de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares;
- q) Assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do Beneficiário, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, **desde que o Beneficiário (pai ou mãe do recém-nascido) tenha cumprido carência de 180 dias para internação.**

**3.3.1.** Em caso de indisponibilidade de leito hospitalar na acomodação contratada, quando da internação hospitalar de acordo com a **alínea “a” da cláusula 3.3.**, será garantida acomodação superior, durante o período de indisponibilidade, sem custo adicional.

**3.3.2. Caso o Beneficiário venha a optar por acomodação superior àquela oferecida pela CONTRATADA, a diferença da diária e demais despesas será paga diretamente pelo Beneficiário ao prestador de serviços (honorários médicos, serviços hospitalares, taxas, etc.).**

**3.3.3. Quanto à cobertura disposta na alínea “g”, da cláusula 3.3.**, cabe ao médico ou cirurgião dentista assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais – OPME necessários à execução dos procedimentos contidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS.

**3.3.3.1.** O profissional solicitante deverá justificar clinicamente a sua indicação, quando solicitado, e oferecer pelo menos 03(três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas, **ficando a escolha da CONTRATADA.**

**3.3.3.2.** Em caso de divergência entre o profissional requisitante e a **CONTRATADA**, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com as despesas arcadas pela **CONTRATADA.**

**3.4** Na atenção prestada aos portadores de transtornos mentais serão observados:

- a) O atendimento ambulatorial e em consultórios será priorizado, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico quando houver indicação do médico assistente;
- b) Haverá cobertura para os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas;
- c) No plano com cobertura hospitalar haverá cobertura de hospital-dia para transtornos mentais, de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes na data do evento;
  - c.1) Entende-se hospital-dia para transtornos mentais como o recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional, e proporcionando ao Beneficiário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar.
- d) **Cobertura para internação psiquiátrica durante os 30 dias de internação, contínuos ou não, dentro do prazo de 1(um) ano. Após o transcurso desse prazo, haverá coparticipação de 50% (cinquenta por cento), incidentes sob o valor dos serviços utilizados, observados os tetos dos normativos editados pela ANS vigentes à época da contratação.**

**3.5** O presente Contrato garante, ainda:

- a) Atendimentos nos casos de planejamento familiar, de que trata o inciso III do artigo 35-C da Lei 9.656/1998, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, observadas, ainda, as Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes na data do evento;
- b) Eventos e procedimentos relacionados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor na data do evento que necessitem de anestesia com ou sem a participação de profissional médico anesthesiologista, **caso haja indicação clínica;**
- c) Insumos necessários para realização de procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor na data do evento, assim como a equipe cirúrgica necessária para a realização de procedimentos cirúrgicos, caso haja indicação clínica;
- d) Taxas, materiais, contrastes e medicamentos, necessários para a execução de procedimentos e eventos em saúde previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor na data do evento, desde que estejam regularizados e registrados e suas indicações constem da bula/manual junto a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA;
- e) Procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação ou outro sistema de

navegação, escopias e técnicas minimamente invasivas, desde que especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;

- f) Remoção e/ou retirada de órteses, próteses ou outros materiais cuja colocação, inserção e/ou fixação esteja contemplada no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento.

**3.6** O presente instrumento garante todas as coberturas e procedimentos previstos no artigo 12, IV, da Lei 9.656/1998, incluindo a cobertura do exame clínico, de procedimentos diagnósticos, atendimentos de urgência e emergência odontológicos, exames auxiliares ou complementares, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo cirurgião-dentista assistente com a finalidade de complementar o diagnóstico do paciente, tais como, procedimentos de prevenção, dentística, endodontia, periodontia e cirurgia previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, para a segmentação odontológica, e de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes à época do evento,, realizados em consultórios credenciados ou centros clínicos odontológicos da rede prestadora de serviços vinculada a este Contrato, conforme relação a seguir:

a) Procedimentos de **DIAGNÓSTICO**:

- i. Consulta Odontológica inicial;
- ii. Consulta odontológica;
- iii. Consulta odontológica para avaliação técnica de auditoria;
- iv. Diagnóstico anatomopatológico em citologia esfoliativa na região buco-maxilo-facial.
- v. Diagnóstico anatomopatológico em material de biópsia na região buco-maxilo-facial.
- vi. Diagnóstico anatomopatológico em peça cirúrgica na região buco-maxilo-facial
- vii. Diagnóstico anatomopatológico em punção na região buco-maxilo-facial
- viii. Condicionamento em Odontologia
- ix. Teste de fluxo salivar;
- x. Teste de PH salivar (acidez salivar).

b) Procedimentos de **URGÊNCIA / EMERGÊNCIA**

- i. Controle de hemorragia com aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial;
- ii. Controle de hemorragia sem aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial;
- iii. Pulpectomia;
- iv. Recimentação de trabalhos protéticos;
- v. Tratamento de alveolite;
- vi. Colagem de fragmentos dentários;
- vii. Incisão e Drenagem extra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial;
- viii. Incisão e Drenagem intra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial;
- ix. Reimplante dentário com contenção;
- x. Imobilização dentária em dentes decíduos;
- xi. Imobilização dentária em dentes permanentes;
- xii. Consulta odontológica de Urgência.

c) Procedimentos de **RADIOLOGIA**:

- i. Radiografia periapical;
- ii. Radiografia interproximal - bite-wing;
- iii. Radiografia oclusal;
- iv. Radiografia Panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia).

d) Procedimentos de **PREVENÇÃO EM SAÚDE BUCAL**:

- i. Atividade Educativa em saúde bucal;
- ii. Controle de biofilme dental (placa bacteriana);
- iii. Aplicação Tópica de Flúor;
- iv. Profilaxia – polimento coronário;
- v. Aplicação de selante de fôssulas e fissuras;
- vi. Aplicação de selante - técnica invasiva;
- vii. Dessensibilização dentária;
- viii. Remineralização dentária.

e) Procedimentos de **DENTÍSTICA**:

- i. Aplicação de cariostático;
- ii. Remoção dos fatores de retenção do Biofilme Dental (Placa Bacteriana);
- iii. Restauração em número de vidro - 1 face

- iv. Restauração em ionômero de vidro - 2 faces;
  - v. Restauração em ionômero de vidro - 3 faces;
  - vi. Restauração em ionômero de vidro - 4 faces;
  - vii. Restauração de amálgama - 1 face;
  - viii. Restauração de amálgama - 2 faces;
  - ix. Restauração de amálgama - 3 faces;
  - x. Restauração de amálgama - 4 faces;
  - xi. Faceta direta em resina fotopolimerizável;
  - xii. Restauração em resina fotopolimerizável 1 face;
  - xiii. Restauração em resina fotopolimerizável 2 faces;
  - xiv. Restauração em resina fotopolimerizável 3 faces;
  - xv. Restauração em resina fotopolimerizável 4 faces;
  - xvi. Restauração temporária / tratamento expectante;
  - xvii. Núcleo de preenchimento;
  - xviii. Ajuste Oclusal por acréscimo;
  - xix. Ajuste Oclusal por desgaste seletivo;
  - xx. Restauração atraumática em dente decíduo.
- f) Procedimentos de **PERIODONTIA**:
- i. Raspagem supra-gengival;
  - ii. Raspagem sub-gengival/alisamento radicular;
  - iii. Tratamento de abscesso periodontal agudo;
  - iv. Gengivectomia;
  - v. Gengivoplastia;
  - vi. Aumento de coroa clínica;
  - vii. Cunha proximal;
  - viii. Cirurgia periodontal a retalho;
  - ix. Imobilização dentária em dentes permanentes;
  - x. Enxerto gengival livre;
  - xi. Enxerto pediculado.
- g) Procedimentos de **ENDODONTIA**:
- i. Tratamento endodôntico unirradicular;
  - ii. Tratamento endodôntico birradicular;
  - iii. Tratamento endodôntico multirradicular;
  - iv. Tratamento endodôntico em dente decíduo;
  - v. Tratamento endodôntico de dente com rizogênese incompleta;
  - vi. Retratamento endodôntico unirradicular;
  - vii. Retratamento endodôntico birradicular;
  - viii. Retratamento endodôntico multirradicular;
  - ix. Capeamento pulpar direto;
  - x. Pulpotomia;
  - xi. Remoção de trabalho protético;
  - xii. Remoção de corpo estranho intracanal;
  - xiii. Tratamento de perfuração endodôntica;
  - xiv. Remoção de núcleo intrarradicular.
- h) Procedimentos de **CIRURGIA**:
- i. Exodontia simples de permanente;
  - ii. Exodontia de permanente por indicação ortodôntica/protética;
  - iii. Exodontia de raiz residual;
  - iv. Remoção de dentes inclusos / impactados;
  - v. Remoção de dentes semi-inclusos / impactados;
  - vi. Apicetomia unirradiculares sem obturação retrógrada;
  - vii. Apicetomia unirradiculares com obturação retrógrada;
  - viii. Apicetomia birradiculares sem obturação retrógrada;
  - ix. Apicetomia birradiculares com obturação retrógrada;
  - x. Apicetomia multirradiculares sem obturação retrógrada;

- xi. Apicetomia multirradiculares com obturação retrógrada;
  - xii. Bridectomia;
  - xiii. Bridotomia;
  - xiv. Frenulectomia labial;
  - xv. Frenulotomia labial;
  - xvi. Frenulectomia lingual;
  - xvii. Frenulotomia lingual;
  - xviii. Exodontia simples de decíduo;
  - xix. Alveoloplastia;
  - xx. Cirurgia para exostose maxilar;
  - xxi. Cirurgia para torus mandibular – unilateral;
  - xxii. Cirurgia para torus palatino;
  - xxiii. Cirurgia para torus mandibular – bilateral;
  - xxiv. Exérese ou excisão de cálculo salivar;
  - xxv. Exérese ou excisão de mucocele;
  - xxvi. Exérese ou excisão de rânula;
  - xxvii. Exodontia a retalho;
  - xxviii. Redução cruenta de fratura alvéolo dentária;
  - xxix. Redução incruenta de fratura alvéolo dentária;
  - xxx. Aprofundamento/aumento de vestibulo;
  - xxxi. Ulectomia;
  - xxxii. Ulotomia;
  - xxxiii. Biópsia de lábio;
  - xxxiv. Amputação radicular com obturação retrógrada;
  - xxxv. Amputação radicular sem obturação retrógrada;
  - xxxvi. Redução simples de luxação de Articulação Têmporo-mandibular (ATM)
  - xxxvii. Biópsia de boca;
  - xxxviii. Odonto-secção;
  - xxxix. Punção aspirativa na região buco-maxilo-facial;
  - xl. Tratamento cirúrgico das fístulas buco nasal;
  - xli. Tratamento cirúrgico das fístulas buco sinusal;
  - xlii. Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos moles na região buco-maxilo-facial;
  - xliii. Tratamento cirúrgico dos tumores benignos de tecidos moles na região buco-maxilo-facial;
  - xliv. Biópsia de língua;
  - xlv. Biópsia de glândula salivar;
  - xlvi. Sutura de ferida em região buco-maxilo-facial;
  - xlvii. Biópsia de mandíbula;
  - xlviii. Biópsia de maxila;
  - xlix. Tratamento Cirúrgico para tumores odontogênicos benignos – sem reconstrução;
    - I. Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos ósseos/cartilagosos na região buco-maxilo-facial;
    - II. Tratamento cirúrgico de tumores benignos de tecidos ósseos/ cartilagosos na região buço-maxilo-facial;
    - III. Exérese de lipoma na região buco-maxilo-facial.
    - IIII. Tunelização.
- i) Procedimentos de **PRÓTESE DENTAL**:
- i. Núcleo metálico fundido;
  - ii. Coroa provisória com pino;
  - iii. Coroa provisória sem pino;
  - iv. Restauração metálica fundida;
  - v. Coroa total metálica (unitária);
  - vi. Coroa de acetato em dente decíduo;
  - vii. Coroa total em cerômero unitária. Cobertura em dentes anteriores (incisivos e caninos) não passíveis de reconstrução por meio direto.

**3.7** A cobertura odontológica compreende, ainda, a cobertura dos honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista quando, por imperativo clínico, for necessária, estrutura hospitalar para a realização de procedimentos listados no Rol de Procedimentos Odontológicos vigente à época do evento.

**CLÁUSULA QUARTA – EXCLUSÕES DE COBERTURA**

4.1 Em conformidade com o que prevê a Lei nº 9.656/1998, as Resoluções do Consu, e respeitando-se as coberturas mínimas obrigatórias previstas na citada Lei e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, estão excluídos da cobertura do Plano os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não descritos expressamente neste Contrato e os provenientes de:

- a) Procedimentos assistenciais que exijam autorização prévia, realizados à revelia da CONTRATADA sem atendimento às condições previstas neste Contrato;
- b) Atendimentos prestados antes do início da vigência contratual ou do cumprimento das carências, respeitadas as demais condições contratuais;
- c) Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, ou seja, aqueles que empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país, bem como, aqueles que são considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina – CFM, e, ainda, aqueles cujas indicações não constem da bula/manual registrada na ANVISA (uso off-label);
- d) Procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação ou outro sistema de navegação, escopias e técnicas minimamente invasivas, fora do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS;
- e) Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, ou seja, aqueles que não visam restauração parcial ou total da função de órgão ou de parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;
- f) Inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;
- g) Cirurgia plástica estética de qualquer natureza;
- h) Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- i) Transplantes, à exceção dos transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;
- j) Fornecimento de medicamentos, independente da via de administração, e produtos para a saúde importados não nacionalizados, ou seja, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA;
- k) Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ou seja, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, com exceção dos medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar e dos medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento;
- l) Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico, conforme os seguintes conceitos: prótese como qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido e órtese como qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico os materiais cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico;
- m) Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico ou odontológico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- n) Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- o) Aplicação de vacinas preventivas e hipossensibilizantes;
- p) Serviços de enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar;
- q) Procedimentos não discriminados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;
- r) Estrutura hospitalar necessária à realização de procedimentos não discriminados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;

- s) Aparelhos ortopédicos;
- t) Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
- u) Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência do plano, bem como despesas decorrentes de serviços prestados por profissionais não credenciados ao plano contratado, à exceção dos atendimentos de urgência ou de emergência, que poderão ser efetuados por médicos não credenciados e posteriormente reembolsados, nos limites e termos deste Contrato;
- v) Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do Beneficiário, exceto para pacientes menores de 18 (dezoito) anos, com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, portadores de necessidades especiais, nos termos definidos neste Contrato;
- w) Despesas relativas a um acompanhante, ressalvadas as relativas ao indicado pela mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato, nos termos definidos neste Contrato;
- x) Despesas hospitalares extraordinárias tais como: serviços telefônicos, uso de televisão, alimentação não prevista no tratamento, lavagem de roupas, produtos de toalete e de higiene pessoal e quaisquer outras despesas que não sejam vinculadas à cobertura do presente instrumento;
- y) Estada de paciente ou acompanhante em hotel, pensão ou similares;
- z) Cirurgia para mudança de sexo;
- aa) Avaliação pedagógica;
- bb) Orientações vocacionais;
- cc) Especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- dd) Áreas de atuação médica reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- ee) Qualquer tipo de atendimento domiciliar, mesmo em caráter de urgência e emergência;
- ff) Remoção domiciliar;
- gg) Exames para piscina ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- hh) Investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;
- ii) Procedimentos de próteses odontológicas sobre implantes e disfunções de ATM (articulação temporo-mandibular);
- jj) Fornecimento, aluguel e aquisição de equipamentos e aparelhos ortodônticos, bem como quebra ou perda desses e suas respectivas manutenções;
- kk) Tratamentos prescritos por profissional não habilitado e procedimentos não consagrados pelos órgãos oficiais;
- ll) Todos os procedimentos das especialidades de ortodontia;
- mm) Próteses odontológicas, ressalvados os procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento;
- nn) Transplantes ósseos;
- oo) Enxertos ósseos e biomateriais;
- pp) Implantes odontológicos e cirurgias periodontais com membrana e enxertos;
- qq) Quaisquer tratamentos sem indicação clínica;
- rr) Serviços com materiais importados, porcelanas ou metais nobres;
- ss) Restaurações utilizando resina fotopolimerizável em dentes posteriores somente para fins estéticos;
- tt) Radiografias não previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento para a segmentação odontológica;
- uu) Cirurgias a laser;
- vv) Clareamento dentário;
- ww) Exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais.

#### CLÁUSULA QUINTA – DURAÇÃO DO CONTRATO

5.1 O presente Contrato vigorará pelo prazo mínimo de 12 (doze) meses, contados da data estabelecida na **PROPOSTA DE ADMISSÃO**, data esta considerada como de aniversário do presente instrumento, não podendo ocorrer nenhum pagamento antes dessa data.

**5.2** Este Contrato tem renovação automática por prazo indeterminado a partir do vencimento do prazo inicial de vigência, **se quaisquer das partes não se manifestarem, contrariamente, no prazo de 60(sessenta) dias antes do término da vigência**, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato e a pretexto da renovação.

### CLÁUSULA SEXTA – PERÍODOS DE CARÊNCIA

**6.1** Entende-se por carência o período de tempo durante o qual o Beneficiário não terá direito às coberturas contratadas. O direito de atendimento ao Beneficiário das coberturas previstas neste instrumento será prestado **após cumprimento das carências a seguir especificadas**, observando-se o disposto na legislação vigente, especialmente inciso V, art. 12 da Lei nº 9.656/1998:

	<b>Cobertura</b>	<b>Carência registrada na ANS:</b>
<b>A</b>	<b>Procedimentos de urgência e de emergência, nos termos definidos neste instrumento;</b>	<b>24 (vinte e quatro) horas</b>
<b>B</b>	<b>Consultas médicas;</b>	<b>30 (trinta) dias</b>
<b>C</b>	<b>Procedimentos odontológicos de diagnóstico, radiologia, prevenção, dentística, odontopediatria e cirurgia bucal;</b>	<b>60 (sessenta) dias</b>
<b>D</b>	<b>Procedimentos odontológicos de periodontia, endodontia e cirurgias odontológicas;</b>	<b>120 (cento e vinte) dias</b>
<b>E</b>	<b>Exames e procedimentos médicos simples, exceto os mencionados nos itens F, G, H e I, abaixo;</b>	<b>60 (sessenta) dias</b>
<b>F</b>	<b>Procedimentos médicos especiais: Exames, procedimentos e tratamentos especializados: polissonografia, colangiopancreatografia endoscópica, colonoscopia, video-laparoscopia diagnóstica e cirúrgica, Broncoscopia, Medicina Nuclear, angiografias, radiologia intervencionista, Ressonância Magnética, Tomografia Computadorizada, Video-histeroscopia diagnóstica e cirúrgica, BERA (potenciais auditivos do tronco cerebral), Video-artroscopia diagnóstica e cirúrgica, Endoscopia cirúrgica, video-toracoscopia cirúrgica, quimioterapia antineoplásica, radioterapia, procedimentos terapêuticos em hemodinâmica, litotripsia, diálise e hemodiálise; e demais procedimentos de alta complexidade, definidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente na data do evento;</b>	<b>180 (cento e oitenta) dias</b>
<b>G</b>	<b>Cirurgias, inclusive ambulatoriais, internações, terapias e tratamentos com nutricionista, psicólogo, terapeuta ocupacional e fonoaudiólogo;</b>	<b>180 (cento e oitenta) dias</b>
<b>H</b>	<b>Parto a termo;</b>	<b>300 (trezentos) dias</b>
<b>I</b>	<b>Demais casos, bem como inclusão de novos procedimentos decorrentes de atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS ocorrida em data posterior à assinatura deste Contrato.</b>	<b>180 (cento e oitenta) dias</b>

**6.2** O prazo de carência será contado a partir do início de vigência do Contrato. **Para os incluídos após a vigência deste instrumento, as carências serão contadas da data da sua inclusão.**

**6.3** Na hipótese do Beneficiário optar por adquirir um produto superior, devem ser considerados todos os prazos de carência já cumpridos pelos beneficiários que desejarem ingressar no plano de categoria superior dentro da mesma operadora e será exigido novo prazo de carência para aquelas coberturas e serviços que não estavam previstos no contrato anterior, incluindo-se nova rede credenciada de prestadores e diferente padrão de acomodação em internações. As novas carências devem obedecer à regra geral no artigo 12, V, 'b', da Lei nº 9.656/98, que prevê o prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias.

**6.3.1** Em caso da internação ocorrer durante o prazo de carência citado neste item, será assegurada a utilização da acomodação coletiva.

**6.4** Nos termos da Resolução Normativa nº. 195/09, quando o número de Beneficiários inscritos neste Contrato for igual ou superior a 30 (trinta), não será exigido o cumprimento dos períodos de carência estipulados neste Contrato, desde que o Beneficiário formalize o pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias da data da assinatura deste Contrato ou de sua vinculação à CONTRATANTE.

**6.5 A exigência do cumprimento dos períodos de carência voltará a vigorar automaticamente para as novas adesões se houver redução de Beneficiários para um número inferior a 30 (trinta) Beneficiários.**

### **CLÁUSULA SÉTIMA – DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES**

**7.1 Doenças ou lesões preexistentes são aquelas que o Beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor no momento da adesão ao presente instrumento.**

**7.2 No momento da adesão ao presente instrumento, o Beneficiário deverá preencher a Declaração de Saúde, na qual manifestará o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes à época da adesão ao presente Contrato, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou rescisão unilateral do Contrato, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656/1998.**

**7.3 Juntamente com o Formulário de Declaração de Saúde, será entregue a Carta de Orientação ao Beneficiário.**

**7.4 O Beneficiário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados pela CONTRATADA, sem qualquer ônus para o Beneficiário.**

**7.5 Caso o Beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da CONTRATADA, poderá fazê-lo, desde que assumo o ônus financeiro dessa entrevista.**

**7.6 É vedada a alegação de omissão de informação de doença ou lesão preexistente quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no Beneficiário pela CONTRATADA, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.**

**7.7 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, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a CONTRATADA oferecerá a cobertura parcial temporária.**

**7.8 A cobertura parcial temporária consiste na suspensão, por um período ininterrupto de 24 (vinte e quatro) meses, da cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos exclusivamente relacionados às doenças ou lesões preexistentes. Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponíveis no sítio eletrônico da CONTRATADA.**

**7.9 As doenças ou lesões preexistentes poderão ser identificadas pela CONTRATADA por todos os meios de verificação que se aceitem como prova, inclusive prontuários médico-hospitalares, em consultórios, clínicas, laboratórios e hospitais e/ou através de exames médicos de avaliação exigidos pela CONTRATADA para definição dos eventos que terão Cobertura Parcial Temporária.**

**7.10 Exercendo prerrogativa legal, a CONTRATADA não optará pelo fornecimento do Agravo.**

**7.11 Identificado indício de fraude por parte do Beneficiário, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a CONTRATADA deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao Beneficiário através de Termo de Comunicação ao Beneficiário e poderá oferecer a opção de cobertura parcial temporária ou solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do Beneficiário à Cobertura Parcial Temporária.**

**7.11.1 A CONTRATADA poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do Beneficiário sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão preexistente.**

**7.11.2 Se solicitado pela ANS, o Beneficiário deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.**

**7.11.3 Após julgamento, e acolhida a alegação da CONTRATADA, pela ANS, o Beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação da constatação da doença e lesão preexistente, pela CONTRATADA, bem como será excluído do Contrato.**

**7.11.4 Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de doença ou lesão preexistente, bem como a suspensão ou rescisão unilateral do Contrato até a publicação, pela ANS, do encerramento do processo administrativo.**

**7.12 Nos termos da Resolução Normativa nº. 195/09, quando o número de Beneficiários inscritos neste Contrato for igual ou superior a 30 (trinta), não aplicará esta Cláusula de Doenças e Lesões Preexistentes para os Beneficiários que formalizarem o pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias da data da assinatura deste Contrato ou de sua vinculação à CONTRATANTE.**

**7.12.1 Esta Cláusula de Doenças e Lesões Preexistentes aplicar-se-á automaticamente para novas adesões se houver redução de Beneficiários para um número inferior a 30 (trinta).**

### **CLÁUSULA OITAVA – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

**8.1** Considera-se atendimento de urgência o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo da gestação.

**8.2** Considera-se atendimento de emergência o evento que implica em risco imediato de morte ou de lesão irreparável para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

**8.3** Consideram-se atendimentos de urgência/emergência odontológicos, garantidos pelo presente contrato:

Procedimento
Controle de hemorragia com ou sem aplicação de agente hemostático;
Tratamento de odontalgia aguda;
Imobilização dentária temporária;
Recimentação de peça/trabalho protético;
Tratamento de alveolite;
Colagem de fragmentos dentários;
Incisão e drenagem (intra ou extra-oral) de abscesso, hematoma ou flegmão da região buco-maxilo-facial;
Reimplante de dente avulsionado com contenção.

**8.4** Serão garantidos os atendimentos decorrentes de acidentes pessoais, sem restrições, depois de decorridas 24 (vinte e quatro) horas de vigência do Contrato.

**8.5** Depois de cumpridas as carências, haverá cobertura dos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para a internação, desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções.

**8.6** Durante o cumprimento dos períodos de carência para internação, serão garantidos os atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, **limitados às primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internação.**

**8.7** Nos casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças e Lesões Preexistentes, haverá atendimento limitado às primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internação.

**8.8** Nos casos em que o atendimento de emergência for efetuado no decorrer dos períodos de carência para internação, será garantido o atendimento limitado às primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internação.

**8.9** Haverá remoção para unidade de atendimento da rede do plano, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente.

**8.9.1** Haverá remoção para unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, nos casos do Beneficiário estar cumprindo período de carência para internação.

**8.9.2** Também haverá remoção para unidade do SUS, depois de realizados os atendimentos de urgência e emergência, nos casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças e Lesões Preexistentes.

**8.9.3** Na remoção para uma unidade do SUS serão observadas as seguintes regras:

- a) **quando não possa haver remoção por risco de morte, o Beneficiário e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a CONTRATADA, desse ônus;**
- b) **cabará à CONTRATADA o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento;**
- c) **na remoção, a CONTRATADA deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS;**

- d) quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida na alínea b, a CONTRATADA estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

**8.9.4** A CONTRATADA assegurará o reembolso, no limite das obrigações deste Contrato, das despesas efetuadas pelo Beneficiário com assistência à saúde, dentro da área geográfica de abrangência e atuação do plano, nos casos exclusivos de urgência ou de emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios ou credenciados pela CONTRATADA.

**8.10** O Beneficiário deverá apresentar a documentação adequada no prazo máximo de 12 (doze) meses contados da data do evento, sob pena de perder o direito ao reembolso.

**8.10.1** O pagamento do reembolso será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Reembolso da CONTRATADA (que equivale à relação de serviços médicos, hospitalares e odontológicos praticados pela CONTRATADA junto à rede de prestadores do respectivo plano), descontados os eventuais valores de coparticipação, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da apresentação dos seguintes documentos originais:

- Via original do documento comprobatório do pagamento das despesas ao profissional e/ou instituição não credenciada pela CONTRATADA (Recibos e/ou Notas Fiscais);
- Conta analítica médico-hospitalar, em caso de internação;
- Relatório do médico e/ou do cirurgião-dentista assistente, declarando o nome do paciente, código de identificação, o tratamento efetuado, data do atendimento, sua justificativa para o tratamento realizado, especificando, ainda, a razão da urgência e emergência;
- Comprovação radiográfica pré e pós a realização dos procedimentos odontológicos;
- Comparecimento, após o atendimento, na auditoria clínica em local estabelecido pela CONTRATADA.

**8.10.2** Só serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao Beneficiário, realizado enquanto perdurar o estado de urgência ou de emergência.

## CLÁUSULA NONA – MECANISMOS DE REGULAÇÃO

**9.1** Para a garantia da cobertura da assistência ora pactuada, a CONTRATADA colocará à disposição dos Beneficiários, dentro da área de abrangência geográfica do Plano: centros médicos, ambulatórios, laboratórios e consultórios e respectivos profissionais da área da saúde e de atendimento de urgência e emergência, constantes do "MANUAL DO CLIENTE".

**9.2** Quando da utilização das coberturas assistenciais previstas no presente Contrato, o Beneficiário deverá apresentar ao estabelecimento ou profissional prestador dos serviços os seguintes documentos:

- Cartão de Identificação do Beneficiário mencionado nesse instrumento, com data de validade em dia;
- Documento de identidade do Beneficiário-paciente expedido por órgão oficial; e
- Guia de encaminhamento ou de internação, se for o caso, devidamente emitida pela CONTRATADA.

**9.3** A CONTRATADA fornecerá aos Beneficiários o Cartão Individual de Identificação, cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade legalmente reconhecido, assegura a fruição dos direitos e vantagens deste Contrato, podendo a CONTRATADA adotar, a qualquer tempo, novo sistema para melhor atendimento aos Beneficiários.

**9.4** É obrigação do Beneficiário Titular, na hipótese de rescisão, resolução ou resilição deste Contrato, ou ainda, de exclusão, devolver os respectivos cartões de identificação e quaisquer outros documentos porventura fornecidos pela CONTRATADA, respondendo, diante da comprovação da ilicitude, pelos prejuízos resultantes do uso indevido desses documentos, restando isenta, neste caso, de qualquer responsabilidade, a CONTRATADA, a partir da exclusão do Beneficiário, rescisão, resolução ou resilição do presente instrumento. Nos casos em que os cartões não forem devolvidos, na forma acima, deverá o Beneficiário Titular assinar Termo próprio se responsabilizando por eventual utilização indevida das coberturas assistenciais.

**9.4.1** Considera-se uso indevido a utilização desses documentos para obter atendimento, mesmo que na forma contratada, pelos Beneficiários que perderam essa condição, por exclusão ou término do Contrato, ou, em qualquer hipótese, por terceiros, que não sejam Beneficiários.

**9.4.2** O uso indevido do cartão de identificação, de qualquer Beneficiário, a critério da CONTRATADA, ensejará pedido de indenização por perdas e danos, bem como a exclusão do respectivo titular, e suas conseqüências.

**9.5** Ocorrendo o roubo, o furto, a perda ou o extravio do Cartão Individual de Identificação, o Beneficiário Titular deverá comunicar o fato à CONTRATADA, por escrito, acompanhada de declaração de perda ou de

**boletim de ocorrência, para cancelamento ou, quando for o caso, emissão de segunda via. O cancelamento só terá validade quando reconhecido por escrito pela CONTRATADA.**

**9.5.1 As segundas vias do Cartão de Identificação serão cobradas, pela CONTRATADA, conforme valor de Taxa de Inscrição vigente à época.**

**9.6 CONSULTAS:** As consultas médicas deverão ser agendadas, podendo ser realizadas em clínicas próprias ou em consultórios e clínicas especializadas credenciadas, constante do "MANUAL DO CLIENTE".

- Apenas o médico poderá fazer o encaminhamento a um hospital, laboratório ou prestador de serviços de apoio diagnóstico e terapia, se for o caso;**
- Em caso de necessidade de encaminhamento, o Beneficiário deverá comparecer com o pedido médico ao departamento de Emissão de Guias;
- Após a emissão da guia, o Beneficiário deverá ligar para o recurso constante do "MANUAL DO CLIENTE" e marcar o horário para a realização do procedimento indicado pelo médico.

**9.7 EXAMES, TRATAMENTOS E DEMAIS PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS, exceto exames simples:** O Beneficiário deverá comparecer munido da solicitação do médico ao Setor de Emissão de Guias, **onde após avaliação do médico auditor, será agendada a data da realização do procedimento.**

- O Beneficiário deverá comparecer munido da solicitação do médico ao departamento de Emissão de Guias para solicitar a Guia de Encaminhamento;
- Após a emissão da guia, o Beneficiário deverá ligar para o laboratório ou clínica constante do "MANUAL DO CLIENTE" e marcar o horário para a realização do exame ou tratamento indicado pelo médico.

**9.8 EXAMES SIMPLES (assim considerados os exames laboratoriais, cujo valor seja inferior a R\$ 40,00 (quarenta reais), RX simples e procedimentos ambulatoriais de baixa complexidade):** O Beneficiário deverá comparecer munido da solicitação do médico assistente ao prestador de serviços vinculado ao seu plano, juntamente com o Cartão de Identificação com a data de validade em dia e um documento de identidade expedido por órgão oficial.

**9.8.1** Para os procedimentos abaixo listados, o beneficiário deverá solicitar a autorização ao Setor de Emissão de Guias.

- procedimentos especiais: Exames, procedimentos e tratamentos especializados: polissonografia, colangiopancreatografia endoscópica, colonoscopia, video-laparoscopia diagnóstica e cirúrgica, Broncoscopia, Medicina Nuclear, angiografias, radiologia intervencionista, Ressonância Magnética, Tomografia Computadorizada, Video-histeroscopia diagnóstica e cirúrgica, BERA (potenciais auditivos do tronco cerebral), Video-artroscopia diagnóstica e cirúrgica, Endoscopia cirúrgica, video-toracoscopia cirúrgica, quimioterapia antineoplásica, radioterapia, procedimentos terapêuticos em hemodinâmica, litotripsia, diálise e hemodiálise;
- cirurgias, inclusive ambulatoriais, internações, terapias e tratamentos com nutricionista, psicólogo, terapeuta ocupacional e fonoaudiólogo;
- parto a termo;
- demaís casos e procedimentos de alta complexidade, bem como inclusão de novos procedimentos decorrentes de atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS.

**9.9 ATENDIMENTOS ODONTOLÓGICOS:** A utilização de todos os procedimentos cobertos neste contrato, com exceção feita ao atendimento de urgência e emergência, está sujeita a autorização prévia conforme descrito abaixo:

- A utilização das coberturas assistenciais dependerá da apresentação do Cartão de Identificação do Beneficiário (físico ou virtual através do aplicativo) que se submeterá ao tratamento. Poderá ser apresentado também o CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) como documento para utilização do plano odontológico;
- A utilização das coberturas assistenciais, pelos Beneficiários, far-se-á mediante a emissão da Guia de Tratamento Odontológico (GTO) emitida pelo Cirurgião-Dentista **e previamente aprovada pela CONTRATADA.**

**9.10 O Beneficiário compromete-se, sempre que solicitado pela CONTRATADA, visando a manutenção do padrão de qualidade, bem como dirimir dúvidas ou controvérsias de natureza técnica, a se submeter a auditoria clínica em local estabelecido pela CONTRATADA, quando serão realizadas avaliações clínicas dos tratamentos propostos, realizados ou que ainda encontram-se em andamento.**

**9.11 PEQUENAS CIRURGIAS - ATENDIMENTO AMBULATORIAL:** Pequenas cirurgias são atos complementares a uma consulta médica ou atendimento ambulatorial.

- O beneficiário deverá solicitar a autorização na no Setor de Emissão de Guias, **onde o pedido será avaliado por médico auditor:**

DS MRDBL DS JCD DS LFGG

- b) Na data marcada, o Beneficiário deverá apresentar-se no local, com o Cartão de Identificação com a data de validade em dia, um documento de identidade expedido por órgão oficial e a autorização fornecida pela **CONTRATADA**.

**9.12 INTERNAÇÕES PROGRAMADAS:** As internações eletivas (programadas), clínicas ou cirúrgicas, **deverão ter encaminhamento do médico**, o qual indicará, em impresso próprio, o tratamento/cirurgia a ser realizado, o tempo de existência da doença e os dados clínicos que justifiquem a internação.

- a) O beneficiário deverá solicitar a autorização no Setor de Emissão de Guias, **onde o pedido será avaliado por médico auditor**;
- b) Na data marcada, o Beneficiário deverá apresentar-se no hospital, com o Cartão de Identificação com a data de validade em dia, um documento de identidade expedido por órgão oficial e a autorização fornecida pela **CONTRATADA**;
- c) As internações hospitalares ficam a critério exclusivo do médico assistente, sendo certo, ainda, que os Beneficiários permanecerão hospitalizados enquanto houver indicação médica para tanto, a exclusivo critério do médico assistente;
- d) **Caso o Beneficiário continue hospitalizado após a alta médica a que alude o item supra, passarão a correr, inteiramente por sua conta a partir de então, todas as despesas decorrentes da internação.**

**9.13 Para autorização de cada procedimento coberto, a CONTRATADA exigirá a apresentação de documentação específica. A relação dos documentos exigidos pela CONTRATADA para autorização de cada procedimento pode ser obtida no portal da CONTRATADA na internet ou em suas centrais de atendimento.**

**9.14 A cobertura dos procedimentos ambulatoriais, hospitalares ou odontológicos somente será garantida quando apresentada toda a documentação exigida.**

**9.15 É facultado à CONTRATADA direcionar a realização de consultas, exames, internações e demais procedimentos a prestadores específicos, respeitando os prazos máximos de garantia de atendimento contemplados na regulamentação da ANS, independente de possuir ou não outros prestadores credenciados disponíveis em sua rede**

**9.16 Os atendimentos feitos em caráter de urgência/emergência deverão ser comunicados à CONTRATADA em até 48(quarenta e oito horas) da data do início do atendimento, mediante declaração do médico assistente, para que seja emitida a autorização correspondente.**

**9.17 Ao agendar um atendimento, o Beneficiário assume um compromisso ao qual não deve faltar. Caso não possa comparecer, deve ligar antecipadamente, liberando seu horário, para evitar prejuízos ao profissional e a outros pacientes.**

**9.18 Para que haja cobertura das despesas de atendimento os Beneficiários deste Contrato deverão ser atendidos por profissionais integrantes do corpo clínico credenciado pela CONTRATADA em estabelecimentos de saúde, também por ela credenciados, exceto nos casos de urgência e emergência, quando será admitido o reembolso na forma prevista neste instrumento.**

**9.19 O CONTRATANTE obterá através do “MANUAL DO CLIENTE” os endereços dos departamentos citados nesse contrato, inclusive para fins de autorização para a realização dos procedimentos, mas em caso de dúvida, deverá ligar para o Serviço de Atendimento ao Cliente disponível 24 (vinte e quatro) horas todos os dias da semana, pelo nº 0800 18 34 56.**

**9.20 Ao Beneficiário é garantida a avaliação do atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de 01 (um) dia útil, contado da data da solicitação, para a definição dos casos de aplicação das regras de regulação.**

**9.21 É facultado a CONTRATADA requisitar ao Beneficiário ou ao médico assistente ou ao cirurgião-dentista documentações, informações adicionais e/ou perícia médica, ficando o beneficiário obrigado a apresentar as informações solicitadas e a comparecer na perícia da CONTRATADA.**

**9.22 Nos termos da Resolução nº 08/98, do Consu, em casos de divergência médica sobre o direito às coberturas previstas neste Contrato, garante-se ao Beneficiário e à CONTRATADA a prerrogativa de requerer a formação de junta constituída por 03 (três) profissionais, sendo um nomeado pela CONTRATADA, outro pelo Beneficiário, e um terceiro, escolhido pelos dois nomeados. O Beneficiário arcará com os honorários do profissional que designar caso ele não pertença a Rede Credenciada da CONTRATADA.**

**9.23 A CONTRATADA poderá requisitar a qualquer tempo, diretamente dos profissionais, todas as informações que julgue necessárias para elucidação de matérias relacionadas à utilização das coberturas. Nessas circunstâncias, responsabiliza-se pelo sigilo das informações obtidas.**

**9.24 A CONTRATADA reserva-se o direito de alterar a rede de prestadores de serviços, constantes do mencionado “MANUAL DO CLIENTE”, obedecendo aos trâmites legais existentes, principalmente no que se refere à mudança de entidade hospitalar, conforme art. 17 da Lei nº 9.656/1998.**

**9.25 É facultada a substituição de entidade hospitalar**, desde que por outro equivalente e mediante comunicação ao Beneficiário e à ANS com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias em vigor.

**9.26** Na hipótese de a substituição de entidade hospitalar ocorrer por vontade da **CONTRATADA** durante período de internação de algum Beneficiário, será garantido o pagamento das despesas relacionadas com a internação até a alta hospitalar, estabelecida pelo médico assistente, **exceto nos casos de infração às normas sanitárias**, quando a **CONTRATADA** providenciará, às suas expensas, a transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência.

**9.27** No caso de redução de entidade hospitalar, é necessária autorização prévia da ANS.

**9.28** Todas as informações sobre substituições de prestadores e alterações na rede estarão disponíveis no portal da **CONTRATADA** na internet [www.saofrancisco.com.br](http://www.saofrancisco.com.br) e também pelo nº 0800 18 34 56, na forma e prazos estabelecidos pela regulamentação.

#### **9.29 FATOR MODERADOR**

**9.29.1** Além da Taxa Mensal de Manutenção devida pela **CONTRATANTE** em função do número de Beneficiários inscritos, será cobrada coparticipação, na utilização das coberturas ambulatoriais (procedimentos garantidos fora da internação hospitalar), pelos Beneficiários.

**9.29.2** As coparticipações incidirão sobre consultas, exames e procedimentos ambulatoriais, e serão apuradas de acordo com a Tabela de Coparticipação conforme definido na **PROPOSTA DE ADMISSÃO**, devidamente registrada no Cartório Oficial de Registro de Títulos e Documentos e Civil de Pessoa Jurídica de Ribeirão Preto Estado de São Paulo que fica fazendo parte integrante deste Contrato, independente de transcrição.

**9.29.3** Não incidirão coparticipações nas coberturas ambulatoriais para as quais a regulamentação da ANS expressamente vedar essa incidência.

### **CLÁUSULA DÉCIMA – FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE**

**10.1** O Plano contratado será custeado em regime de preço 'pré-estabelecido', nos termos da Resolução Normativa nº 85/04 da ANS (Anexo II, item 11, número 1) e alterações posteriores.

**10.2** Em virtude das coberturas previstas neste instrumento, a **CONTRATANTE** deverá pagar à **CONTRATADA**, uma contraprestação pecuniária mensal (mensalidade), integral ou pro-rata (conforme o caso), para cada Beneficiário inscrito, definidas em função do número de Beneficiários inscritos e das faixas etárias em que se enquadrarem (ou valor fixado em preço único por usuário ou por grupo familiar), bem como por valores de coparticipação quando da utilização dos procedimentos.

**10.3** Para cobrança do valor de mensalidade, integral e/ ou pro-rata (conforme o caso), e eventuais valores de coparticipação, a **CONTRATADA** enviará, ao **CONTRATANTE**, fatura única de cobrança, que deverá ser quitada até a data estabelecida na **PROPOSTA DE ADMISSÃO**, de cada mês, sendo essa a respectiva data de vencimento da obrigação, facultando-se à **CONTRATADA**, quando julgar conveniente, emitir e sacar duplicata referente às coberturas contratadas.

**10.4** Quando a data de vencimento cair em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser realizado até o primeiro dia útil subsequente, sendo reconhecido como comprovante de pagamento qualquer documento determinado pela **CONTRATADA**.

**10.5** As faturas emitidas pela **CONTRATADA** terão por base o número de Beneficiários informado pelo **CONTRATANTE**. Na falta de comunicação, em tempo oportuno, de inclusão ou de exclusão de Beneficiários, a fatura se baseará nos dados disponíveis no período de emissão do documento de cobrança, realizando-se os acertos nas faturas subsequentes.

**10.6** A **CONTRATADA** poderá adotar modalidade diversa de cobrança, conforme melhor lhe aprouver, mediante comunicação prévia.

**10.7** Se a **CONTRATANTE** não receber documento que a possibilite realizar o pagamento de sua obrigação, em até 05 (cinco) dias antes da data do vencimento, deverá requerer segunda via junto à **CONTRATADA**, que enviará nova cobrança.

**10.8** A perda, extravio ou não recebimento do instrumento de cobrança não desobriga a **CONTRATANTE** de efetuar o seu pagamento no prazo de vencimento mensal.

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

**10.10** O pagamento antecipado das mensalidades não elimina nem reduz os períodos de carência deste Contrato.

10.11 O pagamento dos valores devidos à CONTRATADA referente a um determinado mês não significa estarem pagos ou quitados débitos anteriores.

10.12 No ato da assinatura deste Contrato, a CONTRATANTE pagará à CONTRATADA uma taxa de implantação, por beneficiário inscrito, no valor definido na PROPOSTA DE ADMISSÃO. A taxa de implantação também será cobrada das novas adesões.

10.13 Ocorrendo impontualidade no pagamento dos valores de responsabilidade da CONTRATANTE, serão cobrados juros de mora de 01% (um por cento) ao mês, calculados dia a dia, e multa de 02% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado.

10.14 A CONTRATADA se reserva o direito de cobrar os débitos não quitados por todos os meios legais cabíveis, inclusive promovendo a respectiva cobrança por meio de instituições financeiras e inscrição em órgãos de proteção ao crédito.

10.15 Do pagamento do Beneficiário

10.15.1 A CONTRATANTE é responsável pelo pagamento diretamente à CONTRATADA dos valores devidos nos termos estipulados neste instrumento, o que não exime o Beneficiário de arcar com as parcelas de sua responsabilidade perante a CONTRATANTE.

10.15.2 Em atenção ao disposto no § 1º do artigo 15 da RN nº 279, de 2011, foi adotado o seguinte critério para a determinação do custo do beneficiário:

- a) A fixação do preço observará a tabela de custo prevista no contrato, a qual considera região de atuação do produto, meta de sinistralidade da operadora e lucro líquido esperado;
- b) A CONTRATANTE poderá – facultativo – financiar um percentual/ valor para cada beneficiário e seus dependentes conforme política de benefícios vigente da CONTRATANTE.

10.15.3 A CONTRATANTE e o Beneficiário deverão acordar a data de pagamento de suas contribuições, sendo que o atraso no pagamento ensejará o direito da CONTRATANTE solicitar à CONTRATADA a suspensão de cobertura e/ou exclusão do Beneficiário inadimplente e dos dependentes a ele vinculado.

10.15.4 Ocorrendo impontualidade no pagamento dos valores devidos pelo Beneficiário à CONTRATANTE, ensejará o direito desta de exigir, juros de mora de 01% (um por cento) ao mês, calculados dia a dia, e multa de 02% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado.

10.15.5 Após a quitação do débito do Beneficiário excluído por inadimplência, poderá a CONTRATANTE solicitar a sua reinclusão. Caso a nova admissão ocorra em prazo superior a 30 (trinta) dias da exclusão, o Beneficiário que reingressar deverá cumprir novos prazos de carência, nos termos estabelecidos neste Contrato.

### CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – REAJUSTE

11.1 O reajuste a incidir sobre o valor da mensalidade será anual, tendo como data-base de aniversário o mês de início de vigência contratual.

11.2 Caso nova legislação venha a autorizar o reajustamento em período inferior a 12 (doze) meses, essa terá aplicação imediata sobre este Contrato.

11.3 A aplicação dos reajustes será comunicada à ANS.

11.4 As demais obrigações financeiras previstas neste instrumento (tais como taxa de inscrição e segunda via do Cartão de Identificação), serão reajustadas no mesmo momento da mensalidade, através de livre negociação entre as partes. Na falta de acordo entre as partes, serão reajustadas utilizando-se o mesmo índice de reajuste da mensalidade.

11.5 Independente da data de adesão do Beneficiário, os valores de suas contribuições terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência deste Contrato, entendendo esta como data base única.

11.6 Além da modalidade de reajuste prevista nesta cláusula, devem-se observar as regras de reajuste por faixa etária previstas neste instrumento, que ocorrem no mês subsequente ao aniversário do Beneficiário, exceto se a mensalidade for fixada em preço único.

11.7 A Tabela de Coparticipação definida na PROPOSTA DE ADMISSÃO registrada no Cartório Oficial de Registro de Títulos e Documentos e Civil de Pessoa Jurídica de Ribeirão Preto Estado de São Paulo, é reajustada anualmente, contemplando a realidade mercadológica existente à época.

11.8 Conforme o número de beneficiários vinculados ao presente Contrato, o reajuste a ser aplicado levará em consideração as utilizações decorrentes da carteira de beneficiários vinculada a este instrumento ou algum dos agrupamentos de contratos a seguir estabelecidos:

Versão 3.0.01.18

DS MRDBL DS JCD DS LFGG

- a) Agrupamento de todos os contratos de planos de saúde coletivos empresariais vinculados a esta operadora que possuam menos de 30 beneficiários, hipótese que poderá ser desmembrado em sub-agrupamentos, observada a legislação a esse respeito;
- b) Agrupamento de todos os contratos de planos de saúde coletivos empresariais vinculados a esta operadora que possuam entre 30 e 100 beneficiários.

**11.9** A primeira data a ser considerada para a apuração da quantidade de beneficiários será a de assinatura deste instrumento e as datas seguintes considerarão o número de beneficiários apurado no mês de seu aniversário.

**11.10** No mês de março de cada ano, a **CONTRATADA** identificará os contratos de planos coletivos em vigor que deverão ser agrupados para efeito de reajuste, considerando o número de beneficiários vinculados a cada contrato em sua última data de aniversário, ainda que esse número se altere posteriormente.

**11.11** Do índice de reajuste para contratos agrupados que possuam menos de 30 beneficiários

**11.11.1** A mensalidade será reajustada de acordo com o índice de reajuste estabelecido para o agrupamento de contratos com menos de 30 beneficiários adotado pela **CONTRATADA**, divulgado em seu site, que será obtido através da seguinte fórmula:

$$\text{Reajuste} = (1 + \text{Máximo}(0; \text{RT})) \times (1 + \text{RF}) - 1$$

Onde:

RF (Reajuste Financeiro): corresponderá ao último índice máximo autorizado pela ANS para reajuste de planos individuais/familiares, vigente no período considerado para apuração. Na falta deste índice, o reajuste se dará pela variação positiva do índice IPCA - Índice de Preço ao Consumidor Amplo, divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, acumulado nos últimos doze meses, e com retroatividade de 04 (quatro) meses da identificação dos contratos.

RT (Reajuste Técnico): determinado em função da sinistralidade dos contratos sub-agrupados, apurado de acordo com a seguinte expressão:

$$\text{RT} = \text{S}/\text{Sm} - 1$$

Onde:

S = sinistralidade (relação entre as despesas assistenciais e as receitas de contribuição dos contratos agrupados que possuam menos de 30 beneficiários), apurada no mesmo período considerado para determinação do RF.

Sm = meta de sinistralidade de 70% (setenta por cento).

**11.11.2** Os percentuais de reajuste definidos conforme fórmula acima serão divulgados no *site* da **CONTRATADA** até o 1º (primeiro) dia útil do mês de maio de cada ano, podendo ser aplicados a partir dessa data até abril do ano seguinte, sempre observando a data de aniversário de cada contrato.

**11.11.3** Na falta do índice que compõe o reajuste, deverá ser considerado o índice oficial que vier a substituí-lo.

**11.12** Do índice de reajuste para contratos agrupados que possuam entre 30 e 100 beneficiários

**11.12.1** A mensalidade será reajustada de acordo com o índice de reajuste estabelecido para o agrupamento de contratos entre 30 e 100 beneficiários adotado pela **CONTRATADA**, que será obtido através da seguinte fórmula:

$$\text{Reajuste} = (1 + \text{Máximo}(0; \text{RT})) \times (1 + \text{RF}) - 1$$

Onde:

RF (Reajuste Financeiro): corresponderá ao último índice máximo autorizado pela ANS para reajuste de planos individuais/familiares, vigente no período considerado para apuração. Na falta deste índice, o reajuste se dará pela variação positiva do índice IPCA - Índice de Preço ao Consumidor Amplo, divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, acumulado nos últimos doze meses, e com retroatividade de 04 (quatro) meses do aniversário deste Contrato.

RT (Reajuste Técnico): determinado em função da sinistralidade dos contratos agrupados que possuam entre 30 e 100 beneficiários, apurado de acordo com a seguinte expressão:

$$\text{RT} = \text{S}/\text{Sm} - 1$$

Onde:

Versão 3.0.01.18

DS MRDBL DS JCD DS LFGG

S = sinistralidade (relação entre as despesas assistenciais e as receitas de contribuição dos contratos agrupados que possuam entre 30 e 100 beneficiários), apurada no mesmo período considerado para determinação do RF.

Sm = meta de sinistralidade de 70% (setenta por cento).

**11.12.2** O percentual de reajuste definido conforme fórmula acima poderá ser aplicado em cada contrato a partir de sua data de aniversário.

**11.12.3** Na falta do índice que compõe o reajuste, deverá ser considerado o índice oficial que vier a substituí-lo.

**11.13** Do índice de reajuste para contratos não agrupados

**11.13.1** A mensalidade será reajustada de acordo com o índice de reajuste obtido através da seguinte fórmula:

$$\text{Reajuste} = (1 + \text{Máximo}(0; RT)) \times (1 + RF) - 1$$

Onde:

RF (Reajuste Financeiro): corresponderá ao último índice máximo autorizado pela ANS para reajuste de planos individuais/familiares, vigente no período considerado para apuração. Na falta deste índice, o reajuste se dará pela variação positiva do índice IPCA - Índice de Preço ao Consumidor Amplo, divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, acumulado nos últimos doze meses, e com retroatividade de 04 (quatro) meses do aniversário deste Contrato.

RT (Reajuste Técnico): determinado em função da sinistralidade deste Contrato, apurado de acordo com a seguinte expressão:

$$RT = S/Sm - 1$$

Onde:

S = sinistralidade (relação entre as despesas assistenciais e as receitas de contribuição deste Contrato), apurada no mesmo período considerado para determinação do RF.

Sm = meta de sinistralidade de 70% (setenta por cento).

**11.13.2** As partes poderão, de comum acordo e após a apuração dos índices e valores obtidos através dos cálculos expostos na fórmula supracitada, optar por um aporte financeiro suficiente para saldar os valores das despesas atribuíveis à sinistralidade apurada no período.

## CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – FAIXAS ETÁRIAS

**12.1** As mensalidades foram fixadas em função da idade do Beneficiário inscrito, de acordo com as faixas etárias e conforme os percentuais de reajustes incidentes em cada uma delas, observada a tabela de custo estabelecido na PROPOSTA DE ADMISSÃO.

**12.2** Para exercício do direito de manutenção previsto neste instrumento, os valores de mensalidade a serem assumidos pelos Beneficiários ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados, em novo plano destinado exclusivamente a esta categoria, serão os valores previstos na tabela de preços estabelecida para aquele plano, apresentada na PROPOSTA DE ADMISSÃO, estando, em versão atualizada, permanentemente a disposição para consulta pelos Beneficiários junto à CONTRATANTE.

**12.3** Quando a alteração da idade importar em deslocamento para a faixa superior, as mensalidades serão alteradas, automaticamente, no mês seguinte ao do aniversário do Beneficiário, pelo percentual de reajuste estabelecido para a faixa etária subsequente.

**12.4** Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária não se confundem com o reajuste financeiro anual.

**12.5** Os percentuais de variação em cada mudança de faixa etária são fixados observadas as seguintes condições:

- a) O valor fixado para a última faixa etária não pode ser superior a 6 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária;
- b) A variação acumulada entre a 7ª (sétima) e a 10ª (décima) faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a 1ª (primeira) e a 7ª (sétima) faixas;
- c) As variações por mudança de faixa etária não podem apresentar percentuais negativos.

## CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

**13.1** DO DEMITIDO

Versão 3.0.01.18

DS  
MRDBL
DS  
JCD
DS  
LFGG

**13.1.1 A CONTRATANTE** assegura ao Beneficiário Titular que contribuir para o plano contratado, decorrente de seu vínculo empregatício ou estatutário, no caso de rescisão ou exoneração do Contrato de trabalho, sem justa causa, o direito de manter sua condição de Beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do Contrato de trabalho, **desde que assuma o pagamento integral das contraprestações pecuniárias (artigo 30 da lei nº 9.656/1998).**

**13.1.2 O demitido deve optar pela manutenção do benefício no prazo máximo de 30 (trinta) dias, em resposta à comunicação da CONTRATANTE sobre a opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, formalizada no ato da comunicação do aviso prévio, a ser cumprido ou indenizado.**

**13.1.3 O período de manutenção da condição de Beneficiário será de um terço do tempo de contribuição ao plano, ou sucessor, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses.**

## **13.2 DO APOSENTADO**

**13.2.1 A CONTRATANTE** assegura ao Beneficiário Titular que se aposentar e que tiver contribuído para o plano contratado, decorrente de vínculo empregatício ou estatutário, pelo prazo mínimo de dez anos, o direito de manutenção como Beneficiário, por prazo indeterminado, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do Contrato de trabalho, **desde que assuma o pagamento integral das contraprestações pecuniárias (artigo 31 da lei 9.656/1998).**

**13.2.2 O aposentado deve optar pela manutenção do benefício no prazo máximo de 30 (trinta) dias, em resposta à comunicação da CONTRATANTE sobre a opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, formalizada no ato da comunicação da aposentadoria.**

**13.2.3 Na hipótese de contribuição pelo então empregado, por período inferior a dez anos, é assegurado o direito de manutenção como Beneficiário, à razão de um ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral do PLANO.**

**13.2.4 Na hipótese do empregado que se aposentar continuar trabalhando na CONTRATANTE, quando vier a se desligar dessa, é garantido o direito de manter-se como beneficiário na condição de aposentado.**

**13.2.5 Em caso de óbito do empregado aposentado, que continuou trabalhando na CONTRATANTE, antes do exercício do direito previsto nesta Cláusula, é garantida a permanência no plano dos dependentes inscritos, pelo prazo a que teria direito o empregado aposentado, desde que assumam as responsabilidades financeiras.**

## **13.3 DAS DISPOSIÇÕES COMUNS**

**13.3.1 O PLANO** tratado neste Contrato destina-se exclusivamente a categoria de Beneficiários Titulares Ativos, pelo que o direito previsto nesta Cláusula garantirá a manutenção do ex-empregado em outro plano privado de assistência à saúde da **CONTRATADA** destinado exclusivamente aos ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados.

**13.3.2 O direito garantido nesta cláusula será assegurado ainda que o Beneficiário não esteja contribuindo para o PLANO no momento da demissão, exoneração sem justa causa ou aposentadoria, desde que em algum momento tenha contribuído para o PLANO. Nesse caso, o direito será assegurado na proporção do período ou da soma dos períodos de sua efetiva contribuição para o PLANO.**

**13.3.3 A manutenção da condição de beneficiário prevista nesta Cláusula, poderá ser exercida individualmente pelo titular ou estendida também a seu grupo familiar inscrito quando da vigência do contrato de trabalho, a critério do próprio titular.**

**13.3.4 O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado poderá incluir novo cônjuge e filhos no período de manutenção da condição de beneficiário.**

**13.3.5 Em caso de óbito do demitido ou aposentado em exercício do direito de manutenção, é garantida a permanência no plano dos dependentes inscritos, pelo prazo restante a que teria direito o demitido ou o aposentado, desde que assumam as responsabilidades financeiras.**

**13.3.6 As garantias previstas nesta cláusula não excluem vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.**

**13.3.7 A admissão do beneficiário em novo emprego é causa de extinção do direito de manutenção previsto nesta cláusula, cabendo ao demitido ou aposentado comunicar esse fato imediatamente à CONTRATADA ou à CONTRATANTE, para a promoção de sua exclusão e de seu grupo familiar vinculado, sob pena de fraude.**

**13.3.8 Também são causas de extinção do direito de manutenção previsto nesta cláusula:**

- a) O decurso dos prazos de manutenção previstos nesta cláusula;
- b) O cancelamento pelo empregador do benefício do plano concedido aos seus empregados ativos e ex-empregados demitidos sem justa causa ou aposentados.

**13.3.9** É assegurado ao ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado ou seus dependentes vinculados ao plano, durante o período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656, de 1998, o direito de exercer a portabilidade especial de carências para plano individual ou familiar ou coletivo por adesão, **nos termos previstos na regulamentação vigente.**

**13.3.10** Além da portabilidade mencionada durante o período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656, de 1998, deve-se observar ainda as demais possibilidades de portabilidade contempladas na legislação de saúde suplementar em vigor, como nos casos de óbito do titular e da perda da elegibilidade dos dependentes.

**13.3.11** O titular que não contribuir para o PLANO, durante o período que mantiver o vínculo empregatício ou estatutário, não terá direito à permanência de que trata essa cláusula, após a perda do vínculo empregatício ou estatutário.

**13.3.12** Nos planos coletivos custeados integralmente pela CONTRATANTE, não é considerada contribuição a coparticipação do Beneficiário, única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização das coberturas assistenciais médica e/ou hospitalar.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO**

**14.1** Caberá exclusivamente à CONTRATANTE solicitar a suspensão da cobertura ou a exclusão de Beneficiários, inclusive nas seguintes situações:

- a) solicitação de exclusão feita pelo próprio beneficiário;
- b) perda da qualidade de Titular, ressalvado o direito de manutenção no plano previsto nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/1998;
- c) perda da qualidade de Dependente, no caso do Beneficiário deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição previstas neste instrumento ou quando deixar de entregar os documentos comprobatórios exigidos para sua manutenção como Dependente;
- d) inadimplência do Beneficiário, ressalvados os casos de demitidos e aposentados, quando a exclusão por inadimplência caberá à CONTRATADA;
- e) situações decorrentes das políticas internas da CONTRATANTE.

**14.1.1** Na hipótese da alínea “a” deste item, é garantido ao beneficiário o direito de solicitar sua exclusão diretamente junto a CONTRATADA, observada a forma e requisitos previstos na regulamentação em vigor.

**14.2** Para proceder com a solicitação de exclusão de um Beneficiário Titular do PLANO tratado neste instrumento, a CONTRATANTE deverá obrigatória e expressamente informar à CONTRATADA:

- a) se o Beneficiário foi excluído por demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria;
- b) se o Beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa se enquadra no disposto no artigo 22 da RN279/11, ou seja, se é o caso de empregado aposentado que continuou trabalhando na CONTRATANTE após a aposentadoria;
- c) se o Beneficiário contribuía para o pagamento do PLANO tratado neste instrumento;
- d) por quanto tempo o Beneficiário contribuiu para o pagamento do PLANO tratado neste instrumento; e
- e) se o ex-empregado optou pela sua manutenção como Beneficiário ou se recusou a manter esta condição.

**14.2.1** Nos termos da regulamentação, somente serão admitidas as solicitações de exclusão dos Beneficiários Titulares deste PLANO, mediante comprovação inequívoca de que o Beneficiário Titular foi comunicado do direito de manutenção previsto nos arts. 30 e 31 da Lei 9.656/98, bem como mediante a disponibilização das informações previstas nesse item (quando aplicável).

**14.3** A CONTRATADA só poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos Beneficiários, sem a anuência da CONTRATANTE, nas seguintes hipóteses:

- a) em caso de fraude ao Plano ou dolo, sendo que, em caso de fraude relacionada à doença ou lesão preexistente será instaurado processo administrativo junto à ANS, para apuração da fraude, nos termos da legislação vigente;
- b) perda da qualidade de Titular, ressalvado o direito de manutenção no plano previsto nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/1998;
- c) perda da qualidade de Dependente, no caso do Beneficiário deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição previstas neste instrumento ou quando deixar de entregar os documentos comprobatórios exigidos para sua manutenção como Dependente;
- d) quando o beneficiário solicitar sua exclusão diretamente junto a CONTRATADA, nos termos do item 14.1.1.

**14.4 A CONTRATADA informará à CONTRATANTE os documentos comprobatórios a serem apresentados pela CONTRATANTE para exclusão dos beneficiários nas hipóteses acima mencionadas.**

**14.4 O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado, mantido no Plano na forma e prazo previstos neste Contrato, poderá ser suspenso ou excluído do Plano, em caso de inadimplência por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do Contrato, após notificação prévia ao Beneficiário Titular, que se dará até o 50º (quinquagésimo) dia de inadimplência, sem prejuízo do direito de se requerer judicialmente a quitação do débito com suas consequências moratórias.**

**14.4.1 Após o 60º (sexagésimo) dia de inadimplência, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do Contrato, a CONTRATADA poderá notificar o Beneficiário mantido no Plano, a qualquer tempo, desde que obedeça a um intervalo de 10 (dez) dias entre a data da notificação e a data da exclusão.**

**14.5 A exclusão do Beneficiário Titular implicará na automática exclusão de todos os seus Dependentes, exceto nos casos expressamente previstos neste Instrumento.**

**14.6 O cancelamento da inscrição, nos termos tratados neste Contrato, não exige o Beneficiário de quitar eventuais débitos com o PLANO, incluídos os valores de contribuição mensal e de coparticipação.**

**14.7 O Beneficiário Dependente que for excluído do presente Contrato poderá firmar Contrato em seu próprio nome, em até 30 (trinta) dias, contados da data de exclusão neste instrumento, aproveitando as carências já cumpridas, exceto na hipótese de exclusão do dependente por inadimplência ou fraude comprovada, quando deverá quitar os débitos existentes e cumprir novos períodos de carência. Essa faculdade somente será admitida quando a CONTRATADA possuir planos Individuais/Familiares ativos para comercialização vigente na época da solicitação.**

### **CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – RESCISÃO**

**15.1 Sem prejuízo das penalidades previstas em lei, além das infrações especificamente previstas nesta avença, o presente Contrato será rescindido de pleno direito, de acordo com o disposto na Lei n.º 9.656/98, sem que caiba direito a qualquer indenização à CONTRATANTE, a qualquer tempo, nas hipóteses seguintes:**

- a) Inadimplência da CONTRATANTE, por período superior à 30 (trinta) dias, independente de notificação, sem prejuízo do direito da CONTRATADA de requerer judicialmente a quitação do débito, com suas consequências moratórias;**
- b) Fraude comprovada e/ou dolo da CONTRATANTE;**
- c) Descumprimento da CONTRATANTE às cláusulas e condições deste Contrato;**
- d) Se não for mantido o número mínimo de Beneficiários estabelecido para manutenção deste contrato, conforme prevê a Cláusula Condições de Admissão, ressalvado o disposto no parágrafo abaixo;**
- e) No caso de decretação de falência, deferimento do processamento de pedido de recuperação judicial ou insolvência da parte CONTRATANTE.**

**15.2 Na hipótese de redução do número de Beneficiários, ficando abaixo do limite mínimo estabelecido na cláusula Condições de Admissão, 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.**

**15.3 As partes acordam que, caso a CONTRATANTE atrase o pagamento de qualquer das contraprestações pecuniárias por período superior a 5 (cinco) dias sucessivos, o direito à cobertura e/ou reembolso do plano privado de assistência à saúde, objeto deste contrato, serão imediatamente suspensos para todos os beneficiários, independentemente de notificação.**

**15.4 Após o término do prazo mínimo de 12 (doze) meses de vigência contratual, é facultado a qualquer das partes denunciarem o contrato, mediante comunicação escrita e protocolada, dirigida à outra parte, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.**

**15.5 Caso a CONTRATANTE manifeste intenção de rescindir o presente Contrato, antes do término do prazo mínimo de 12 (doze) meses de vigência contratual, fica obrigado ao pagamento, a título de multa pecuniária, do valor correspondente a 03 (três) contribuições integrais, calculadas pela média das contribuições efetuadas ao plano antes da sua notificação, ressalvado o direito da CONTRATADA de exigir complemento do valor caso o prejuízo suportado seja superior ao montante da multa acima especificada, na forma do Código Civil vigente.**

**15.6 Em nenhuma hipótese haverá restituição do valor pago pela CONTRATANTE para o Beneficiário fazer jus às coberturas definidas neste instrumento.**

**15.7 Não será admitida a inclusão ou exclusão de Beneficiários durante o prazo de aviso prévio descrito neste Contrato.**

**15.8 A CONTRATADA** reserva-se ao direito de cobrar da **CONTRATANTE**, pelos meios legais cabíveis, eventuais despesas decorrentes de atendimento prestado ao Beneficiário Titular e aos seus Dependentes, após a rescisão do Contrato, restando-se cessadas as responsabilidades da **CONTRATADA**.

**15.9** Nos termos da Resolução nº 19/1999, do Consu, no caso de cancelamento do benefício assegurado neste contrato pela **CONTRATANTE**, é assegurado ao beneficiário inscrever-se em plano individual/familiar oferecido pela **CONTRATADA**, sem necessidade de cumprimento de novos prazos de carência, desde que a **CONTRATADA** possua plano individual/familiar à época, observando-se que:

- a) Considera-se, na contagem de prazos de carência para essas modalidades de planos, o período de permanência do Beneficiário no plano coletivo cancelado;
- b) **Deverá o Beneficiário solicitar à CONTRATADA a lista de planos de saúde individuais/familiares disponíveis e a respectiva tabela de preços para fazer jus ao disposto neste item;**
- c) **Os Beneficiários deverão fazer opção pelo produto individual/familiar no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o cancelamento do benefício;**
- d) É responsabilidade do empregador informar ao empregado sobre o cancelamento do benefício, em tempo hábil ao cumprimento do prazo de opção de que trata o item antecedente.

### CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DISPOSIÇÕES GERAIS

**16.1** Para os efeitos deste Contrato, são adotadas as seguintes definições:

- a) **ACIDENTE PESSOAL:** evento ocorrido em data específica, provocado por agentes externos ao corpo humano, súbitos e involuntários e causadores de lesões físicas não decorrentes de problemas de saúde, e que, independente de qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico, como, por exemplo, acidentes de carro, quedas e inalação de gases;
- b) **AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - 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 garantam a assistência suplementar à saúde;
- c) **AGRAVO:** 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 pre-existente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a **CONTRATADA** e o Beneficiário. Exercendo prerrogativa legal, a **CONTRATADA** não optará pelo fornecimento do Agravo;
- d) **ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA E ATUAÇÃO DO PLANO:** área definida em Contrato dentro da qual o Beneficiário poderá utilizar as coberturas assistenciais contratadas;
- e) **ATENDIMENTO AMBULATORIAL:** compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, ou serviços como recuperação pós-anestésica, UTI, CETIN e similares;
- f) **ATENDIMENTO ELETIVO:** termo usado para designar os atendimentos médicos que podem ser programados, ou seja, que não são considerados de urgência ou de emergência;
- g) **CARÊNCIA:** prazo ininterrupto, contado a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, durante o qual os Beneficiários não têm direito às coberturas contratadas;
- h) **CID-10:** Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10ª revisão;
- i) **COBERTURA:** garantia, nos limites e modalidades deste Contrato, do pagamento de despesas médicas e hospitalares, diretamente às pessoas físicas ou jurídicas prestadoras de serviços, em nome e por conta dos Beneficiários;
- j) **COMPANHEIRO:** pessoa que vive em união estável com outrem, considerada união estável a entidade familiar entre o homem e a mulher, configurada na convivência pública, contínua e duradoura com o objetivo de constituição de família, nos termos da Constituição Federal e do Código Civil Brasileiro;
- k) **COMPLICAÇÕES NO PROCESSO GESTACIONAL:** alterações patológicas durante a gestação, como, por exemplo, gravidez tubária, eclampsia, parto prematuro e abortamento;
- l) **CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - CONSU:** órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para deliberar sobre questões relacionadas à saúde suplementar, definidas no art. 35-A da Lei nº 9.656/1998;
- m) **HOSPITAL DIA:** atendimento hospitalar que não requeira pernoite em leito hospitalar, não correspondendo,

portanto, a uma diária convencional;

n) **INTERNAÇÃO HOSPITALAR:** situação na qual o Beneficiário é admitido em estabelecimento hospitalar, ficando sob os cuidados do médico assistente, para ser submetido a algum tipo de tratamento ou procedimento;

o) **MÉDICO ASSISTENTE:** médico responsável pela indicação da conduta médica a ser aplicada ao paciente;

16.2 Por convenção, adotou-se neste Contrato o gênero masculino quando há referência ao gênero masculino e feminino.

16.3 A CONTRATADA não se responsabilizará por qualquer procedimento do Beneficiário que contrarie as normas e rotinas contidas neste Contrato.

16.4 Os casos omissos no presente instrumento contratual serão resolvidos de comum acordo entre os CONTRATANTES.

16.5 Qualquer tolerância não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

16.6 O Beneficiário Titular, por si e por seus Dependentes, autoriza a CONTRATADA a prestar todas as informações cadastrais solicitadas pelos órgãos de fiscalização da assistência à saúde.

16.7 Este Contrato foi elaborado levando-se em consideração a legislação vigente, assim, qualquer alteração das normas que implique em necessária modificação do avençado, as partes se sujeitarão ao ajuste das novas condições.

16.8 A CONTRATADA não será responsabilizada, em nenhuma hipótese, por eventos, procedimentos ou efeitos decorrentes da contratação direta de procedimentos não cobertos por este Contrato entre o Beneficiário Titular e/ou seus dependentes e os médicos-assistentes credenciados e/ou não credenciados pela CONTRATADA.

16.9 Faz parte do Contrato quaisquer documentos que tratem de assuntos pertinentes ao plano de saúde. Dentre esses documentos, incluem-se: Declaração de Saúde, quando for o caso, Tabela de Procedimentos São Francisco Sistemas de Saúde registrada no Cartório Oficial de Registro de Títulos e Documentos e Civil de Pessoa Jurídica de Ribeirão Preto Estado de São Paulo sob o número 131660 para Reembolso de Urgência/Emergência, quando for o caso, Tabela de Coparticipação definida na PROPOSTA DE ADMISSÃO registrada no Cartório Oficial de Registro de Títulos e Documentos e Civil de Pessoa Jurídica de Ribeirão Preto Estado de São Paulo, quando for o caso, Manual do Cliente e o Guia de Leitura Contratual.

**CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – ELEIÇÃO DE FORO**

17.1 As partes comprometem-se a resolver de comum acordo as divergências decorrentes do presente instrumento, não sendo possível a composição amigável, fica eleito o foro do domicílio do **CONTRATANTE** para dirimir qualquer demanda sobre o presente Contrato.

E por estarem assim ajustadas e combinadas, as partes assinam esse instrumento em 2 (duas) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo.

Ribeirão Preto, 01 de Abril de 2018.

DocuSigned by:  
*Carlos Prebelli*  
4DCCFB90E4994F1...

**SÃO FRANCISCO SISTEMAS DE SAÚDE  
SOCIEDADE EMPRESÁRIA LTDA  
CONTRATADA**

DocuSigned by:  
*MILSON ROBERTO DE BARROS CARMEIRO*  
E2A5237E55544F7...  
DocuSigned by:  
*JOAO CARLOS DELBON*  
E2A5237E55544F7...  
**COMPANHIA TROLEIBUS ARARAQUARA  
CNPJ sob o nº 43.956.028/0001-00  
CONTRATANTE**

Testemunhas:  
DocuSigned by:  
*Anna Carolina Bentlin*  
4BB9C82F3DC347F...  
Nome: Anna Carolina Bentlin  
RG: 403736031

Testemunhas:  
DocuSigned by:  
*Larissa Grecco*  
6805293789CB4B1...  
Nome: Larissa Fernanda Gustavo Grecco  
RG: 475171780

Versão 3.0.01.18  


DS *MRDBL* DS *JCD* DS *LFGG*

## CONTRATO DE OFERTA DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

### VÍNCULO EXCLUSIVAMENTE INATIVO

TOTAL 311E FIXA I - REGISTRO ANS Nº 471.936/14-1

Contrato de Plano Privado de Assistência à Saúde que estabelecem entre si, de um lado, como **CONTRATANTE**, a pessoa jurídica identificada e qualificada na proposta de admissão, que preenchida e assinada passa a fazer parte desse contrato, como pagina inicial, e, de outro como **CONTRATADA a SÃO FRANCISCO SISTEMAS DE SAÚDE SOCIEDADE EMPRESÁRIA LTDA**, CNPJ: 01.613.433/0001-85, Registro da Operadora na ANS: 30.209-1, Classificação da Operadora na ANS: Medicina de Grupo, com estabelecimento na Avenida Portugal, 545, 3º andar, sala 02, Jardim São Luis – Ribeirão Preto/SP, CEP: 14.020-380, têm entre si, justos e contratados, conforme características gerais a seguir transcritas e cláusulas e condições deste instrumento.

#### CARACTERÍSTICAS GERAIS:

Tipo de Contratação: **Coletivo Empresarial**

Segmentação Assistencial do Plano de Saúde: **Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia e Odontológico**

Fator Moderador: **Coparticipação**

Área Geográfica de Abrangência do Plano de Saúde: **Grupo de Municípios**

Área de Atuação do Plano de Saúde: **Municípios identificados na PROPOSTA DE ADMISSÃO**

Padrão de Acomodação em Internação: **Coletivo**

Formação do Preço e Mensalidade: **Pré-estabelecido**

Serviços e Coberturas Adicionais: **Não possui**

#### CLÁUSULA PRIMEIRA – ATRIBUTOS DO CONTRATO

1.1 O presente Contrato tem por objeto a cobertura de custos assistenciais na forma de plano privado de assistência à saúde prevista no inciso I, do artigo 1º, da Lei 9.656/1998, visando à assistência Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia e Odontológica com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, compatíveis com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela ANS e vigente à época do evento.

1.2 O presente instrumento trata-se de contrato de adesão, bilateral, que gera direitos e obrigações para ambas as partes, na forma do Código Civil brasileiro, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor, assumindo a **CONTRATANTE**, o risco de não vir a existir a cobertura da referida assistência, pela inocorrência do evento do qual será gerada a obrigação da **CONTRATADA** em garanti-la.

#### CLÁUSULA SEGUNDA – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

2.1 O presente Plano destina-se exclusivamente aos Beneficiários ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados, extensivo a seus respectivos dependentes, que optarem pelo direito de manutenção após a perda do vínculo empregatício, nos termos contemplados nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98.

2.2 Os beneficiários serão admitidos nas seguintes categorias:

2.2.1 Na Qualidade de **Beneficiário Titular** (respeitado o disposto no art. 5º da RN nº 195/09 da ANS e suas alterações):

- a) O Beneficiário Titular anteriormente inscrito em plano destinado a categoria de empregados ativos e que vier a perder o vínculo empregatício em relação à **CONTRATANTE** em razão de demissão ou exoneração sem justa causa;
- b) O Beneficiário Titular anteriormente inscrito em plano destinado a categoria de empregados ativos e que vier a perder o vínculo empregatício em relação à **CONTRATANTE** em razão de aposentadoria.

2.2.2 Na Qualidade de **Beneficiários Dependentes**:

- a) **pessoas naturais já inscritas na condição de dependente do Titular em plano da CONTRATADA quando da perda do vínculo empregatício ativo do Titular em relação à CONTRATANTE;**
- b) **Novo cônjuge;**
- c) **Filhos do Titular, nos limites admitidos no plano dos ativos.**

**2.3 A admissão dos Beneficiários Dependentes fica condicionada à participação do Beneficiário Titular.**

**2.4** A disposição do item anterior não se aplica aos Beneficiários já inscritos como Dependentes do Titular aposentado que continuou trabalhando na **CONTRATANTE** e veio a falecer antes do exercício do direito de manutenção previsto no art. 31 da Lei 9.656/98.

**2.5** A admissão do Beneficiário Titular e respectivos dependentes será processada através da manifestação do Titular de continuar sendo assistido pelo plano após a perda do vínculo com a **CONTRATANTE**.

**2.6** **Caberá à CONTRATANTE** enviar à **CONTRATADA**, a manifestação formal do beneficiário quanto ao exercício do direito de manutenção da qualidade de beneficiário, contendo todas as informações necessárias para o devido cadastramento dos Beneficiários.

**2.7** A **CONTRATANTE** deverá enviar à **CONTRATADA**, a lista de movimentação dos Beneficiários no prazo máximo de 10 dias contados da data de assinatura do contrato, valendo esta data para as informações das movimentações dos períodos mensais subsequentes, referentes às inclusões, exclusões e alterações, contendo todas as informações necessárias, conforme modelo a ser ofertado pela **CONTRATADA**.

**2.8** As movimentações enviadas referentes às inclusões, alterações e exclusões de Beneficiários serão efetivadas no período mensal subsequente ao período mensal do envio.

**2.8.1.** A inclusão do beneficiário ocorrerá a qualquer tempo e o direito a utilização dos serviços médico-hospitalares disponibilizados no objeto do presente contrato dar-se-á após 3 (três) dias úteis da solicitação da inclusão, com o correspondente pagamento de contraprestação mensal pecuniária pro-rata.

**2.8.2.** Não se aplica o disposto na cláusula 2.7. para os casos de pedidos de exclusões solicitados nas hipóteses dispostas na RN nº 412/2016, da ANS ou eventuais atualizações.

**2.9** No ato das inclusões posteriores, o Beneficiário Titular preencherá o Formulário de Declaração de Saúde, **quando for o caso, obrigando-se a informar a condição sabida de doenças ou lesões preexistentes de seus Dependentes.**

**2.10** É assegurada a inclusão:

- a) do recém-nascido, filho natural ou adotivo do Beneficiário, isento do cumprimento dos períodos de carência já cumpridos pelo Beneficiário e não cabendo qualquer alegação de doença ou lesão preexistente, **desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o nascimento ou adoção;**
- b) do filho adotivo, menor de 12 (doze) anos, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo Beneficiário Titular adotante e não cabendo qualquer alegação de doença ou lesão preexistente, **desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a adoção.**

**2.10.1** A inclusão fica vinculada à verificação das condições de elegibilidade do Dependente estabelecidas no presente Contrato.

**2.11** Ultrapassado o prazo previsto no item antecedente, será obrigatório o cumprimento integral dos respectivos prazos de carência e exigência de Cobertura Parcial Temporária, nos casos de Doenças e Lesões Preexistentes.

**2.12** A **CONTRATANTE** e o Beneficiário Titular são responsáveis pela constante atualização dos dados cadastrais informados, em relação a si e a todos os seus Beneficiários inscritos, incluindo eventual alteração de endereço, que deverá ser comunicada imediatamente à **CONTRATADA**, sob pena do destinatário da correspondência ter presumida a sua ciência e o seu conhecimento, para todos os fins de direito, dos conteúdos das notificações, cobranças, interpelações etc. que venha a receber em seu antigo endereço.

### **CLÁUSULA TERCEIRA – COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS**

**3.1** A **CONTRATADA** cobrirá os custos, em conformidade com os limites, prazos de carências e condições estabelecidas neste Contrato, aos Beneficiários regularmente inscritos, relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares e atendimentos obstétricos, realizados dentro da área de abrangência e atuação estabelecida neste Contrato, e na rede prestadora de serviços contratada, credenciada ou referenciada da **CONTRATADA**, independente da circunstância e do local de origem do evento, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na época do evento e disponível no sítio eletrônico [www.saofrancisco.com.br](http://www.saofrancisco.com.br), relacionados às doenças listadas na CID-10, no que se aplicam ao Plano e de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) e com as Diretrizes Clínicas (DC) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes na data do evento.

**3.2** A cobertura ambulatorial compreende:

- a) Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas), inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM, através da

Resolução CFM nº 2.149/2016 e suas alterações;

a.1) As áreas de atuação médicas estabelecidas pelo Conselho Federal de Medicina na mencionada Resolução não são consideradas especialidades médicas e, portanto, não se enquadram para efeito desta cobertura.

- b) Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, ou cirurgião-dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, **desde que não se caracterize como internação e desde que previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, para o segmento ambulatorial e observados os critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes à época do evento, quando for o caso;**
- c) Medicamentos registrados/regularizados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, **exclusivamente quando administrados em unidade de saúde e solicitados pelo médico assistente;**
- d) Consultas / sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo e fisioterapeuta, **solicitadas pelo médico assistente, de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e observando os critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes à época do evento, quando for o caso;**
- e) Consultas / sessões de psicoterapia, **de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e observando os critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes à época do evento,** que poderão ser realizadas tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, **conforme solicitação e indicação do médico assistente;**
- f) Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, solicitados pelo médico assistente, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta;
- g) Hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;
- h) Quimioterapia oncológica ambulatorial: baseada na administração de medicamentos para tratamento do 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;
  - h.1) Adjuvantes são medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento.
- i) Medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar e adjuvantes relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso **previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento e desde que preenchidas as Diretrizes de Utilização (DUT);**
- j) Procedimentos de radioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para a segmentação ambulatorial;
- k) Procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais: aqueles que prescindem de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para a segmentação ambulatorial;
- l) Hemoterapia ambulatorial;
- m) Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais, denominada cirurgia refrativa (PRK ou Lasik), desde que preenchidas as **Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS** vigente na data do evento para a segmentação ambulatorial.

### 3.3 A cobertura hospitalar com obstetrícia compreende:

- a) Internações hospitalares de todas as modalidades, inclusive em centro e terapia intensiva ou similar, em número ilimitado de dias, desde que solicitados pelo médico assistente;
- b) Despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem, alimentação ao paciente, taxas e materiais utilizados durante a internação, **exceto se tais despesas forem realizadas em caráter particular ou não vinculados ao procedimento coberto;**

- c) Atendimento por outros profissionais de saúde, durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico assistente ou cirurgião dentista assistente, obedecidos os seguintes critérios:
- i. **O atendimento deverá ocorrer dentro do escopo de atuação dos profissionais de saúde indicados e em conformidade com a legislação específica sobre as profissões de saúde e a regulamentação dos respectivos Conselhos Profissionais; e,**
  - ii. **No caso de ser necessária a realização de procedimentos, estes deverão constar do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, respeitando-se a segmentação hospitalar.**
- d) Exames complementares previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, indispensáveis para o controle da evolução do quadro clínico do beneficiário e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, 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) Remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, **dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no Contrato, em território brasileiro;**
- f) Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do Beneficiário menor de 18 anos, Beneficiário com idade igual ou superior a 60 anos ou Beneficiário portador de necessidades especiais, **salvo contra-indicação do médico ou cirurgião dentista assistente ou no caso de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares;**
- g) Órteses e próteses, registradas na ANVISA, ligadas aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento, e respeitadas as disposições da Resolução Normativa nº 424/ANS e suas alterações, que trata das divergências técnico-assistencial sobre procedimentos ou eventos em saúde a ser coberto pelas operadoras de planos de assistência à saúde;
- g.1) Cabe ao médico ou cirurgião dentista assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais – OPME necessários à execução dos procedimentos contidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS;
- g.2) O profissional solicitante deverá justificar clinicamente a sua indicação, quando solicitado, e oferecer pelo menos 03(três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas, **ficando a escolha da CONTRATADA;**
- g.3) Em caso de divergência entre o profissional requisitante e a **CONTRATADA**, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com as despesas arcadas pela **CONTRATADA;**
- g.4) o profissional requisitante pode recusar até 03 (três) nomes indicados pela **CONTRATADA** para composição da junta medica.
- h) Procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS para a segmentação hospitalar, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar;
- i) Estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, com equipe de saúde necessária à complexidade do caso, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar;
- i.1) O imperativo clínico caracteriza-se pelos atos que se impõem em função das necessidades do Beneficiário, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção, observadas as seguintes regras:
- i. **O cirurgião-dentista assistente e/ou o médico assistente irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao Beneficiário, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados;**
  - ii. **Os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que, nas situações de imperativo clínico, necessitem ser realizados em ambiente hospitalar, não estão incluídos na cobertura hospitalar.**
- j) Procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:

- i. Hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
  - ii. Quimioterapia oncológica ambulatorial;
  - iii. Medicamentos para tratamento antineoplásico domiciliar de uso oral, **desde que preenchidas as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento;**
  - iv. Radioterapia: todos os procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento para as segmentações ambulatorial e hospitalar;
  - v. Hemoterapia;
  - vi. Nutrição parenteral ou enteral;
  - vii. Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
  - viii. Embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
  - ix. Radiologia intervencionista;
  - x. Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
  - xi. Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme solicitação e indicação do médico assistente.
- k) Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer;
- l) Cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- m) Transplantes, **desde que listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento**, e procedimentos a ele vinculados, respeitadas as Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS vigentes à época do evento, incluindo as despesas necessárias à sua realização, no que couber:
- i. despesas assistenciais com doadores vivos, as quais estão sob expensas da operadora de planos privados de assistência à saúde do beneficiário receptor;
  - ii. medicamentos utilizados durante a internação;
  - iii. acompanhamento clínico em todo o período pós-operatório, que compreende não só o pós-operatório imediato (primeiras 24 horas da realização da cirurgia), mediato (entre 24 horas e 48 horas da realização da cirurgia), mas também o pós-operatório tardio (a partir de 48 horas da realização da cirurgia), **exceto medicamentos de manutenção;**
  - iv. despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.
- m.1) Os procedimentos de transplante, no âmbito da saúde suplementar, estarão submetidos à legislação específica vigente.
- i. O Beneficiário candidato a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica deverá, obrigatoriamente, estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs e sujeitar-se-á ao critério de fila única de espera e de seleção;
  - ii. As entidades privadas e equipes especializadas deverão observar o regulamento técnico – legislação vigente do Ministério da Saúde – que dispõe sobre a forma de autorização e cadastro junto ao Sistema Nacional de Transplante – SNT;
  - iii. São competências privativas das CNCDOs, dentro das funções de gerenciamento que lhes são atribuídas pela legislação em vigor: determinar o encaminhamento de equipe especializada e providenciar o transporte de tecidos e órgãos ao estabelecimento de saúde autorizado em que se encontre o receptor.
- n) Garantia de assistência para procedimentos hospitalares na modalidade de hospital-dia, em internações de curta-permanência, de acordo com os critérios estabelecidos pelo médico assistente;
- o) Procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto e puerpério;
- p) Despesas incluindo acomodação, alimentação e paramentação, **conforme legislação vigente e limitadas àquelas fornecidas pelo hospital**, relativas a um acompanhante indicado pela mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato (nos termos da regulamentação vigente), **salvo intercorrências, a critério do médico e/ou da equipe do hospital ou no caso de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares;**
- q) Assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do Beneficiário, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, **desde que o Beneficiário (pai ou mãe do recém-nascido) tenha cumprido carência de 180 dias para internação.**

**3.3.1.** Em caso de indisponibilidade de leito hospitalar na acomodação contratada, quando da internação hospitalar de acordo com a **alínea “a” da cláusula 3.3.**, será garantida acomodação superior, durante o período de indisponibilidade, sem custo adicional.

**3.3.2. Caso o Beneficiário venha a optar por acomodação superior àquela oferecida pela CONTRATADA, a diferença da diária e demais despesas será paga diretamente pelo Beneficiário ao prestador de serviços (honorários médicos, serviços hospitalares, taxas, etc.).**

**3.3.3. Quanto à cobertura disposta na alínea “g”, da cláusula 3.3.**, cabe ao médico ou cirurgião dentista assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais – OPME necessários à execução dos procedimentos contidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS;

**3.3.3.1.** O profissional solicitante deverá justificar clinicamente a sua indicação, quando solicitado, e oferecer pelo menos 03(três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas, **ficando a escolha da CONTRATADA.**

**3.3.3.2.** Em caso de divergência entre o profissional requisitante e a **CONTRATADA**, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com as despesas arcadas pela **CONTRATADA.**

**3.4** Na atenção prestada aos portadores de transtornos mentais serão observados:

- a) O atendimento ambulatorial e em consultórios será priorizado, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico quando houver indicação do médico assistente;
- b) Haverá cobertura para os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas;
- c) No plano com cobertura hospitalar haverá cobertura de hospital-dia para transtornos mentais, de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes na data do evento;
  - c.1) Entende-se hospital-dia para transtornos mentais como o recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional, e proporcionando ao Beneficiário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar.
- d) **Cobertura para internação psiquiátrica durante os 30 dias de internação, contínuos ou não, dentro do prazo de 1(um) ano. Após o transcurso desse prazo, haverá coparticipação de 50% (cinquenta por cento), incidentes sob o valor dos serviços utilizados, observados os tetos dos normativos editados pela ANS vigentes à época da contratação.**

**3.5** O presente Contrato garante, ainda:

- a) Atendimentos nos casos de planejamento familiar, de que trata o inciso III do artigo 35-C da Lei 9.656/1998, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, observadas, ainda, as Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes na data do evento;
- b) Eventos e procedimentos relacionados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor na data do evento que necessitem de anestesia com ou sem a participação de profissional médico anestesiológico, **caso haja indicação clínica;**
- c) Insumos necessários para realização de procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor na data do evento, assim como a equipe cirúrgica necessária para a realização de procedimentos cirúrgicos, caso haja indicação clínica;
- d) Taxas, materiais, contrastes e medicamentos, necessários para a execução de procedimentos e eventos em saúde previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor na data do evento, desde que estejam regularizados e registrados e suas indicações constem da bula/manual junto a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA;
- e) Procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação ou outro sistema de navegação, escopias e técnicas minimamente invasivas, desde que especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;
- f) Remoção e/ou retirada de órteses, próteses ou outros materiais cuja colocação, inserção e/ou fixação esteja contemplada no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento.

**3.6** O presente instrumento garante todas as coberturas e procedimentos previstos no artigo 12, IV, da Lei 9.656/1998, incluindo a cobertura do exame clínico, de procedimentos diagnósticos, atendimentos de urgência e emergência odontológicos, exames auxiliares ou complementares, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo cirurgião-dentista assistente com a finalidade de complementar o diagnóstico do paciente, tais como, procedimentos de prevenção, <sup>PS</sup>dentística, <sup>PS</sup>endodontia, <sup>PS</sup>periodontia e cirurgia previstos no Rol de Procedimentos e

Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, para a segmentação odontológica, e de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes à época do evento,, realizados em consultórios credenciados ou centros clínicos odontológicos da rede prestadora de serviços vinculada a este Contrato, conforme relação a seguir:

- a) Procedimentos de **DIAGNÓSTICO**:
- i. Consulta Odontológica inicial;
  - ii. Consulta odontológica;
  - iii. Consulta odontológica para avaliação técnica de auditoria;
  - iv. Diagnóstico anatomopatológico em citologia esfoliativa na região buco-maxilo-facial.
  - v. Diagnóstico anatomopatológico em material de biópsia na região buco-maxilo-facial.
  - vi. Diagnóstico anatomopatológico em peça cirúrgica na região buco-maxilo-facial
  - vii. Diagnóstico anatomopatológico em punção na região buco-maxilo-facial
  - viii. Condicionamento em Odontologia
  - ix. Teste de fluxo salivar;
  - x. Teste de PH salivar (acidez salivar).
- b) Procedimentos de **URGÊNCIA / EMERGÊNCIA**
- i. Controle de hemorragia com aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial;
  - ii. Controle de hemorragia sem aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial;
  - iii. Pulpectomia;
  - iv. Recimentação de trabalhos protéticos;
  - v. Tratamento de alveolite;
  - vi. Colagem de fragmentos dentários;
  - vii. Incisão e Drenagem extra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial;
  - viii. Incisão e Drenagem intra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial;
  - ix. Reimplante dentário com contenção;
  - x. Imobilização dentária em dentes decíduos;
  - xi. Imobilização dentária em dentes permanentes;
  - xii. Consulta odontológica de Urgência.
- c) Procedimentos de **RADIOLOGIA**:
- i. Radiografia periapical;
  - ii. Radiografia interproximal - bite-wing;
  - iii. Radiografia oclusal;
  - iv. Radiografia Panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia).
- d) Procedimentos de **PREVENÇÃO EM SAÚDE BUCAL**:
- i. Atividade Educativa em saúde bucal;
  - ii. Controle de biofilme dental (placa bacteriana);
  - iii. Aplicação Tópica de Flúor;
  - iv. Profilaxia – polimento coronário;
  - v. Aplicação de selante de fósulas e fissuras;
  - vi. Aplicação de selante - técnica invasiva;
  - vii. Dessensibilização dentária;
  - viii. Remineralização dentária.
- e) Procedimentos de **DENTÍSTICA**:
- i. Aplicação de cariostático;
  - ii. Remoção dos fatores de retenção do Biofilme Dental (Placa Bacteriana);
  - iii. Restauração em ionômero de vidro - 1 face;
  - iv. Restauração em ionômero de vidro - 2 faces;
  - v. Restauração em ionômero de vidro - 3 faces;
  - vi. Restauração em ionômero de vidro - 4 faces;
  - vii. Restauração de amálgama - 1 face;
  - viii. Restauração de amálgama - 2 faces;
  - ix. Restauração de amálgama - 3 faces;
  - x. Restauração de amálgama - 4 faces;
  - xi. Faceta direta em resina<sup>DS</sup> fotopolimerizável;<sup>DS</sup>

- xii. Restauração em resina fotopolimerizável 1 face;
  - xiii. Restauração em resina fotopolimerizável 2 faces;
  - xiv. Restauração em resina fotopolimerizável 3 faces;
  - xv. Restauração em resina fotopolimerizável 4 faces;
  - xvi. Restauração temporária / tratamento expectante;
  - xvii. Núcleo de preenchimento;
  - xviii. Ajuste Oclusal por acréscimo;
  - xix. Ajuste Oclusal por desgaste seletivo;
  - xx. Restauração atraumática em dente decíduo.
- f) Procedimentos de **PERIODONTIA**:
- i. Raspagem supra-gengival;
  - ii. Raspagem sub-gengival/alisamento radicular;
  - iii. Tratamento de abscesso periodontal agudo;
  - iv. Gengivectomia;
  - v. Gengivoplastia;
  - vi. Aumento de coroa clínica;
  - vii. Cunha proximal;
  - viii. Cirurgia periodontal a retalho;
  - ix. Imobilização dentária em dentes permanentes;
  - x. Enxerto gengival livre;
  - xi. Enxerto pediculado.
- g) Procedimentos de **ENDODONTIA**:
- i. Tratamento endodôntico unirradicular;
  - ii. Tratamento endodôntico birradicular;
  - iii. Tratamento endodôntico multirradicular;
  - iv. Tratamento endodôntico em dente decíduo;
  - v. Tratamento endodôntico de dente com rizogênese incompleta;
  - vi. Retratamento endodôntico unirradicular;
  - vii. Retratamento endodôntico birradicular;
  - viii. Retratamento endodôntico multirradicular;
  - ix. Capeamento pulpar direto;
  - x. Pulpotomia;
  - xi. Remoção de trabalho protético;
  - xii. Remoção de corpo estranho intracanal;
  - xiii. Tratamento de perfuração endodôntica;
  - xiv. Remoção de núcleo intrarradicular.
- h) Procedimentos de **CIRURGIA**:
- i. Exodontia simples de permanente;
  - ii. Exodontia de permanente por indicação ortodôntica/protética;
  - iii. Exodontia de raiz residual;
  - iv. Remoção de dentes inclusos / impactados;
  - v. Remoção de dentes semi-inclusos / impactados;
  - vi. Apicetomia unirradiculares sem obturação retrógrada;
  - vii. Apicetomia unirradiculares com obturação retrógrada;
  - viii. Apicetomia birradiculares sem obturação retrógrada;
  - ix. Apicetomia birradiculares com obturação retrógrada;
  - x. Apicetomia multirradiculares sem obturação retrógrada;
  - xi. Apicetomia multirradiculares com obturação retrógrada;
  - xii. Bridectomia;
  - xiii. Bridotomia;
  - xiv. Frenulectomia labial;
  - xv. Frenulotomia labial;
  - xvi. Frenulectomia lingual;
  - xvii. Frenulotomia lingual.

- xviii. Exodontia simples de decíduo;
  - xix. Alveoloplastia;
  - xx. Cirurgia para exostose maxilar;
  - xxi. Cirurgia para torus mandibular – unilateral;
  - xxii. Cirurgia para torus palatino;
  - xxiii. Cirurgia para torus mandibular – bilateral;
  - xxiv. Exérese ou excisão de cálculo salivar;
  - xxv. Exérese ou excisão de mucocele;
  - xxvi. Exérese ou excisão de rânula;
  - xxvii. Exodontia a retalho;
  - xxviii. Redução cruenta de fratura alvéolo dentária;
  - xxix. Redução incruenta de fratura alvéolo dentária;
  - xxx. Aprofundamento/aumento de vestibulo;
  - xxxi. Ulectomia;
  - xxxii. Ulotomia;
  - xxxiii. Biópsia de lábio;
  - xxxiv. Amputação radicular com obturação retrógrada;
  - xxxv. Amputação radicular sem obturação retrógrada;
  - xxxvi. Redução simples de luxação de Articulação Têmporo-mandibular (ATM)
  - xxxvii. Biópsia de boca;
  - xxxviii. Odonto-secção;
  - xxxix. Punção aspirativa na região buco-maxilo-facial;
  - xl. Tratamento cirúrgico das fístulas buco nasal;
  - xli. Tratamento cirúrgico das fístulas buco sinusal;
  - xlii. Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos moles na região buco-maxilo-facial;
  - xliii. Tratamento cirúrgico dos tumores benignos de tecidos moles na região buco-maxilo-facial;
  - xliv. Biópsia de língua;
  - xlv. Biópsia de glândula salivar;
  - xlvi. Sutura de ferida em região buco-maxilo-facial;
  - xlvii. Biópsia de mandíbula;
  - xlviii. Biópsia de maxila;
  - xlix. Tratamento Cirúrgico para tumores odontogênicos benignos – sem reconstrução;
    - I. Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos ósseos/cartilagosos na região buco-maxilo-facial;
    - li. Tratamento cirúrgico de tumores benignos de tecidos ósseos/ cartilagosos na região buço-maxilo-facial;
    - lii. Exérese de lipoma na região buco-maxilo-facial.
    - liii. Tunelização.
- i) Procedimentos de **PRÓTESE DENTAL**:
- i. Núcleo metálico fundido;
  - ii. Coroa provisória com pino;
  - iii. Coroa provisória sem pino;
  - iv. Restauração metálica fundida;
  - v. Coroa total metálica (unitária);
  - vi. Coroa de acetato em dente decíduo;
  - vii. Coroa total em cerômero unitária. Cobertura em dentes anteriores (incisivos e caninos) não passíveis de reconstrução por meio direto.

**3.7** A cobertura odontológica compreende, ainda, a cobertura dos honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista quando, por imperativo clínico, for necessária estrutura hospitalar para a realização de procedimentos listados no Rol de Procedimentos Odontológicos vigente à época do evento.

#### CLÁUSULA QUARTA – EXCLUSÕES DE COBERTURA

**4.1** Em conformidade com o que prevê a Lei nº 9.656/1998, as Resoluções do Consu, e respeitando-se as coberturas mínimas obrigatórias previstas na citada Lei e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da

**ANS vigente na data do evento, estão excluídos da cobertura do Plano os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não descritos expressamente neste Contrato e os provenientes de:**

- a) **Procedimentos assistenciais que exijam autorização prévia, realizados à revelia da CONTRATADA sem atendimento às condições previstas neste Contrato;**
- b) **Atendimentos prestados antes do início da vigência contratual ou do cumprimento das carências, respeitadas as demais condições contratuais;**
- c) **Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, ou seja, aqueles que empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país, bem como, aqueles que são considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina – CFM, e, ainda, aqueles cujas indicações não constem da bula/manual registrada na ANVISA (uso off-label);**
- d) **Procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação ou outro sistema de navegação, escopias e técnicas minimamente invasivas, fora do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS;**
- e) **Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, ou seja, aqueles que não visam restauração parcial ou total da função de órgão ou de parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;**
- f) **Inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;**
- g) **Cirurgia plástica estética de qualquer natureza;**
- h) **Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;**
- i) **Transplantes, à exceção dos transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;**
- j) **Fornecimento de medicamentos, independente da via de administração, e produtos para a saúde importados não nacionalizados, ou seja, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA;**
- k) **Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ou seja, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, com exceção dos medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar e dos medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento;**
- l) **Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico, conforme os seguintes conceitos: prótese como qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido e órtese como qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico os materiais cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico;**
- m) **Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico ou odontológico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;**
- n) **Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;**
- o) **Aplicação de vacinas preventivas e hipossensibilizantes;**
- p) **Serviços de enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar;**
- q) **Procedimentos não discriminados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;**
- r) **Estrutura hospitalar necessária à realização de procedimentos não discriminados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;**
- s) **Aparelhos ortopédicos;**
- t) **Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;**
- u) **Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência do plano, bem como despesas decorrentes de serviços prestados por profissionais não credenciados ao plano contratado, à exceção dos atendimentos de urgência ou de emergência, que**

poderão ser efetuados por médicos não credenciados e posteriormente reembolsados, nos limites e termos deste Contrato;

- v) Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do Beneficiário, exceto para pacientes menores de 18 (dezoito) anos, com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, portadores de necessidades especiais, nos termos definidos neste Contrato;
- w) Despesas relativas a um acompanhante, ressalvadas as relativas ao indicado pela mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato, nos termos definidos neste Contrato;
- x) Despesas hospitalares extraordinárias tais como: serviços telefônicos, uso de televisão, alimentação não prevista no tratamento, lavagem de roupas, produtos de toalete e de higiene pessoal e quaisquer outras despesas que não sejam vinculadas à cobertura do presente instrumento;
- y) Estada de paciente ou acompanhante em hotel, pensão ou similares;
- z) Cirurgia para mudança de sexo;
- aa) Avaliação pedagógica;
- bb) Orientações vocacionais;
- cc) Especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- dd) Áreas de atuação médica, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- ee) Qualquer tipo de atendimento domiciliar, mesmo em caráter de urgência e emergência;
- ff) Remoção domiciliar;
- gg) Exames para piscina ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- hh) Investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;
- ii) Procedimentos de próteses odontológicas sobre implantes e disfunções de ATM (articulação temporomandibular);
- jj) Fornecimento, aluguel e aquisição de equipamentos e aparelhos ortodônticos, bem como quebra ou perda desses e suas respectivas manutenções;
- kk) Tratamentos prescritos por profissional não habilitado e procedimentos não consagrados pelos órgãos oficiais;
- ll) Todos os procedimentos das especialidades de ortodontia;
- mm) Próteses odontológicas, ressalvados os procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento;
- nn) Transplantes ósseos;
- oo) Enxertos ósseos e biomateriais;
- pp) Implantes odontológicos e cirurgias periodontais com membrana e enxertos;
- qq) Quaisquer tratamentos sem indicação clínica;
- rr) Serviços com materiais importados, porcelanas ou metais nobres;
- ss) Restaurações utilizando resina fotopolimerizável em dentes posteriores somente para fins estéticos;
- tt) Radiografias não previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento para a segmentação odontológica;
- uu) Cirurgias a laser;
- vv) Clareamento dentário;
- ww) Exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais.

#### CLÁUSULA QUINTA – DURAÇÃO DO CONTRATO

5.1 O presente Contrato vigorará pelo prazo mínimo de 12 (doze) meses, contados da data estabelecida na **PROPOSTA DE ADMISSÃO**, data esta considerada como de aniversário do presente instrumento, não podendo ocorrer nenhum pagamento antes dessa data.

5.2 Este Contrato tem renovação automática por prazo indeterminado a partir do vencimento do prazo inicial de vigência, **se quaisquer das partes não se manifestarem, contrariamente, no prazo de 60(sessenta) dias antes do término da vigência**, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato e a pretexto da renovação.

## CLÁUSULA SEXTA – PERÍODOS DE CARÊNCIA

**6.1** Entende-se por carência o período de tempo durante o qual o Beneficiário não terá direito às coberturas contratadas. O direito de atendimento ao Beneficiário das coberturas previstas neste instrumento será prestado **após cumprimento das carências a seguir especificadas**, observando-se o disposto na legislação vigente, especialmente inciso V, art. 12 da Lei nº 9.656/1998:

	<b>Cobertura</b>	<b>Carência registrada na ANS:</b>
<b>A</b>	<b>Procedimentos de urgência e de emergência, nos termos definidos neste instrumento;</b>	<b>24 (vinte e quatro) horas</b>
<b>B</b>	<b>Consultas médicas;</b>	<b>30 (trinta) dias</b>
<b>C</b>	<b>Procedimentos odontológicos de diagnóstico, radiologia, prevenção, dentística, odontopediatria e cirurgia bucal;</b>	<b>60 (sessenta) dias</b>
<b>D</b>	<b>Procedimentos odontológicos de periodontia, endodontia e cirurgias odontológicas;</b>	<b>120 (cento e vinte) dias</b>
<b>E</b>	<b>Exames e procedimentos médicos simples, exceto os mencionados nos itens F, G, H e I, abaixo;</b>	<b>60 (sessenta) dias</b>
<b>F</b>	<b>Procedimentos médicos especiais: Exames, procedimentos e tratamentos especializados: polissonografia, colangiopancreatografia endoscópica, colonoscopia, video-laparoscopia diagnóstica e cirúrgica, Broncoscopia, Medicina Nuclear, angiografias, radiologia intervencionista, Ressonância Magnética, Tomografia Computadorizada, Video-histeroscopia diagnóstica e cirúrgica, BERA (potenciais auditivos do tronco cerebral), Video-artroscopia diagnóstica e cirúrgica, Endoscopia cirúrgica, video-toracoscopia cirúrgica, quimioterapia antineoplásica, radioterapia, procedimentos terapêuticos em hemodinâmica, litotripsia, diálise e hemodiálise; e demais procedimentos de alta complexidade, definidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente na data do evento;</b>	<b>180 (cento e oitenta) dias</b>
<b>G</b>	<b>Cirurgias, inclusive ambulatoriais, internações, terapias e tratamentos com nutricionista, psicólogo, terapeuta ocupacional e fonoaudiólogo;</b>	<b>180 (cento e oitenta) dias</b>
<b>H</b>	<b>Parto a termo;</b>	<b>300 (trezentos) dias</b>
<b>I</b>	<b>Demais casos, bem como inclusão de novos procedimentos decorrentes de atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS ocorrida em data posterior à assinatura deste Contrato.</b>	<b>180 (cento e oitenta) dias</b>

**6.2** O prazo de carência será contado a partir do início de vigência do Contrato. **Para os incluídos após a vigência deste instrumento, as carências serão contadas da data da sua inclusão.**

**6.2.1** Não serão imputadas novas carências na transferência dos beneficiários para este plano a partir do contrato de plano da **CONTRATADA** destinado exclusivamente aos titulares com vínculo empregatício ativo.

**6.2.2** O beneficiário que estava cumprindo carências no contrato de plano da **CONTRATADA** destinado exclusivamente aos titulares com vínculo empregatício ativo no momento da transferência para este contrato, deverá continuar cumprindo as respectivas carências restantes.

**6.3 Na hipótese do Beneficiário optar por adquirir um produto superior, devem ser considerados todos os prazos de carência já cumpridos pelos beneficiários que desejarem ingressar no plano de categoria superior dentro da mesma operadora e será exigido novo prazo de carência para aquelas coberturas e serviços que não estavam previstos no contrato anterior, incluindo-se nova rede credenciada de prestadores e diferente padrão de acomodação em internações. As novas carências devem obedecer à regra geral no artigo 12, V, 'b', da Lei nº 9.656/98, que prevê o prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias.**

**6.3.1** Em caso da internação ocorrer durante o prazo de carência citado neste item, será assegurada a utilização da acomodação coletiva.

**6.4** Nos termos da Resolução Normativa nº. 195/09, quando o número de Beneficiários inscritos neste Contrato for igual ou superior a 30 (trinta), não será exigido o cumprimento dos períodos de carência estipulados neste Contrato,

desde que o Beneficiário formalize o pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias da data da assinatura deste Contrato ou de sua vinculação à CONTRATANTE.

6.5 A exigência do cumprimento dos períodos de carência voltará a vigorar automaticamente para as novas adesões se houver redução de Beneficiários para um número inferior a 30 (trinta) Beneficiários.

### **CLÁUSULA SÉTIMA – DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES**

7.1 Doenças ou lesões preexistentes são aquelas que o Beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor no momento da adesão ao presente instrumento.

7.2 No momento da adesão ao presente instrumento, o Beneficiário deverá preencher a Declaração de Saúde, na qual manifestará o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes à época da adesão ao presente Contrato, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou rescisão unilateral do Contrato, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656/1998.

7.3 Juntamente com o Formulário de Declaração de Saúde, será entregue a Carta de Orientação ao Beneficiário.

7.4 O Beneficiário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados pela CONTRATADA, sem qualquer ônus para o Beneficiário.

7.5 Caso o Beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da CONTRATADA, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus financeiro dessa entrevista.

7.6 É vedada a alegação de omissão de informação de doença ou lesão preexistente quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no Beneficiário pela CONTRATADA, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.

7.7 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, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a CONTRATADA oferecerá a cobertura parcial temporária.

7.8 A cobertura parcial temporária consiste na suspensão, por um período ininterrupto de 24 (vinte e quatro) meses, da cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos exclusivamente relacionados às doenças ou lesões preexistentes. Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponíveis no sítio eletrônico da CONTRATADA.

7.9 As doenças ou lesões preexistentes poderão ser identificadas pela CONTRATADA por todos os meios de verificação que se aceitem como prova, inclusive prontuários médico-hospitalares, em consultórios, clínicas, laboratórios e hospitais e/ou através de exames médicos de avaliação exigidos pela CONTRATADA para definição dos eventos que terão Cobertura Parcial Temporária.

7.10 Exercendo prerrogativa legal, a CONTRATADA não optará pelo fornecimento do Agravado.

7.11 Identificado indício de fraude por parte do Beneficiário, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a CONTRATADA deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao Beneficiário através de Termo de Comunicação ao Beneficiário e poderá oferecer a opção de cobertura parcial temporária ou solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do Beneficiário à Cobertura Parcial Temporária.

7.11.1 A CONTRATADA poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do Beneficiário sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão preexistente.

7.11.2 Se solicitado pela ANS, o Beneficiário deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.

7.11.3 Após julgamento, e acolhida a alegação da CONTRATADA, pela ANS, o Beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação da constatação da doença e lesão preexistente, pela CONTRATADA, bem como será excluído do Contrato.

7.11.4 Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de doença ou lesão preexistente, bem como a suspensão ou rescisão unilateral do Contrato até a publicação, pela ANS, do encerramento do processo administrativo.

7.12 Nos termos da Resolução Normativa nº. 195/09, quando o número de Beneficiários inscritos neste Contrato for igual ou superior a 30 (trinta), não aplicará esta Cláusula de Doenças e Lesões Preexistentes para os Beneficiários

que formalizarem o pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias da data da assinatura deste Contrato ou de sua vinculação à CONTRATANTE.

**7.12.1 Esta Cláusula de Doenças e Lesões Preexistentes aplicar-se-á automaticamente para novas adesões se houver redução de Beneficiários para um número inferior a 30 (trinta).**

**7.13 Não será exigida nova declaração de saúde e não serão imputadas novas CPT's na transferência dos beneficiários para este plano a partir do contrato de plano da CONTRATADA destinado exclusivamente aos titulares com vínculo empregatício ativo.**

**7.13.1 O beneficiário que estava cumprindo CPT no contrato de plano da CONTRATADA destinado exclusivamente aos titulares com vínculo empregatício ativo no momento da transferência para este contrato, deverá continuar cumprindo as respectivas CPT's restantes.**

## CLÁUSULA OITAVA – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

**8.1** Considera-se atendimento de urgência o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo da gestação.

**8.2** Considera-se atendimento de emergência o evento que implica em risco imediato de morte ou de lesão irreparável para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

**8.3 Consideram-se atendimentos de urgência/emergência odontológicos, garantidos pelo presente contrato:**

<b>Procedimento</b>
<b>Controle de hemorragia com ou sem aplicação de agente hemostático;</b>
<b>Tratamento de odontalgia aguda;</b>
<b>Imobilização dentária temporária;</b>
<b>Recimentação de peça/trabalho protético;</b>
<b>Tratamento de alveolite;</b>
<b>Colagem de fragmentos dentários;</b>
<b>Incisão e drenagem (intra ou extra-oral) de abscesso, hematoma ou flegmão da região buco-maxilo-facial;</b>
<b>Reimplante de dente avulsionado com contenção.</b>

**8.4** Serão garantidos os atendimentos decorrentes de acidentes pessoais, sem restrições, depois de decorridas 24 (vinte e quatro) horas de vigência do Contrato.

**8.5** Depois de cumpridas as carências, haverá cobertura dos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para a internação, desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções.

**8.6** Durante o cumprimento dos períodos de carência para internação, serão garantidos os atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, **limitados às primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internação.**

**8.7** Nos casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças e Lesões Preexistentes, haverá atendimento limitado às primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internação.

**8.8** Nos casos em que o atendimento de emergência for efetuado no decorrer dos períodos de carência para internação, será garantido o atendimento limitado às primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internação.

**8.9** Haverá remoção para unidade de atendimento da rede do plano, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente.

**8.9.1** Haverá remoção para unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, nos casos do Beneficiário estar cumprindo período de carência para internação.

**8.9.2** Também haverá remoção para unidade do SUS, depois de realizados os atendimentos de urgência e emergência, nos casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças e Lesões Preexistentes.

**8.9.3** Na remoção para uma unidade do SUS serão observadas as seguintes regras:

- a) quando não possa haver remoção por risco de morte, o Beneficiário e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a CONTRATADA, desse ônus;
- b) caberá à CONTRATADA o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento;
- c) na remoção, a CONTRATADA deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS;
- d) quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida na alínea b, a CONTRATADA estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

**8.9.4 A CONTRATADA assegurará o reembolso, no limite das obrigações deste Contrato, das despesas efetuadas pelo Beneficiário com assistência à saúde, dentro da área geográfica de abrangência e atuação do plano, nos casos exclusivos de urgência ou de emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios ou credenciados pela CONTRATADA.**

**8.10 O Beneficiário deverá apresentar a documentação adequada no prazo máximo de 12 (doze) meses contados da data do evento, sob pena de perder o direito ao reembolso.**

**8.10.1 O pagamento do reembolso será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Reembolso da CONTRATADA (que equivale à relação de serviços médicos, hospitalares e odontológicos praticados pela CONTRATADA junto à rede de prestadores do respectivo plano), descontados os eventuais valores de coparticipação, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da apresentação dos seguintes documentos originais:**

- a) Via original do documento comprobatório do pagamento das despesas ao profissional e/ou instituição não credenciada pela CONTRATADA (Recibos e/ou Notas Fiscais);
- b) Conta analítica médico-hospitalar, em caso de internação;
- c) Relatório do médico e/ou do cirurgião-dentista assistente, declarando o nome do paciente, código de identificação, o tratamento efetuado, data do atendimento, sua justificativa para o tratamento realizado, especificando, ainda, a razão da urgência e emergência;
- d) Comprovação radiográfica pré e pós a realização dos procedimentos odontológicos;
- e) Comparecimento, após o atendimento, na auditoria clínica em local estabelecido pela CONTRATADA.

**8.10.2 Só serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao Beneficiário, realizado enquanto perdurar o estado de urgência ou de emergência.**

## CLÁUSULA NONA – MECANISMOS DE REGULAÇÃO

**9.1 Para a garantia da cobertura da assistência ora pactuada, a CONTRATADA colocará à disposição dos Beneficiários, dentro da área de abrangência geográfica do Plano: centros médicos, ambulatorios, laboratórios e consultórios e respectivos profissionais da área da saúde e de atendimento de urgência e emergência, constantes do "MANUAL DO CLIENTE".**

**9.2 Quando da utilização das coberturas assistenciais previstas no presente Contrato, o Beneficiário deverá apresentar ao estabelecimento ou profissional prestador dos serviços os seguintes documentos:**

- a) Cartão de Identificação do Beneficiário mencionado nesse instrumento, com data de validade em dia;
- b) Documento de identidade do Beneficiário-paciente expedido por órgão oficial; e
- c) Guia de encaminhamento ou de internação, se for o caso, **devidamente emitida pela CONTRATADA.**

**9.3 A CONTRATADA fornecerá aos Beneficiários o Cartão Individual de Identificação, cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade legalmente reconhecido, assegura a fruição dos direitos e vantagens deste Contrato, podendo a CONTRATADA adotar, a qualquer tempo, novo sistema para melhor atendimento aos Beneficiários.**

**9.4 É obrigação do Beneficiário Titular, na hipótese de rescisão, resolução ou resilição deste Contrato, ou ainda, de exclusão, devolver os respectivos cartões de identificação e quaisquer outros documentos porventura fornecidos pela CONTRATADA, respondendo, diante da comprovação da ilicitude, pelos prejuízos resultantes do uso indevido desses documentos, restando isenta, neste caso, de qualquer responsabilidade, a CONTRATADA, a partir da exclusão do Beneficiário, rescisão, resolução ou resilição do presente instrumento.**

**Nos casos em que os cartões não forem devolvidos, na forma acima, deverá o Beneficiário Titular assinar Termo próprio se responsabilizando por eventual utilização indevida das coberturas assistenciais.**

**9.4.1** Considera-se uso indevido a utilização desses documentos para obter atendimento, mesmo que na forma contratada, pelos Beneficiários que perderam essa condição, por exclusão ou término do Contrato, ou, em qualquer hipótese, por terceiros, que não sejam Beneficiários.

**9.4.2** O uso indevido do cartão de identificação, de qualquer Beneficiário, a critério da CONTRATADA, ensejará pedido de indenização por perdas e danos, bem como a exclusão do respectivo titular, e suas conseqüências.

**9.5** Ocorrendo o roubo, o furto, a perda ou o extravio do Cartão Individual de Identificação, o Beneficiário Titular deverá comunicar o fato à CONTRATADA, por escrito, acompanhada de declaração de perda ou de boletim de ocorrência, para cancelamento ou, quando for o caso, emissão de segunda via. O cancelamento só terá validade quando reconhecido por escrito pela CONTRATADA.

**9.5.1** As segundas vias do Cartão de Identificação serão cobradas, pela CONTRATADA, conforme valor de Taxa de Inscrição vigente à época.

**9.6 CONSULTAS:** As consultas médicas deverão ser agendadas, podendo ser realizadas em clínicas próprias ou em consultórios e clínicas especializadas credenciadas, constante do "MANUAL DO CLIENTE".

- Apenas o médico poderá fazer o encaminhamento a um hospital, laboratório ou prestador de serviços de apoio diagnóstico e terapia, se for o caso;**
- Em caso de necessidade de encaminhamento, o Beneficiário deverá comparecer com o pedido médico ao departamento de Emissão de Guias;
- Após a emissão da guia, o Beneficiário deverá ligar para o recurso constante do "MANUAL DO CLIENTE" e marcar o horário para a realização do procedimento indicado pelo médico.

**9.7 EXAMES, TRATAMENTOS E DEMAIS PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS, exceto exames simples:** O Beneficiário deverá comparecer munido da solicitação do médico ao Setor de Emissão de Guias, onde após avaliação do médico auditor, será agendada a data da realização do procedimento.

- O Beneficiário deverá comparecer munido da solicitação do médico ao departamento de Emissão de Guias para solicitar a Guia de Encaminhamento;
- Após a emissão da guia, o Beneficiário deverá ligar para o laboratório ou clínica constante do "MANUAL DO CLIENTE" e marcar o horário para a realização do exame ou tratamento indicado pelo médico.

**9.8 EXAMES SIMPLES (assim considerados os exames laboratoriais, cujo valor seja inferior a R\$ 40,00 (quarenta reais), RX simples e procedimentos ambulatoriais de baixa complexidade):** O Beneficiário deverá comparecer munido da solicitação do médico assistente ao prestador de serviços vinculado ao seu plano, juntamente com o Cartão de Identificação com a data de validade em dia e um documento de identidade expedido por órgão oficial.

**9.8.1** Para os procedimentos abaixo listados, o beneficiário deverá solicitar a autorização ao Setor de Emissão de Guias.

- procedimentos especiais: Exames, procedimentos e tratamentos especializados: polissonografia, colangiopancreatografia endoscópica, colonoscopia, video-laparoscopia diagnóstica e cirúrgica, Broncoscopia, Medicina Nuclear, angiografias, radiologia intervencionista, Ressonância Magnética, Tomografia Computadorizada, Video-histeroscopia diagnóstica e cirúrgica, BERA (potenciais auditivos do tronco cerebral), Video-artroscopia diagnóstica e cirúrgica, Endoscopia cirúrgica, video-toracoscopia cirúrgica, quimioterapia antineoplásica, radioterapia, procedimentos terapêuticos em hemodinâmica, litotripsia, diálise e hemodiálise;
- cirurgias, inclusive ambulatoriais, internações, terapias e tratamentos com nutricionista, psicólogo, terapeuta ocupacional e fonoaudiólogo;
- parto a termo;
- demaís casos e procedimentos de alta complexidade, bem como inclusão de novos procedimentos decorrentes de atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS.

**9.9 ATENDIMENTOS ODONTOLÓGICOS:** A utilização de todos os procedimentos cobertos neste contrato, com exceção feita ao atendimento de urgência e emergência, está sujeita a autorização prévia conforme descrito abaixo:

- A utilização das coberturas assistenciais dependerá da apresentação do Cartão de Identificação do Beneficiário (físico ou virtual através do aplicativo) que se submeterá ao tratamento. Poderá ser apresentado também o CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) como documento para utilização do plano odontológico;
- A utilização das coberturas assistenciais, pelos Beneficiários, far-se-á mediante a emissão da Guia de Tratamento Odontológico (GTO) emitida pelo Cirurgião-Dentista e previamente aprovada pela

**CONTRATADA.**

**9.10 O Beneficiário compromete-se, sempre que solicitado pela CONTRATADA, visando a manutenção do padrão de qualidade, bem como dirimir dúvidas ou controvérsias de natureza técnica, a se submeter a auditoria clínica em local estabelecido pela CONTRATADA, quando serão realizadas avaliações clínicas dos tratamentos propostos, realizados ou que ainda encontram-se em andamento.**

**9.11 PEQUENAS CIRURGIAS - ATENDIMENTO AMBULATORIAL:** Pequenas cirurgias são atos complementares a uma consulta médica ou atendimento ambulatorial.

- a) O beneficiário deverá solicitar a autorização na no Setor de Emissão de Guias, **onde o pedido será avaliado por médico auditor;**
- b) Na data marcada, o Beneficiário deverá apresentar-se no local, com o Cartão de Identificação com a data de validade em dia, um documento de identidade expedido por órgão oficial e a autorização fornecida pela **CONTRATADA.**

**9.12 INTERNAÇÕES PROGRAMADAS:** As internações eletivas (programadas), clínicas ou cirúrgicas, **deverão ter encaminhamento do médico,** o qual indicará, em impresso próprio, o tratamento/cirurgia a ser realizado, o tempo de existência da doença e os dados clínicos que justifiquem a internação.

- a) O beneficiário deverá solicitar a autorização no Setor de Emissão de Guias, **onde o pedido será avaliado por médico auditor;**
- b) Na data marcada, o Beneficiário deverá apresentar-se no hospital, com o Cartão de Identificação com a data de validade em dia, um documento de identidade expedido por órgão oficial e a autorização fornecida pela **CONTRATADA;**
- c) As internações hospitalares ficam a critério exclusivo do médico assistente, sendo certo, ainda, que os Beneficiários permanecerão hospitalizados enquanto houver indicação médica para tanto, a exclusivo critério do médico assistente;
- d) **Caso o Beneficiário continue hospitalizado após a alta médica a que alude o item supra, passarão a correr, inteiramente por sua conta a partir de então, todas as despesas decorrentes da internação.**

**9.13 Para autorização de cada procedimento coberto, a CONTRATADA exigirá a apresentação de documentação específica. A relação dos documentos exigidos pela CONTRATADA para autorização de cada procedimento pode ser obtida no portal da CONTRATADA na internet ou em suas centrais de atendimento.**

**9.14 A cobertura dos procedimentos ambulatoriais, hospitalares ou odontológicos somente será garantida quando apresentada toda a documentação exigida.**

**9.15 É facultado à CONTRATADA direcionar a realização de consultas, exames, internações e demais procedimentos a prestadores específicos, respeitando os prazos máximos de garantia de atendimento contemplados na regulamentação da ANS, independente de possuir ou não outros prestadores credenciados disponíveis em sua rede.**

**9.16 Os atendimentos feitos em caráter de urgência/emergência deverão ser comunicados à CONTRATADA em até 48(quarenta e oito horas) da data do início do atendimento,** mediante declaração do médico assistente, para que seja emitida a autorização correspondente.

**9.17 Ao agendar um atendimento, o Beneficiário assume um compromisso ao qual não deve faltar. Caso não possa comparecer, deve ligar antecipadamente, liberando seu horário, para evitar prejuízos ao profissional e a outros pacientes.**

**9.18 Para que haja cobertura das despesas de atendimento os Beneficiários deste Contrato deverão ser atendidos por profissionais integrantes do corpo clínico credenciado pela CONTRATADA em estabelecimentos de saúde, também por ela credenciados, exceto nos casos de urgência e emergência, quando será admitido o reembolso na forma prevista neste instrumento.**

**9.19 O CONTRATANTE obterá através do “MANUAL DO CLIENTE” os endereços dos departamentos citados nesse contrato, inclusive para fins de autorização para a realização dos procedimentos, mas em caso de dúvida, deverá ligar para o Serviço de Atendimento ao Cliente disponível 24 (vinte e quatro) horas todos os dias da semana, pelo nº 0800 18 34 56.**

**9.20 Ao Beneficiário é garantida a avaliação do atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de 01 (um) dia útil, contado da data da solicitação, para a definição dos casos de aplicação das regras de regulação.**

**9.21 É facultado a CONTRATADA requisitar ao Beneficiário ou ao médico assistente ou ao cirurgião-dentista documentações, informações adicionais e/ou perícia médica, ficando o beneficiário obrigado a apresentar as informações solicitadas e a comparecer na perícia da CONTRATADA.**

**9.22** Nos termos da Resolução nº 08/98, do Consu, em casos de divergência médica sobre o direito às coberturas previstas neste Contrato, garante-se ao Beneficiário e à **CONTRATADA** a prerrogativa de requerer a formação de junta constituída por 03 (três) profissionais, sendo um nomeado pela **CONTRATADA**, outro pelo Beneficiário, e um terceiro, escolhido pelos dois nomeados. **O Beneficiário arcará com os honorários do profissional que designar caso ele não pertença a Rede Credenciada da CONTRATADA.**

**9.23** A **CONTRATADA** poderá requisitar a qualquer tempo, diretamente dos profissionais, todas as informações que julgue necessárias para elucidação de matérias relacionadas à utilização das coberturas. Nessas circunstâncias, responsabiliza-se pelo sigilo das informações obtidas.

**9.24** A **CONTRATADA** reserva-se o direito de alterar a rede de prestadores de serviços, constantes do mencionado "MANUAL DO CLIENTE", obedecido aos trâmites legais existentes, principalmente no que se refere à mudança de entidade hospitalar, conforme art. 17 da Lei nº 9.656/1998.

**9.25** É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outro equivalente e mediante comunicação ao Beneficiário e à ANS com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias em vigor.

**9.26** Na hipótese de a substituição de entidade hospitalar ocorrer por vontade da **CONTRATADA** durante período de internação de algum Beneficiário, será garantido o pagamento das despesas relacionadas com a internação até a alta hospitalar, estabelecida pelo médico assistente, **exceto nos casos de infração às normas sanitárias**, quando a **CONTRATADA** providenciará, às suas expensas, a transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência.

**9.27** No caso de redução de entidade hospitalar, é necessária autorização prévia da ANS.

**9.28** Todas as informações sobre substituições de prestadores e alterações na rede estarão disponíveis no portal da **CONTRATADA** na internet [www.saofrancisco.com.br](http://www.saofrancisco.com.br) e também pelo nº 0800 18 34 56, na forma e prazos estabelecidos pela regulamentação.

#### **9.29 FATOR MODERADOR**

**9.29.1** Além da Taxa Mensal de Manutenção devida pela **CONTRATANTE** em função do número de Beneficiários inscritos, será cobrada coparticipação, na utilização das coberturas ambulatoriais (procedimentos garantidos fora da internação hospitalar), pelos Beneficiários.

**9.29.2** As coparticipações incidirão sobre consultas, exames e procedimentos ambulatoriais, e serão apuradas de acordo com a Tabela de Coparticipação conforme definido na PROPOSTA DE ADMISSÃO, devidamente registrada no Cartório Oficial de Registro de Títulos e Documentos e Civil de Pessoa Jurídica de Ribeirão Preto Estado de São Paulo que fica fazendo parte integrante deste Contrato, independente de transcrição.

**9.29.3** Não incidirão coparticipações nas coberturas ambulatoriais para as quais a regulamentação da ANS expressamente vedar essa incidência.

### **CLÁUSULA DÉCIMA – FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE**

**10.1** O Plano contratado será custeado em regime de preço 'pré-estabelecido', nos termos da Resolução Normativa nº 85/04 da ANS (Anexo II, item 11, número 1) e alterações posteriores.

**10.2** Em virtude das coberturas previstas neste instrumento, o Beneficiário Titular deverá pagar à **CONTRATADA**, uma contraprestação pecuniária mensal (mensalidade) por si e por seus dependentes, definidas em função das faixas etárias em que se enquadrarem (ou valor fixado em preço único por usuário ou por grupo familiar), bem como por valores de coparticipação quando da utilização dos procedimentos.

**10.3** Para cobrança do valor de mensalidade e eventuais valores de coparticipação, a **CONTRATADA** enviará, ao Beneficiário, fatura única de cobrança, que deverá ser quitada até a data estabelecida na PROPOSTA DE ADMISSÃO, de cada mês, sendo essa a respectiva data de vencimento da obrigação, facultando-se à **CONTRATADA**, quando julgar conveniente, emitir e sacar duplicata referente às coberturas contratadas.

**10.4** Quando a data de vencimento cair em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser realizado até o primeiro dia útil subsequente, sendo reconhecido como comprovante de pagamento qualquer documento determinado pela **CONTRATADA**.

**10.5** A **CONTRATADA** poderá adotar modalidade diversa de cobrança, conforme melhor lhe aprouver, mediante comunicação prévia.

**10.6** Se Beneficiário não receber documento que o possibilite realizar o pagamento de sua obrigação, em até 05 (cinco) dias antes da data do vencimento, deverá requerer segunda via junto à **CONTRATADA**, que enviará nova cobrança.

**10.7 A perda, extravio ou não recebimento do instrumento de cobrança não desobriga o Beneficiário de efetuar o seu pagamento no prazo de vencimento mensal.**

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

**10.9 O pagamento antecipado das mensalidades não elimina nem reduz os períodos de carência deste Contrato.**

**10.10 O pagamento dos valores devidos à CONTRATADA referente a um determinado mês não significa estarem pagos ou quitados débitos anteriores.**

**10.11 Ocorrendo impontualidade no pagamento dos valores de responsabilidade do Beneficiário, serão cobrados juros de mora de 01% (um por cento) ao mês, calculados dia a dia, e multa de 02% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado.**

**10.12 A CONTRATADA se reserva o direito de cobrar os débitos não quitados por todos os meios legais cabíveis, inclusive promovendo a respectiva cobrança por meio de instituições financeiras e inscrição em órgãos de proteção ao crédito.**

**10.13 Em atenção ao disposto no § 1º do artigo 15 da RN nº 279, de 2011, foi adotado o seguinte critério para a determinação do custo do beneficiário:**

- a) A fixação do preço observará a tabela de custo prevista no contrato, a qual considera região de atuação do produto, meta de sinistralidade da operadora e lucro líquido esperado. Não haverá financiamento da CONTRATANTE para as mensalidades dos beneficiários ex-empregados, demitidos/ exonerados ou aposentados. Por determinação do art. 19 da RN 279, a manutenção da condição de beneficiário em plano privado de assistência à saúde exclusivo para ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados poderá ocorrer com condições de reajuste, preço, faixa etária diferenciadas daquelas verificadas no plano privado de assistência à saúde contratado para os empregados ativos;
- b) A fixação do preço para os beneficiários ex-empregados demitidos/exonerados sem justa causa ou aposentados observará a tabela de custo por faixa etária prevista neste instrumento. Não haverá financiamento da CONTRATANTE para as mensalidades dos beneficiários ex-empregados demitidos/exonerados sem justa causa ou aposentados.

### CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – REAJUSTE

**11.1** O reajuste a incidir sobre o valor da mensalidade será anual, tendo como data-base de aniversário o mês de início de vigência contratual.

**11.2** Caso nova legislação venha a autorizar o reajustamento em período inferior a 12 (doze) meses, essa terá aplicação imediata sobre este Contrato.

**11.3** A aplicação dos reajustes será comunicada à ANS.

**11.4** As demais obrigações financeiras previstas neste instrumento (tais como taxa de inscrição e segunda via do Cartão de Identificação), serão reajustadas no mesmo momento da mensalidade, através de livre negociação entre as partes. Na falta de acordo entre as partes, serão reajustadas utilizando-se o mesmo índice de reajuste da mensalidade.

**11.5** Independente da data de adesão do Beneficiário, os valores de suas contribuições terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência deste Contrato, entendendo esta como data base única.

**11.6** Além da modalidade de reajuste prevista nesta cláusula, devem-se observar as regras de reajuste por faixa etária previstas neste instrumento, que ocorrem no mês subsequente ao aniversário do Beneficiário, exceto se a mensalidade for fixada em preço único.

**11.7** A Tabela de Coparticipação definida na PROPOSTA DE ADMISSÃO registrada no Cartório Oficial de Registro de Títulos e Documentos e Civil de Pessoa Jurídica de Ribeirão Preto Estado de São Paulo, é reajustada anualmente, contemplando a realidade mercadológica existente à época.

**11.8** No mês de março de cada ano, a CONTRATADA identificará os contratos de planos coletivos em vigor destinados exclusivamente para seus ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados que deverão ser agrupados para efeito de reajuste.

**11.9** A mensalidade será reajustada de acordo índice de reajuste estabelecido para os planos da CONTRATADA destinados exclusivamente para seus ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados, divulgado em seu site, que será obtido através da seguinte fórmula:

$$\text{Reajuste} = (1 + \text{Máximo}(0; RT)) \times (1 + RF) - 1$$

DS  
NRD/BC
DS  
JCD
DS  
1799

Onde:

RF (Reajuste Financeiro): corresponderá ao último índice máximo autorizado pela ANS para reajuste de planos individuais/familiares, vigente no período considerado para apuração. Na falta deste índice, o reajuste se dará pela variação positiva do índice IPCA - Índice de Preço ao Consumidor Amplo, divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, acumulado nos últimos doze meses, e com retroatividade de 04 (quatro) meses.

RT (Reajuste Técnico): determinado em função da sinistralidade dos contratos sub-agrupados, apurado de acordo com a seguinte expressão:

$$RT = S/S_m - 1$$

Onde:

S = sinistralidade (relação entre as despesas assistenciais e as receitas de contribuição dos contratos sub-agrupados), apurada no mesmo período considerado para determinação do RF.

**S<sub>m</sub> = meta de sinistralidade de 70% (setenta por cento).**

**11.10** Na falta deste índice, o reajuste se dará pela variação positiva do índice IPCA - Índice de Preço ao Consumidor Amplo, divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, acumulado nos últimos doze meses, e com retroatividade de 04 (quatro) meses do aniversário deste Contrato.

### CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – FAIXAS ETÁRIAS

**12.1** As mensalidades foram fixadas em função da idade do Beneficiário inscrito, de acordo com as faixas etárias e conforme os percentuais de reajustes incidentes em cada uma delas, observada a tabela de custo estabelecido na PROPOSTA DE ADMISSÃO.

**12.2** Caso seja adotada tabela de preços diferente da tabela de custo acima, quanto aos valores de mensalidade a serem pagos pelos Beneficiários ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados, em relação a si e a seus dependentes, apresentada na PROPOSTA DE ADMISSÃO, estando, em versão atualizada, permanentemente a disposição para consulta pelos Beneficiários junto à CONTRATANTE.

**12.3** Quando a alteração da idade importar em deslocamento para a faixa superior, as mensalidades serão alteradas, automaticamente, no mês seguinte ao do aniversário do Beneficiário, pelo percentual de reajuste estabelecido para a faixa etária subsequente.

**12.4** Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária não se confundem com o reajuste financeiro anual.

**12.5** Os percentuais de variação em cada mudança de faixa etária são fixados observadas as seguintes condições:

- a) O valor fixado para a última faixa etária não pode ser superior a 6 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária;
- b) A variação acumulada entre a 7<sup>a</sup> (sétima) e a 10<sup>a</sup> (décima) faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a 1<sup>a</sup> (primeira) e a 7<sup>a</sup> (sétima) faixas;
- c) As variações por mudança de faixa etária não podem apresentar percentuais negativos.

### CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

**13.1** O PLANO tratado neste Contrato destina-se exclusivamente a categoria de ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados, e seus respectivos dependentes, para garantia do direito de manutenção previsto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98.

#### **13.2 DO DEMITIDO**

**13.2.1** O período de manutenção da condição de Beneficiário será de um terço do tempo de contribuição ao plano destinado aos beneficiários com vínculo ativo, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses.

#### **13.3 DO APOSENTADO**

**13.3.1** O período de manutenção da condição de Beneficiário será por prazo indeterminado, na hipótese do ex-empregado ter contribuído para o plano destinado aos beneficiários com vínculo ativo, pelo prazo mínimo de dez anos.

**13.3.2** Na hipótese de contribuição por período inferior a dez anos, é assegurado o direito de manutenção como Beneficiário, à razão de um ano para cada ano de contribuição.

#### **13.4 DAS DISPOSIÇÕES COMUNS**

**13.4.1** Em caso de óbito do demitido ou aposentado em exercício do direito de manutenção, é garantida a permanência no plano dos dependentes inscritos, pelo prazo restante a que teria direito o demitido ou o aposentado, **desde que assumam as responsabilidades financeiras.**

**13.4.2** As garantias previstas nesta cláusula não excluem vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

**13.4.3** A admissão do beneficiário em novo emprego é causa de extinção do direito de manutenção previsto nesta cláusula, cabendo ao demitido ou aposentado comunicar esse fato imediatamente à CONTRATADA ou à CONTRATANTE, para a promoção de sua exclusão e de seu grupo familiar vinculado, sob pena de fraude.

**13.4.4** Também são causas de extinção do direito de manutenção previsto nesta cláusula:

- a) O decurso dos prazos de manutenção previstos nesta cláusula;
- b) O cancelamento pelo empregador do benefício do plano concedido aos seus empregados ativos e ex-empregados demitidos sem justa causa ou aposentados.

**13.4.5** É assegurado ao ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado ou seus dependentes vinculados ao plano, durante o período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656, de 1998, o direito de exercer a portabilidade especial de carências para plano individual ou familiar ou coletivo por adesão, **nos termos previstos na regulamentação vigente.**

**13.4.6** Além da portabilidade mencionada durante o período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656, de 1998, deve-se observar ainda as demais possibilidades de portabilidade contempladas na legislação de saúde suplementar em vigor, como nos casos de óbito do titular e da perda da elegibilidade dos dependentes.

#### CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

**14.1** Caberá exclusivamente à CONTRATANTE solicitar a suspensão da cobertura ou a exclusão de Beneficiários, inclusive nas seguintes situações:

- a) solicitação de exclusão feita pelo próprio beneficiário;
- b) perda da qualidade de Titular;
- c) perda da qualidade de Dependente, no caso do Beneficiário deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição previstas neste instrumento ou quando deixar de entregar os documentos comprobatórios exigidos para sua manutenção como Dependente;
- d) situações decorrentes das políticas internas da CONTRATANTE.

**14.1.1** Na hipótese da alínea “a” deste item, é garantido ao beneficiário o direito de solicitar sua exclusão diretamente junto a CONTRATADA, observada a forma e requisitos previstos na regulamentação em vigor.

**14.2** A CONTRATADA só poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos Beneficiários, sem a anuência da CONTRATANTE, nas seguintes hipóteses:

- a) em caso de fraude ao Plano ou dolo, sendo que, em caso de fraude relacionada à doença ou lesão preexistente será instaurado processo administrativo junto à ANS, para apuração da fraude, nos termos da legislação vigente;
- b) perda da qualidade de Titular;
- c) perda da qualidade de Dependente, no caso do Beneficiário deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição previstas neste instrumento ou quando deixar de entregar os documentos comprobatórios exigidos para sua manutenção como Dependente;
- d) inadimplência do Beneficiário;
- e) quando o beneficiário solicitar sua exclusão diretamente junto a CONTRATADA, nos termos do item 14.1.1.

**14.3** A CONTRATADA informará à CONTRATANTE os documentos comprobatórios a serem apresentados pela CONTRATANTE para exclusão dos beneficiários nas hipóteses acima mencionadas.

**14.3.1** O Beneficiário poderá ser suspenso ou excluído do Plano, em caso de inadimplência por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do Contrato, após notificação prévia ao Beneficiário Titular, que se dará até o 50º (quingüagésimo) dia de inadimplência, sem prejuízo do direito de se requerer judicialmente a quitação do débito com suas consequências moratórias.

**14.3.1** Após o 60º (sexagésimo) dia de inadimplência, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do Contrato, a CONTRATADA poderá notificar o Beneficiário, a qualquer tempo, desde que obedeça a um intervalo de 10 (dez) dias entre a data da notificação e a data da exclusão.

**14.4 A exclusão do Beneficiário Titular implicará na automática exclusão de todos os seus Dependentes**, exceto nos casos expressamente previstos neste Instrumento.

**14.5** O cancelamento da inscrição, nos termos tratados neste Contrato, não exige o Beneficiário de quitar eventuais débitos com o PLANO, incluídos os valores de contribuição mensal e de coparticipação.

**14.6** O Beneficiário Dependente que for excluído do presente Contrato poderá firmar Contrato em seu próprio nome, em até 30 (trinta) dias, contados da data de exclusão neste instrumento, aproveitando as carências já cumpridas, **exceto na hipótese de exclusão do dependente por inadimplência ou fraude comprovada, quando deverá quitar os débitos existentes e cumprir novos períodos de carência**. Essa faculdade somente será admitida quando a **CONTRATADA** possuir planos Individuais/Familiares ativos para comercialização vigente na época da solicitação.

### CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – RESCISÃO

**15.1** Sem prejuízo das penalidades previstas em lei, além das infrações especificamente previstas nesta avença, o presente Contrato será rescindido de pleno direito, de acordo com o disposto na Lei n.º 9.656/98, **sem que caiba direito a qualquer indenização à CONTRATANTE, a qualquer tempo, nas hipóteses seguintes:**

- a) **Inadimplência da CONTRATANTE, por período superior à 30 (trinta) dias, independente de notificação, sem prejuízo do direito da CONTRATADA de requerer judicialmente a quitação do débito, com suas consequências moratórias;**
- b) **Fraude comprovada e/ou dolo da CONTRATANTE;**
- c) **Descumprimento da CONTRATANTE às cláusulas e condições deste Contrato;**
- d) **Se não for mantido o número mínimo de Beneficiários estabelecido para manutenção deste contrato, conforme prevê a Cláusula Condições de Admissão, ressalvado o disposto no parágrafo abaixo;**
- e) **No caso de decretação de falência, deferimento do processamento de pedido de recuperação judicial ou insolvência da parte CONTRATANTE.**

**15.2** Na hipótese de redução do número de Beneficiários, ficando abaixo do limite mínimo estabelecido na cláusula Condições de Admissão, 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.

**15.3** As partes acordam que, caso a **CONTRATANTE** atrase o pagamento de qualquer das contraprestações pecuniárias por período superior a 5 (cinco) dias sucessivos, o direito à cobertura e/ou reembolso do plano privado de assistência à saúde, objeto deste contrato, serão imediatamente suspensos para todos os beneficiários, independentemente de notificação.

**15.4** Após o término do prazo mínimo de 12 (doze) meses de vigência contratual, é facultado a qualquer das partes denunciarem o contrato, mediante comunicação escrita e protocolada, dirigida à outra parte, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

**15.5** Caso a **CONTRATANTE** manifeste intenção de rescindir o presente Contrato, antes do término do prazo mínimo de 12 (doze) meses de vigência contratual, fica obrigado ao pagamento, a título de multa pecuniária, do valor correspondente a 03 (três) contribuições integrais, calculadas pela média das contribuições efetuadas ao plano antes da sua notificação, ressalvado o direito da **CONTRATADA** de exigir complemento do valor caso o prejuízo suportado seja superior ao montante da multa acima especificada, na forma do Código Civil vigente.

**15.6** Em nenhuma hipótese haverá restituição do valor pago pela **CONTRATANTE** para o Beneficiário fazer jus às coberturas definidas neste instrumento.

**15.7** Não será admitida a inclusão ou exclusão de Beneficiários durante o prazo de aviso prévio descrito neste Contrato.

**15.8** A **CONTRATADA** reserva-se ao direito de cobrar da **CONTRATANTE**, pelos meios legais cabíveis, eventuais despesas decorrentes de atendimento prestado ao Beneficiário Titular e aos seus Dependentes, após a rescisão do Contrato, restando-se cessadas as responsabilidades da **CONTRATADA**.

**15.9** Nos termos da Resolução nº 19/1999, do Consu, no caso de cancelamento do benefício assegurado neste contrato pela **CONTRATANTE**, é assegurado ao beneficiário inscrever-se em plano individual/familiar oferecido pela **CONTRATADA**, sem necessidade de cumprimento de novos prazos de carência, desde que a **CONTRATADA** possua plano individual/familiar à época, observando-se que:

- a) Considera-se, na contagem de prazos de carência para essas modalidades de planos, o período de permanência do Beneficiário no plano coletivo cancelado;

- b) Deverá o Beneficiário solicitar à CONTRATADA a lista de planos de saúde individuais/familiares disponíveis e a respectiva tabela de preços para fazer jus ao disposto neste item;
- c) Os Beneficiários deverão fazer opção pelo produto individual/familiar no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o cancelamento do benefício;
- d) É responsabilidade do empregador informar ao empregado sobre o cancelamento do benefício, em tempo hábil ao cumprimento do prazo de opção de que trata o item antecedente.

### CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DISPOSIÇÕES GERAIS

16.1 Para os efeitos deste Contrato, são adotadas as seguintes definições:

- a) **ACIDENTE PESSOAL:** evento ocorrido em data específica, provocado por agentes externos ao corpo humano, súbitos e involuntários e causadores de lesões físicas não decorrentes de problemas de saúde, e que, independente de qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico, como, por exemplo, acidentes de carro, quedas e inalação de gases;
- b) **AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - 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 garantam a assistência suplementar à saúde;
- c) **AGRAVO:** 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 pre-existente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a CONTRATADA e o Beneficiário. Exercendo prerrogativa legal, a CONTRATADA não optará pelo fornecimento do Agravo;
- d) **ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA E ATUAÇÃO DO PLANO:** área definida em Contrato dentro da qual o Beneficiário poderá utilizar as coberturas assistenciais contratadas;
- e) **ATENDIMENTO AMBULATORIAL:** compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, ou serviços como recuperação pós-anestésica, UTI, CETIN e similares;
- f) **ATENDIMENTO ELETIVO:** termo usado para designar os atendimentos médicos que podem ser programados, ou seja, que não são considerados de urgência ou de emergência;
- g) **CARÊNCIA:** prazo ininterrupto, contado a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, durante o qual os Beneficiários não têm direito às coberturas contratadas;
- h) **CID-10:** Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10ª revisão;
- i) **COBERTURA:** garantia, nos limites e modalidades deste Contrato, do pagamento de despesas médicas e hospitalares, diretamente às pessoas físicas ou jurídicas prestadoras de serviços, em nome e por conta dos Beneficiários;
- j) **COMPANHEIRO:** pessoa que vive em união estável com outrem, considerada união estável a entidade familiar entre o homem e a mulher, configurada na convivência pública, contínua e duradoura com o objetivo de constituição de família, nos termos da Constituição Federal e do Código Civil Brasileiro;
- k) **COMPLICAÇÕES NO PROCESSO GESTACIONAL:** alterações patológicas durante a gestação, como, por exemplo, gravidez tubária, eclampsia, parto prematuro e abortamento;
- l) **CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - CONSU:** órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para deliberar sobre questões relacionadas à saúde suplementar, definidas no art. 35-A da Lei nº 9.656/1998;
- m) **HOSPITAL DIA:** atendimento hospitalar que não requeira pernoite em leito hospitalar, não correspondendo, portanto, a uma diária convencional;
- n) **INTERNAÇÃO HOSPITALAR:** situação na qual o Beneficiário é admitido em estabelecimento hospitalar, ficando sob os cuidados do médico assistente, para ser submetido a algum tipo de tratamento ou procedimento;
- o) **MÉDICO ASSISTENTE:** médico responsável pela indicação da conduta médica a ser aplicada ao paciente.

16.2 Por convenção, adotou-se neste Contrato o gênero masculino quando há referência ao gênero masculino e feminino.

16.3 A CONTRATADA não se responsabilizará por qualquer procedimento do Beneficiário que contrarie as normas e rotinas contidas neste Contrato.

16.4 Os casos omissos no presente instrumento contratual serão resolvidos de comum acordo entre os CONTRATANTES.

16.5 Qualquer tolerância não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

16.6 O Beneficiário Titular, por si e por seus Dependentes, autoriza a CONTRATADA a prestar todas as informações cadastrais solicitadas pelos órgãos de fiscalização da assistência à saúde.

16.7 Este Contrato foi elaborado levando-se em consideração a legislação vigente, assim, qualquer alteração das normas que implique em necessária modificação do avençado, as partes se sujeitarão ao ajuste das novas condições.

16.8 A CONTRATADA não será responsabilizada, em nenhuma hipótese, por eventos, procedimentos ou efeitos decorrentes da contratação direta de procedimentos não cobertos por este Contrato entre o Beneficiário Titular e/ou seus dependentes e os médicos-assistentes credenciados e/ou não credenciados pela CONTRATADA.

16.9 Faz parte do Contrato quaisquer documentos que tratem de assuntos pertinentes ao plano de saúde. Dentre esses documentos, incluem-se: Declaração de Saúde, quando for o caso, Tabela de Procedimentos São Francisco Sistemas de Saúde registrada no Cartório Oficial de Registro de Títulos e Documentos e Civil de Pessoa Jurídica de Ribeirão Preto Estado de São Paulo sob o número 131660 para Reembolso de Urgência/Emergência, quando for o caso, Tabela de Coparticipação definida na PROPOSTA DE ADMISSÃO registrada no Cartório Oficial de Registro de Títulos e Documentos e Civil de Pessoa Jurídica de Ribeirão Preto Estado de São Paulo, quando for o caso, Manual do Cliente e o Guia de Leitura Contratual.

### CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – ELEIÇÃO DE FORO

17.1 As partes comprometem-se a resolver de comum acordo as divergências decorrentes do presente instrumento, não sendo possível a composição amigável, fica eleito o foro do domicílio do **CONTRATANTE** para dirimir qualquer demanda sobre o presente Contrato.

E por estarem assim ajustadas e combinadas, as partes assinam esse instrumento em 2 (duas) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo.

Ribeirão Preto, 01 de Abril de 2018.

DocuSigned by:  
*Carlos Prebelli*  
4DCCFB90E4994F1...

**SÃO FRANCISCO SISTEMAS DE SAÚDE  
SOCIEDADE EMPRESÁRIA LTDA  
CONTRATADA**

DocuSigned by:  
*MILSON ROBERTO DE BARROS CARNEIRO*  
E2A5237E55544F7...  
DocuSigned by:  
*JOAO CARLOS DELBON*  
E2A5237E55544F7...  
**COMPANHIA TROLEIBUS ARARAQUARA  
CNPJ sob o nº 43.956.028/0001-00  
CONTRATANTE**

Testemunhas:  
DocuSigned by:  
*Anna Carolina Bentlin*  
4BB9C82F3DC347F...  
Nome: Anna Carolina Bentlin  
RG: 403736031

Testemunhas:  
DocuSigned by:  
*Larissa Grecco*  
6805293789CB4B4...  
Nome: Larissa Fernanda Gustavo Grecco  
RG: 475171780

## Certificado de conclusão

ID de envelope: 9716CF2FB49743CF95B91FDCD97567F8	Estado: Concluído
Assunto: CONTRATOS - COMPANHIA TROLEIBUS ARARAQUARA - 01/04	
CNPJ / CPF: .	
CÓD. PRESTADOR:	
CÓD. RESP. FINANCEIRO:	
Nº GLPI:	
Envelope de origem:	
Página do documento: 157	Assinaturas: 39
Certificar páginas: 6	Iniciais: 471
Assinatura guiada: Ativada	Autor do envelope:
Selo do ID do envelope: Ativada	Assinatura Eletrônica
Fuso horário: (UTC-08:00) Hora do Pacífico (EUA e Canadá)	Av. Portugal, 545 - Jardim São Luiz
	RP, SP 14020-380
	assinaturaelectronica@saofrancisco.com.br
	Endereço IP: 186.201.221.219

## Controlo de registos

Estado: Original	Titular: Assinatura Eletrônica	Local: DocuSign
19/03/2018 11:00:42	assinaturaelectronica@saofrancisco.com.br	

## Eventos do signatário

NILSON ROBERTO DE BARROS CARNEIRO  
delbon@ctaonline.com.br  
Nível de segurança: E-mail, Autenticação de conta (Nenhuma)

## Assinatura

DocuSigned by:  
*NILSON ROBERTO DE BARROS CARNEIRO*  
E2A5237E55544F7...

## Carimbo de data/hora

Enviado: 19/03/2018 11:07:35  
Visualizado: 19/03/2018 11:11:09  
Assinado: 19/03/2018 11:15:16

Utilizar o endereço IP: 201.62.97.101

### Aviso legal de registos e assinaturas eletrônicos:

Aceite: 19/03/2018 11:11:09  
ID: 6c3573c7-96b7-4a8c-87bf-a330a0f5c1eb

JOAO CARLOS DELBON  
delbon@ctaonline.com.br  
Nível de segurança: E-mail, Autenticação de conta (Nenhuma)

DocuSigned by:  
*JOAO CARLOS DELBON*  
E2A5237E55544F7...

Enviado: 19/03/2018 11:15:24  
Visualizado: 19/03/2018 11:16:59  
Assinado: 19/03/2018 11:20:55

Utilizar o endereço IP: 201.62.97.101

### Aviso legal de registos e assinaturas eletrônicos:

Aceite: 19/03/2018 11:16:59  
ID: cafb9578-06f8-441f-93ec-cb3b2caf96ec

Larissa Grecco  
larissagrecco@saofrancisco.com.br  
Nível de segurança: E-mail, Autenticação de conta (Nenhuma)

DocuSigned by:  
*Larissa Grecco*  
6805293788CB4B1...

Enviado: 19/03/2018 11:21:04  
Visualizado: 19/03/2018 11:24:18  
Assinado: 19/03/2018 11:28:17

Utilizar o endereço IP: 186.201.221.219

### Aviso legal de registos e assinaturas eletrônicos:

Aceite: 19/03/2018 11:07:35  
ID: 92c75147-fa3a-4957-bfbc-662df51938d9

Anna Carolina Bentlin  
annabentlin@saofrancisco.com.br  
Nível de segurança: E-mail, Autenticação de conta (Nenhuma)

DocuSigned by:  
*Anna Carolina Bentlin*  
4BB9C92F3DC347F...

Enviado: 19/03/2018 11:28:27  
Visualizado: 19/03/2018 12:20:10  
Assinado: 19/03/2018 12:20:46

Utilizar o endereço IP: 189.63.227.195

### Aviso legal de registos e assinaturas eletrônicos:

Aceite: 19/03/2018 12:20:10  
ID: 4fd9cf6e-3afb-4650-8d00-397eb5921e74

Eventos do signatário	Assinatura	Carimbo de data/hora
<p>Carlos Prebelli  carlosprebelli@saofrancisco.com.br  Gerente  São Francisco Sistema de Saúde  Nível de segurança: E-mail, Autenticação de conta (Nenhuma)</p> <p><b>Aviso legal de registos e assinaturas eletrónicos:</b>  Não disponível através do DocuSign</p>	<p>DocuSigned by:    4DCCFB90E4994F1...</p> <p>Utilizar o endereço IP: 186.201.221.219</p>	<p>Enviado: 19/03/2018 12:20:56  Visualizado: 20/03/2018 07:58:21  Assinado: 20/03/2018 07:58:46</p>

Eventos de signatário presencial	Assinatura	Carimbo de data/hora
----------------------------------	------------	----------------------

Eventos de entrega do editor	Estado	Carimbo de data/hora
------------------------------	--------	----------------------

Eventos de entrega do agente	Estado	Carimbo de data/hora
------------------------------	--------	----------------------

Evento de entrega do intermediário	Estado	Carimbo de data/hora
------------------------------------	--------	----------------------

Eventos de entrega certificada	Estado	Carimbo de data/hora
--------------------------------	--------	----------------------

<p>Larissa Fernanda Gustavo Grecco  larissagrecco@saofrancisco.com.br  Nível de segurança: E-mail, Autenticação de conta (Nenhuma)</p>	<p><b>Visualizado</b></p> <p>Utilizar o endereço IP: 186.201.221.219</p>	<p>Enviado: 19/03/2018 11:06:47  Visualizado: 19/03/2018 11:07:35</p>
--	--	---

**Aviso legal de registos e assinaturas eletrónicos:**

Aceite: 19/03/2018 11:07:35  
ID: 92c75147-fa3a-4957-bfbc-662df51938d9

Eventos de cópia	Estado	Carimbo de data/hora
------------------	--------	----------------------

Eventos de notário	Assinatura	Carimbo de data/hora
--------------------	------------	----------------------

Eventos de resumo de envelope	Estado	Carimbo de data/hora
-------------------------------	--------	----------------------

Envelope enviado	Com hash/encriptado	19/03/2018 12:20:56
Entrega certificada	Segurança verificada	20/03/2018 07:58:21
Concluído	Segurança verificada	20/03/2018 07:58:46

Eventos de pagamento	Estado	Carimbo de data/hora
----------------------	--------	----------------------

Aviso legal de registos e assinaturas eletrónicos
---

# **CONSENTIMENTO PARA RECEBIMENTO DE REGISTROS E DIVULGAÇÕES EM FORMATO ELETRÔNICO**

## **Registros e Divulgações Em Formato Eletrônico**

Periodicamente, a SÃO FRANCISCO SISTEMAS DE SAÚDE SOCIEDADE EMPRESÁRIA LTDA (“Companhia”) poderá estar legalmente obrigada a fornecer avisos ou divulgações por escrito aos usuários (individualmente, “Usuário”) do sistema de assinatura eletrônica da DocYouSign (“DocYouSign”), empresa do grupo econômico da Companhia. Estão descritos neste “Consentimento para Recebimento de Registros e Divulgações em Formato Eletrônico” (“Consentimento”) os termos e condições para que sejam fornecidos aos Usuários os referidos avisos e divulgações em formato eletrônico.

Usuário, por gentileza, leia cuidadosa e minuciosamente todas as informações abaixo, e ao conseguir acessar estas informações eletronicamente de forma satisfatória e concordar com estes termos e condições, confirme sua concordância marcando o campo “Eu concordo” ao final deste documento.

## **Obtenção de cópias impressas**

A qualquer momento, o Usuário poderá solicitar uma cópia impressa de qualquer registro a ele fornecido ou disponibilizado eletronicamente pela Companhia. Documentos enviados através do sistema DocYouSign (“Sistema”) poderão ser baixados e impressos durante e imediatamente após a sessão de assinatura de um documento eletrônico e, mediante a abertura de uma conta de assinante no Sistema, o Usuário poderá acessar os referidos documentos durante um prazo limitado, geralmente 30 dias contados da data do primeiro envio. Após esse período, será possível o envio de cópias impressas ao Usuário de quaisquer desses documentos mediante o pagamento de uma taxa no valor de R\$ 0.00 por página.

## **Revogação de seu consentimento**

O Usuário poderá, a qualquer momento, revogar o seu consentimento para receber avisos e divulgações pela Companhia em formato eletrônico, ora manifestado através do clique no campo “Eu concordo” abaixo. Nesse caso, futuros avisos e divulgações enviados pela Companhia ao Usuário serão entregues somente em formato impresso e será necessário comunicar a Companhia na forma prevista abaixo.

To contact us by email send messages to: [vanderriscifina@saofrancisco.com.br](mailto:vanderriscifina@saofrancisco.com.br)

## **Consequências da revogação de consentimento**

Caso o Usuário decida receber avisos e divulgações apenas em formato impresso, a conclusão de determinadas etapas envolvendo transações em que seja necessária a participação do Usuário, assim como a prestação de determinados serviços, se tornará mais lenta porque: (i) será necessário que a Companhia primeiramente envie ao Usuário os avisos ou divulgações requeridos em formato impresso; e (ii) será necessário aguardar o retorno do aviso de recebimento, pelo Usuário, dos referidos avisos ou divulgações impressos.

Para informar a Companhia da alteração desse método, o Usuário deverá revogar o consentimento através do preenchimento do formulário “Revogação de Consentimento” da

DocYouSign que consta da página de assinatura de um Envelope do Sistema ao invés de assiná-lo. A assinatura do referido formulário significará que o Usuário não mais possui interesse em receber avisos e divulgações em formato eletrônico, e conseqüentemente, o acesso pelo Usuário ao Sistema para receber e assinar tais documentos será suspenso.

## **Todos os avisos e divulgações serão enviados eletronicamente**

Salvo declaração em contrário de acordo com os procedimentos ora descritos, durante o curso do contrato de prestação de serviços celebrado entre o Usuário e a Companhia, a Companhia fornecerá e disponibilizará ao Usuário todos os avisos, divulgações, autorizações, reconhecimentos e outros documentos em formato eletrônico através do Sistema.

Com o objetivo de mitigar o risco de que o Usuário inadvertidamente deixe de receber qualquer aviso ou divulgação, todos os avisos e divulgações fornecidos pela Companhia ao Usuário serão efetuados através do mesmo método e para o mesmo endereço inicialmente por ele informado.

Dessa forma, será possível que o Usuário receba todas as divulgações e avisos em formato eletrônico ou impresso através do sistema de entrega de material impresso por correio. Caso o Usuário não concorde com este procedimento, o Usuário deverá informar a Companhia de acordo com o procedimento abaixo descrito.

### **Como contatar a Companhia:**

Os seguintes meios poderão ser utilizados pelo Usuário para contatar a Companhia para informar sobre a mudança do formato em que deverá ocorrer o contato com o Usuário, solicitar cópias impressas de determinadas informações e revogar seu consentimento prévio para receber avisos e divulgações em formato eletrônico:

E-mail: [vanderriscifina@saofrancisco.com.br](mailto:vanderriscifina@saofrancisco.com.br)

### **Procedimento para o Usuário informar a Companhia sobre seu novo endereço de e-mail:**

Para informar a Companhia sobre uma mudança em seu endereço de e-mail para o qual deverão ser enviados avisos e divulgações eletronicamente, o Usuário deverá enviar uma mensagem por e-mail para o endereço [vanderriscifina@saofrancisco.com.br](mailto:vanderriscifina@saofrancisco.com.br). O corpo da mensagem deverá conter: o endereço de e-mail anterior e o novo endereço de e-mail do Usuário, não sendo necessária nenhuma outra informação para alteração do endereço de e-mail anteriormente cadastrado.

Além disso, o Usuário deverá notificar a Companhia para que o seu novo endereço de e-mail seja refletido em sua conta no Sistema, seguindo o processo para mudança de e-mail no Sistema.

### **Procedimento para o Usuário solicitar à Companhia cópias impressas de avisos e divulgações:**

Para solicitar a entrega de cópias impressas de avisos e divulgações previamente fornecidos pela Companhia em formato eletrônico, o Usuário deverá enviar uma mensagem de e-mail para [vanderriscifina@saofrancisco.com.br](mailto:vanderriscifina@saofrancisco.com.br). O corpo da mensagem deverá conter: o endereço de e-mail do Usuário, seu nome completo, endereço postal no Brasil e número de telefone. A Companhia poderá, a qualquer momento, enviar ao Usuário a cobrança das taxas, se aplicáveis.

We will bill you for any fees at that time, if any.

### **Procedimento para o Usuário comunicar a Companhia**

## **quanto à revogação do seu consentimento:**

Para informar a Companhia que não deseja mais receber futuros avisos e divulgações em formato eletrônico, o Usuário poderá:

- (i) recusar-se a assinar um documento proveniente de sessão do Sistema, e na página seguinte, assinalar o item indicando a sua intenção de revogar seu consentimento; ou
- (ii) enviar uma mensagem de e-mail para [Suporte\\_DS@docyousign.com.br](mailto:Suporte_DS@docyousign.com.br) e, no corpo da mensagem, informar seu e-mail, nome completo, endereço postal no Brasil e número de telefone, não sendo necessária nenhuma outra informação para revogação do consentimento ora manifestado. Como consequência da revogação do consentimento para envio de avisos e divulgações em formato eletrônico, as transações poderão levar mais tempo para serem processadas

We do not need any other information from you to withdraw consent. The consequences of your withdrawing consent for online documents will be that transactions may take a longer time to process.

## **Hardware e software necessários\*\*:**

Sistemas Operacionais: Windows® XP, Windows® 7, Windows® 8 e Mac OS® X

Navegadores: Versões finais do Internet Explorer® 9.0 ou acima (Windows apenas); Versão final do Mozilla Firefox e 2 anteriores (Windows e Mac), Versão final do Chrome e 2 anteriores (Windows e Mac), Versão final do Safari e 2 anteriores (Mac apenas)

Leitor de PDF: Acrobat® ou software similar pode ser exigido para visualizar e imprimir arquivos em PDF

Java: Sun (JRE) 1.6 ou acima.

Resolução de Tela: mínimo de 800 x 600

Ajustes de Segurança Habilitados: Permitir cookies por sessão

\*\* Estas exigências mínimas estão sujeitas a alterações. No caso de alteração dessas exigências, será solicitado que o Usuário refaça o procedimento de concordância com este Consentimento . O Sistema não suporta versões experimentais (por ex.: beta) de sistemas operacionais e navegadores.

## **Reconhecimento de acesso pelo Usuário e consentimento para recebimento de materiais em formato eletrônico**

Para confirmar que o Usuário pode acessar essa informação em formato eletrônico, a qual será similar a outros avisos e divulgações eletrônicas enviadas futuramente pela Companhia ao Usuário, o Usuário deverá verificar se foi possível (a) ler, imprimir, salvar ou enviar por e-mail este Consentimento para futura referência e acesso; ou (b) enviar o presente Consentimento, via e-mail, para um endereço através do qual seja possível que o Usuário o imprima ou salve para futura referência e acesso. Caso o Usuário concorde em receber avisos e divulgações exclusivamente em formato eletrônico nos termos e condições descritos acima, o Usuário deverá pressionar o campo “Eu concordo” abaixo.

Ao pressionar o campo “Eu concordo”, o Usuário confirma que:

- (i) pode acessar e ler este Consentimento;
- (ii) pode imprimir, salvar e enviar por e-mail este Consentimento para futura impressão, referência e acesso; e
- (iii) até ou a menos que a Companhia seja notificada, conforme descrito acima, consente em

receber exclusivamente em formato eletrônico, todos os avisos, divulgações, autorizações, reconhecimentos e outros documentos que devam ser fornecidos ou disponibilizados pela Companhia ao Usuário durante o período de prestação de serviços pela Companhia.