



GRUPO CABERJ

Gestão profissional em saúde

Contrato Coletivo Empresarial

ANS 32.436-1

SUMÁRIO

CLÁUSULA I - QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA	3
CLÁUSULA II - QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE.....	3
CLÁUSULA III - NOME COMERCIAL E Nº DE REGISTRO DO PLANO NA ANS	3
CLÁUSULA IV - TIPO DE CONTRATAÇÃO	3
CLÁUSULA V - SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE	3
CLÁUSULA VI - ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE	3
CLÁUSULA VII - ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE.....	4
CLÁUSULA VIII - PADRÃO DE ACOMODAÇÃO	4
CLÁUSULA IX - FORMAÇÃO DE PREÇO.....	4
CLÁUSULA X – ATRIBUTOS DO CONTRATO	5
CLÁUSULA XI - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO	5
CLÁUSULA XII - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS	6
CLÁUSULA XIII - EXCLUSÕES DE COBERTURA	10
CLÁUSULA XIV – DURAÇÃO DO CONTRATO.....	13
CLÁUSULA XV - PERÍODOS DE CARÊNCIA.....	13
CLÁUSULA XVI – DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES	15
CLÁUSULA XVII – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	17
CLÁUSULA XVIII – MECANISMO DE REGULAÇÃO	19
CLÁUSULA XIX – FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE.....	21
CLÁUSULA XX – REAJUSTE	22
CLÁUSULA XXI - FAIXAS ETÁRIAS	25
CLÁUSULA XXII – REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS	26
CLÁUSULA XXIII – CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO	28
CLÁUSULA XXIV – RESCISÃO	28
CLÁUSULA XXV – DISPOSIÇÕES GERAIS.....	29
CLÁUSULA XXVI – ELEIÇÃO DE FORO	32

Cláusula I - QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA

Contrato de Plano Privado de Assistência à Saúde, que fazem entre si, de um lado, como CONTRATADA, CAIXA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE - CABERJ, operadora de Plano de Assistência à Saúde com sede na RUA DO OUVIDOR, 91 - 2º ao 5º ANDAR – CENTRO, RIO DE JANEIRO - RJ, inscrita no CNPJ sob o n.º 42.182.170/0001-84, Certificado de Registro junto à AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS n.º 32.436-1, de acordo com a Lei n.º 9656 de 03/06/1998 e Medida Provisória n.º 2.177-44 de 24/08/2001, classificada como Medicina de grupo, que comercializam produtos devidamente regulamentados.

Cláusula II - QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE

Razão Social:
Nome Fantasia:
CNPJ:
Endereço:
Bairro:
Cidade:
Estado (UF):
CEP:

Cláusula III - NOME COMERCIAL E Nº DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

NOME COMERCIAL	Nº DE REGISTRO NA ANS
COLABORADOR BASICO 20	469.210/13-1

Cláusula IV - TIPO DE CONTRATAÇÃO

- COLETIVO EMPRESARIAL
-

Cláusula V - SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE

- AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA
-

Cláusula VI - ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE

- Área de abrangência geográfica: Estadual
-

Cláusula VII - ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE

- Rio de Janeiro

Cláusula VIII - PADRÃO DE ACOMODAÇÃO

NOME DO PLANO	ACOMODAÇÃO
Colaborador Basico 20	Enfermaria

Não havendo disponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos credenciados pela CONTRATADA, caso o Beneficiário esteja inscrito no plano cuja modalidade é Enfermaria, a ele será garantido o acesso à acomodação em nível superior à prevista, sem ônus adicional, na rede credenciada, até que haja disponibilidade de leito, quando será providenciada a transferência.

Cláusula IX - FORMAÇÃO DE PREÇO

O valor da contraprestação pecuniária, a ser efetuado pelo CONTRATANTE, e seus beneficiários, pertinente à cobertura assistencial contratada, baseia-se no sistema pré-estabelecido entre as partes contratantes.

INSTRUMENTO JURÍDICO

CLÁUSULA X – ATRIBUTOS DO CONTRATO

O presente contrato tem por objetivo a prestação continuada de serviços na forma de Plano Privado de Assistência à Saúde médico-hospitalar, conforme previsto no inciso I, art. 1º da Lei 9.656/98, abrangendo a cobertura descrita na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, CID 10, nas especialidades definidas pelo Conselho Federal de Medicina, bem como no Rol de Procedimentos Médicos editados pela ANS, vigente à época do evento, aos Beneficiários regularmente inscritos, na forma e condições deste instrumento.

O presente contrato é de adesão, bilateral, gerando direitos e obrigações para as partes, conforme dispõe o Código Civil Brasileiro, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

CLÁUSULA XI - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

Plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à CONTRATANTE por relação empregatícia ou estatutária.

Podem ser inscritos no plano como Beneficiários Titulares as pessoas que comprovem o(s) seguinte(s) vínculo(s) com a CONTRATANTE:

- I - os sócios da pessoa jurídica contratante;
- II - os administradores da pessoa jurídica contratante;
- III – os trabalhadores devidamente registrados, conforme determinado na CLT;
- IV – os trabalhadores temporários, devidamente registrados;
- V – os estagiários e menores aprendizes;

A CONTRATADA poderá exigir, a qualquer tempo, documentos que comprovem o vínculo entre beneficiário TITULAR e CONTRATANTE, sob pena de: a CONTRATANTE não o fazendo, o usuário poderá **não** ter seu registro no plano efetuado e/ou ter sua matrícula **cancelada**, cessando por completo as obrigações da CONTRATADA.

Podem ser inscritos pelo Titular como Beneficiários Dependentes, a qualquer tempo, mediante a comprovação das qualidades abaixo indicadas e da dependência econômica em relação àquele:

- a) O cônjuge;
- b) O companheiro, havendo união estável na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial.
- c) Os filhos e enteados, ambos com até 18 anos incompletos ou, se estudantes universitários, até 24 anos incompletos;
- d) Os tutelados e os menores sob guarda judicial;

A adesão do grupo familiar dependerá da participação do Titular no plano privado de assistência à saúde.

O recém-nascido, filho natural ou adotivo de beneficiário, terá assegurada inscrição como Dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência e sendo vedada qualquer alegação de doença ou lesão pré-existente, ou aplicação de cobertura parcial temporária ou agravado, desde que inscrito no prazo máximo de trinta dias do nascimento ou da adoção.

Em caso de inscrição de filho adotivo menor de 12 (doze) anos, serão aproveitados os períodos de carência já cumpridos pelo Beneficiário Titular ou Dependente adotante.

O CONTRATANTE encaminhará à CONTRATADA, mensalmente, até o 20º (vigésimo) dia de cada mês, a movimentação Cadastral do Contrato, ou seja, a Relação dos Beneficiários que aderiram ao Plano, nas Condições previstas neste Contrato, mediante assinatura da Ficha de Inscrição respectiva e dos que forem excluídos, ocorrendo às hipóteses previstas nestas Condições Gerais.

CLÁUSULA XII - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

A CONTRATADA assegurará aos beneficiários regularmente inscritos e satisfeitas as respectivas condições, a cobertura básica prevista neste Título, compreendendo a cobertura de todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, visando o tratamento de todas as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde da Organização Mundial de Saúde/10º Revisão CID-10, conforme Rol de Procedimentos E Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente à época do evento.

A participação de profissional médico anestesiológico nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento terá cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínica.

Está garantida, ainda, a cobertura para os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho.

A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais priorizará o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando-se a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e de acordo com indicação do médico assistente.

Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10º Revisão - CID - 10, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto infligidas, estão obrigatoriamente cobertos.

O atendimento, dentro da segmentação e da área de abrangência estabelecida no contrato, está assegurado independentemente do local de origem do evento.

COBERTURAS AMBULATORIAIS EM UNIDADES DA REDE REFERENCIADA PELA CONTRATADA:

A cobertura ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatórios, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.

I - cobertura de consultas médicas com médicos credenciados, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, em especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

II - cobertura de 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.

III - Procedimentos de fisioterapia em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente.

IV - cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais:

- a) Hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- b) Quimioterapia oncológica ambulatorial;
- c) Radioterapia;
- d) Procedimentos de hemodinâmica ambulatorial;
- e) Hemoterapia ambulatorial;
- f) Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

V - tratamento de todos os transtornos psiquiátricos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10ª Revisão - CID - 10, incluindo:

- a) O atendimento às emergências psiquiátricas, assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes;
- b) A psicoterapia de crise, entendida esta como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, com duração máxima de 12 (doze) semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência e sendo limitadas a 12 (doze) sessões por ano de contrato, não cumulativas;
- c) O tratamento básico, que é aquele prestado por médico, com número ilimitado de consultas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente.

COBERTURAS HOSPITALARES EM UNIDADES DA REDE REFERENCIADA PELA CONTRATADA:

Durante a internação clínica, inclusive a psiquiátrica e/ou cirúrgica, a CONTRATADA garante aos beneficiários, dentro dos recursos próprios, credenciados ou contratados, os seguintes serviços hospitalares:

I - diárias de internação hospitalar, sem limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, a critério do médico assistente, reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina;

II - cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada à limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;

III - cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;

IV - cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença 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;

V - cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica prevista no contrato, em território brasileiro;

VI - cobertura de despesas de acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital a acompanhante de beneficiário menor de dezoito anos e com idade igual ou superior a 60 anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente, nas mesmas condições da cobertura contratada, exceto nos casos de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares;

VII - cobertura de cirurgias odontológicas buco-maxilo-facial realizada por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar;

VIII - Cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica.

IX - cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada ao nível de internação hospitalar:

- a) hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;
- b) quimioterapia oncológica ambulatorial;

- c) radioterapia incluindo radiomoldagem, radioimplante e braquiterapia;
- d) hemoterapia;
- e) nutrição parenteral e enteral;
- f) procedimentos diagnóstico e terapêuticos em hemodinâmica;
- g) embolizações
- h) radiologia intervencionista;
- i) exames pré anestésicos ou pré cirúrgicos;
- j) procedimentos de fisioterapia;
- k) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos a transplante de Rim e Córnea, exceto medicação de manutenção.

X - cobertura de 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.

XI - Cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções;

XII - Procedimentos relativos ao pré-natal e à assistência ao parto e puerpério;

XIII - Cobertura de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, e pós-parto imediato;

XIV - cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, sendo vedada qualquer alegação de DLP ou aplicação de CPT ou Agravo, desde que o beneficiário (pai ou mãe do recém-nascido) tenha cumprido carência de 300 dias para parto a termo;

XV - todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos, bem como tratamentos decorrentes de transtornos psiquiátricos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10ª Revisão - CID - 10, incluindo:

a) o custeio integral de pelo menos 30 (trinta) dias de internação, por ano de contrato, não cumulativos, contínuos ou não, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise.

b) O custeio parcial, a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação, por ano de contrato, não cumulativos, contínuos ou não, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise, com coparticipação do Beneficiário de 50% (cinquenta por cento) observados os tetos estabelecidos nos normativos vigentes;

c) o custeio integral de pelo menos 15 (quinze) dias de internação, por ano de contrato não cumulativos, contínuos ou não, em hospital geral, para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização.

d) O custeio parcial, a partir do 16º (décimo sexto) dia de internação, por ano de contrato, não cumulativos, contínuos ou não, em hospital geral, para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização, com coparticipação do Beneficiário de 50% (cinquenta por cento) observados os tetos estabelecidos nos normativos vigentes;

e) cobertura de 08 (oito) semanas anuais de tratamento em regime de hospital-dia para os diagnósticos: F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79 e F90 a F98 relacionados no CID - 10, ao beneficiário terão assegurado 180 (cento e oitenta) dias por ano de tratamento em regime de hospital-dia.

f) procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto infringidas.

XVI - transplantes de rim e córnea e dos transplantes autólogos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, sem prejuízo da legislação específica que normatiza estes procedimentos, conforme abaixo:

a) Entendem-se como despesas com procedimentos vinculados, todas aquelas necessárias à realização do transplante, incluindo, quando couber:

a.1) as despesas assistenciais com doadores vivos;

a.2) os medicamentos utilizados durante a internação;

a.3) o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;

a.4) as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.

b) Os beneficiários candidatos a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica deverão, obrigatoriamente, estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de seleção.

c) É de competência privativa das Centrais de Notificações, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs, dentro das funções de gerenciamento que lhe são atribuídas pela legislação em vigor determinar o encaminhamento de equipe especializada e providenciar o transporte de tecidos e órgãos aos estabelecimentos de saúde autorizado em que se encontre o receptor.

CLÁUSULA XIII - EXCLUSÕES DE COBERTURA

Fica expressamente ajustado entre as partes, que a operadora não se responsabilizará pela prestação dos serviços abaixo relacionados que estão excluídos da cobertura contratual, salvo se estes, vierem a integrar o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e suas atualizações.

1- PROCEDIMENTOS MÉDICOS:

1.1- Não estão cobertos procedimentos médicos que não constem da relação do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente à época do evento.

1.2- Atendimentos, procedimentos, exames ou tratamentos realizados fora do território nacional, mesmo nos casos de urgência e emergência;

1.3- Atendimentos, procedimentos, exames ou tratamentos realizados em território nacional fora da área de abrangência contratual;

1.4- Tratamentos clínicos, procedimentos e exames decorrentes de tratamentos não custeados pela operadora, exceto se o evento/consequência encontrar-se previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, ocasião em que a cobertura será obrigatória independentemente da causa;

1.5- Procedimentos clínicos, cirúrgicos ou laboratoriais, para patologias não relacionadas no Código Internacional de Doenças (CID-10);

1.6- Tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais; tratamentos e cirurgias não éticos ou ilegais, assim definidos sob o aspecto médico; cirurgias para mudança de sexo;

1.7- Procedimentos clínicos ou cirúrgicos com finalidades estéticas, cosméticas, bem como órteses e próteses para o mesmo fim; internações ou hotelaria em Spas ou Clínicas de Emagrecimento seus procedimentos, materiais ou medicamentos e honorários profissionais;

1.8- Escleroterapia de varizes;

1.9- Procedimentos clínicos ou cirúrgicos de natureza estética em geral;

1.10- Cirurgia refrativa, de miopia com grau inferior a 5 (cinco) e de hipermetropia com grau superior a 6 (seis);

1.11- Tratamentos clínicos e/ ou cirurgias, para rejuvenescimento, bem como para prevenção de envelhecimento; tratamento cirúrgico para obesidade que não se enquadrem nos critérios definidos pelo Ministério da Saúde;

1.12- Transplantes de: fígado; coração; medula; pâncreas; pulmão; ou outro de qualquer natureza, exceto o de rim e córnea e os transplantes autólogos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

1.13- Implantes que não constem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

1.14- Tratamento odontológico, exceto cirurgia buco-maxilo-facial e procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que necessitem de estrutura hospitalar por imperativo clínico;

1.15- Procedimentos e consultas médicas em especialidades não reconhecidas pelo Ministério da Saúde e Conselho Federal de Medicina;

- 1.16- Exame de paternidade;
- 1.17- Acupuntura por profissionais não médicos, e por médicos não credenciados;
- 1.18- Necropsia, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- 1.19- Aviamento de óculos; gesso sintético; aparelhos de surdez; aparelhos destinados à reabilitação ou complementação de função;
- 1.20- Fornecimento de próteses e órteses não ligadas ao ato cirúrgico;
- 1.21- Fornecimento de próteses, órteses e acessórios não registrados na ANVISA;
- 1.22- Medicamentos importados não nacionalizados, ou seja, sem registro vigente na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA;
- 1.23- Vacina imunizante (exceto se internado).

2- ATENDIMENTO DOMICILIAR:

- 2.1- Aluguel de equipamentos e similares para tratamento domiciliar;
- 2.2- Consultas, atendimentos ou visitas domiciliares de qualquer natureza, mesmo em caráter de urgência ou emergência;
- 2.3- Materiais e medicamentos para tratamento domiciliar;
- 2.4- Serviços de enfermagem em caráter particular;
- 2.5- Serviços de enfermagem domiciliar.
- 2.6- Remoção domiciliar

3- DESPESAS HOSPITALARES EXTRAORDINÁRIAS:

- 3.1- Despesas hospitalares extraordinárias referentes a: ligações telefônicas, lavagem de roupas, dieta ou produtos não prescritos pelo médico responsável; produtos de higiene pessoal; serviços extraordinários requeridos pelo usuário tais como, televisão, aparelho de ar condicionado, frigobar, estacionamento ou outras despesas que excedam o limite e condições do contrato.
- 3.2- Despesas hospitalares de iniciativa do usuário e não prescritas pelo médico assistente;
- 3.3- Internações hospitalares fora das condições previstas no contrato;
- 3.4- Acomodação hospitalar em padrão de conforto superior ao estabelecido no contrato, salvo na hipótese da ocorrência do artigo 33 da lei 9.656/98;
- 3.5- Todas as despesas com acompanhantes, inclusive alimentação, exceto alimentação para o acompanhante de menores de 18 anos e maiores de 60 anos e para os portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente;
- 3.6- Serviços de enfermagem em caráter particular em regime hospitalar.

3.7- Procedimento assistencial que exija autorização prévia e realizado à revelia da Operadora, exceto nos casos de urgência e emergência;

3.8- Não estão asseguradas as despesas com consultas, tratamentos e internações relacionadas antes do início da cobertura ou do cumprimento das carências previstas em contrato; e

3.9- Atendimento em casos de cataclismos, guerras, comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.

CLÁUSULA XIV – DURAÇÃO DO CONTRATO

O presente Contrato vigorará pelo prazo de 12 meses, contados da data da assinatura do contrato, desde que até este momento não seja feito nenhum pagamento à operadora.

O contrato será renovado automaticamente, por prazo indeterminado, ao término da vigência inicial, sem cobrança de qualquer taxa ou outro valor no ato da renovação, salvo manifestação formal em contrário por qualquer uma das partes, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias anteriores ao seu vencimento.

Cláusula XV - PERÍODOS DE CARÊNCIA

Para ter direito aos serviços objeto deste contrato os beneficiários deverão cumprir os períodos de carências ajustados nesta cláusula. Os períodos de carência passarão a fluir em função de cada beneficiário, a partir da data de sua inscrição. Os períodos de carência que deverão ser observados pelos beneficiários são:

- a) **24 (vinte e quatro) horas** - para atendimentos de urgência e emergência;
- b) **30 (trinta) dias** – para consultas médicas; exames de análises clínicas e histocitopatológicas (excetos os constantes das alíneas subsequentes); exames radiológicos simples (sem contraste); exames e testes oftalmológicos; exames e testes otorrinológicos, exceto videolaringoscopia computadorizada; eletrocardiograma convencional; eletroencefalograma convencional; inaloterapia; provas de funções respiratórias;
- c) **180 (cento e oitenta) dias** – para procedimentos cirúrgicos de porte anestésico 0 (zero) realizados em consultórios; densitometria óssea; monitorização ambulatorial de pressão arterial; endoscopias diagnósticas realizadas em consultório; exames e testes alergológicos; exames radiológicos com contraste; fisioterapia; eletrocardiografia dinâmica (Holter); teste ergométrico; ultrassonografia; perfil biofísico fetal e tococardiografia;
- d) **180 (cento e oitenta) dias** – para ultrassonografia morfológica; dopplerfluxometria; videolaringoscopia computadorizada;
- e) **180 (cento e oitenta) dias** – para ecocardiografia/ecodoppler; ultrassonografia com doppler;

- f) **180 (cento e oitenta) dias** – para exames de análises clínicas pelo método de pesquisa P.C.R. e histocitopatológicos por histoquímica; hibridização molecular; pesquisa de anticorpos Anti-HTLV III – Western Blot;
- g) **180 (cento e oitenta) dias** – para eletroencefalograma prolongado; mapeamento cerebral; polissonografia; potencial evocado; eletroneuromiografia; eletromiografia;
- h) **180 (cento e oitenta) dias** – para cintilografia; mielografia; medicina nuclear; ressonância nuclear magnética; tomografia computadorizada; litotripsia; angiotomografia coronariana; acupuntura; Tilt Teste; pet-scan oncológico; tomografia de coerência óptica;
- i) **180 (cento e oitenta) dias** – para cirurgias por vídeo e/ou exames diagnósticos; laparoscopia diagnóstica e terapêutica; endoscopias que não possam ser realizadas em consultório médico; terapia renal substitutiva; internações eletivas clínicas e/ou cirúrgicas; exames e acompanhamentos intraoperatórios; transplante de córnea e de rim; transplante de medula óssea autóloga ou heteróloga (alogenica); citogenética; genética molecular; fornecimento de órteses ligadas ao ato cirúrgico; internações para tratamentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos; sessões de psicoterapia; consultas e sessões de nutricionistas, fonoaudiólogos, terapeuta ocupacional e psicólogo; quimioterapia; radioterapia; cirurgia refrativa (correção de miopia e hipermetropia com ou sem astigmatismo); transfusão de sangue e hemoderivados; procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica; neurorradiologia; radiologia intervencionista; oxigenoterapia hiperbárica; radiocirurgia; terapia imunobiológica intravenosa; tratamento ocular quimioterápico com antiangiogênico; estudo ultrassonográfico intravascular; implante coclear e todos os demais atendimentos médicos e/ou cirúrgicos porventura, não elencados nesta cláusula;
- j) **300 (trezentos) dias** – para parto a termo.

As despesas decorrentes da utilização dos serviços durante o período de carência serão de responsabilidade da CONTRATANTE.

Não será exigida carência quando houver a inscrição de 30 (trinta) beneficiários ou mais na data do efetivo início de vigência do Contrato.

Respeitada a condição de o contrato possuir mais de 30 (trinta) beneficiários no início de vigência e, enquanto mantiver esta condição, não será exigido o cumprimento de carências, desde que as novas inclusões de beneficiários se enquadrem em uma destas condições:

1. A inscrição do beneficiário neste contrato ocorrer em até 30 (trinta) dias da data de celebração do contrato e/ou da admissão do beneficiário Titular pela CONTRATANTE;
2. O beneficiário dependente que for inscrito pelo Titular no prazo de até 30 (trinta) dias da data de celebração do contrato e/ou da admissão do beneficiário Titular pela CONTRATANTE.

CLÁUSULA XVI – DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

O beneficiário deverá informar à CONTRATADA, quando expressamente solicitado na documentação contratual por meio da Declaração de Saúde, 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.

Doenças ou Lesões Preexistentes são aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei nº 9656/1998, o inciso IX do art 4º da Lei nº 9961/2000 e as diretrizes estabelecidas na Resolução Normativa nº 162/2007.

Para informar a existência de doenças e lesões preexistentes, o Beneficiário Titular preencherá o Formulário de Declaração de Saúde acompanhado da Carta de Orientação ao Beneficiário e poderá solicitar um médico para orientá-lo.

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 ou referenciados pela CONTRATADA, sem qualquer ônus para o beneficiário.

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.

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

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.

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, e, dependendo do caso, ser-lhe-á facultada a oferta do agravo. Caso a CONTRATADA não ofereça Cobertura Parcial Temporária no momento da adesão contratual, não caberá alegação de omissão de informação na Declaração de Saúde ou aplicação posterior de Cobertura Parcial Temporária ou Agravo.

Cobertura Parcial Temporária - CPT é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.

Agravo é 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 operadora e o beneficiário.

Na hipótese de Cobertura Parcial Temporária, a CONTRATADA somente poderá suspender a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta tecnologia e os procedimentos de alta complexidade, quando relacionados exclusivamente à Doença ou Lesão Preexistente.

Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no site www.ans.gov.br

É vedada à CONTRATADA a alegação de Doença ou Lesão Preexistente, decorridos 24 meses da data da celebração do contrato ou da adesão ao plano privado de assistência à saúde.

Nos casos de Cobertura Parcial Temporária, findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme a segmentação contratada e prevista na Lei nº 9.656/1998.

O Agravo será regido por Aditivo Contratual específico, cujas condições serão estabelecidas entre as partes, devendo constar menção expressa a percentual ou valor do Agravo e período de vigência do Agravo.

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 solicitar abertura de processo administrativo junto a ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do beneficiário à Cobertura Parcial Temporária.

Instaurado o processo administrativo na ANS, à CONTRATADA caberá o ônus da prova.

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.

A ANS efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação.

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

Após julgamento, e acolhida à 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.

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.

Não haverá Cobertura Parcial Temporária ou Agravado, nos casos de Doença e Lesão Preexistente, quando o número de participantes for igual ou maior que trinta, para os beneficiários que formalizarem o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante.

CLÁUSULA XVII – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

É obrigatória por parte da CONTRATADA a cobertura do atendimento nos casos de:

I - urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional; e

II - emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

A CONTRATADA garantirá os atendimentos decorrentes de acidentes pessoais, sem restrições, depois de decorridas 24 horas de vigência do contrato.

A cobertura será prestada por 12 (doze) horas ou, caso surja a necessidade de internação, por período inferior, para:

I - os atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, durante o cumprimento dos períodos de carência;

II - os atendimentos de urgência e emergência, quando efetuados no decorrer dos períodos de carência para internação; e

III - os casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia ou procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças ou lesões preexistentes.

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

DA REMOÇÃO

A remoção do paciente será garantida pela OPERADORA nas seguintes hipóteses:

I - para outra 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; e

II - para uma unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, quando houver o limite de 12 (doze) horas de atendimento, nas hipóteses citadas acima, e este for atingido ou surgir a necessidade de internação.

DA REMOÇÃO PARA O SUS

À CONTRATADA caberá 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.

Quando não puder haver remoção por risco de vida, o CONTRATANTE e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a CONTRATADA desse ônus.

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.

Se o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade que, ainda que pertencente ao SUS, não disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento, ficará a CONTRATADA desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

DO REEMBOLSO

A CONTRATADA assegurará o reembolso, no limite das obrigações deste Contrato, das despesas efetuadas pelo Beneficiário com assistência à saúde, dentro da área de abrangência geográfica do plano, nos casos exclusivos de urgência e/ou emergência, quando não for possível a utilização dos serviços de prestadores da rede assistencial credenciada pela CONTRATADA e, ainda, das despesas efetuadas com os serviços de anestesia, em procedimentos cobertos pelo contrato, eletivos e/ou de urgência/emergência.

O beneficiário terá o prazo de 1 (um) ano para solicitar o reembolso à CONTRATADA;

O pagamento do reembolso de que trata o item anterior será efetuado de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados junto à rede credenciada para este produto, vigente à data do pagamento, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da apresentação dos seguintes documentos originais:

- Relatório do médico assistente, declarando:
 - ✓ O nome do paciente;
 - ✓ Código de identificação;
 - ✓ Descrição do tratamento e respectiva justificativa dos procedimentos realizados;
 - ✓ Data do atendimento;
 - ✓ Período de permanência no hospital e data da alta hospitalar;
 - ✓ CID da doença básica;
 - ✓ Descrição das complicações quando for o caso e relatório de alta;

- ✓ Declaração do médico assistente atestando o estado de emergência, quando for o caso;
- Conta hospitalar discriminando materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com notas fiscais, faturas ou recibos do hospital;
- Recibos individualizados de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, discriminando funções e o evento a que se referem;
- Comprovantes relativos aos serviços de exames complementares de diagnóstico e terapia, e serviços auxiliares.

Somente serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao Beneficiário, realizado enquanto perdurar o estado de urgência ou emergência, quando for o caso.

CLÁUSULA XVIII – MECANISMO DE REGULAÇÃO

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO

Será fornecido ao Beneficiário Titular, através da CONTRATANTE, o Orientador Médico do Usuário, contendo os dados dos prestadores de serviços credenciados pela CONTRATADA, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde – MPS e o Guia de Leitura Contratual – GLC, conforme matriz disponibilizada pela CONTRATADA concomitante à assinatura deste Contrato.

Nenhum atendimento ao serviço previsto neste contrato será realizado sem a apresentação do Cartão de Identificação do beneficiário fornecida e expedida pela CONTRATADA para os beneficiários cadastrados no Plano, acompanhada de cédula de identidade dos mesmos ou, inexistindo tal documento, outro que surta efeitos similares, exceto nos casos de urgência e emergência.

O beneficiário, no extravio do Cartão, para obter uma 2ª (segunda) via, comunicará o fato imediatamente à CONTRATADA, arcando com as despesas da confecção de outra via.

Cessa a responsabilidade do beneficiário a partir da comunicação do extravio do cartão de identificação.

AUTORIZAÇÕES PRÉVIAS

Para a realização dos procedimentos contratados será necessária a obtenção de AUTORIZAÇÃO PRÉVIA através de GUIA, exceto consultas e os casos caracterizados como urgência e emergência.

O pedido médico deverá ser apresentado à Central de Emissão de Guias da CONTRATADA que emitirá resposta pelo profissional avaliador no prazo de 01 (um) dia útil, a contar da data da solicitação à CONTRATADA, ou em prazo inferior, quando caracterizada a urgência.

Os procedimentos deverão ser solicitados pelo médico-assistente ou cirurgião-dentista em formulário específico e disponibilizado pela CONTRATADA, ou quando não credenciado,

em Receituário, contendo dados do BENEFICIÁRIO, descrição dos exames e especificação de acordo com CID.

DA JUNTA MÉDICA

A CONTRATADA garante, no caso de situações de divergência médica, a definição do impasse através de junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo beneficiário, por médico da operadora e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais nomeados.

Cada uma das partes pagará os honorários do profissional que nomear, exceto se o médico-assistente escolhido pelo beneficiário pertencer à rede credenciada ou própria da CONTRATADA, que nesse caso, arcará com os honorários de ambos os nomeados. A remuneração do terceiro desempataador deverá ser paga pela operadora.

DA COPARTICIPAÇÃO

Coparticipação é a participação na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário diretamente à operadora, após a realização de procedimento.

Os valores ou percentuais referentes à coparticipação estarão de acordo com o normativo editado pela ANS vigente, e serão devidamente preenchidos no momento da contratação.

Segmento Ambulatorial:

- a) Consultas, no valor de: Conforme Anexo-I deste Contrato;
- b) Exames Básicos de Apoio Diagnóstico, no valor de: Conforme Anexo-I deste Contrato;
- c) Exames Especiais de Apoio Diagnóstico, no valor de: Conforme Anexo-I deste Contrato;

SERVIÇOS PRÓPRIOS E REDE CREDENCIADA

Será fornecida ao beneficiário uma relação (Orientador Médico) contendo os dados dos prestadores de serviços próprios e credenciados pela CONTRATADA, obedecidas as regras que disciplinam o atendimento dos mesmos, sendo que os beneficiários com mais de 60 (sessenta anos), as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até 05 (cinco) anos possuem privilégios na marcação de consultas, exames e qualquer outros procedimentos em relação aos demais beneficiários.

A relação contendo os dados dos prestadores de serviços próprios e credenciados da CONTRATADA terá suas atualizações disponíveis na sede da Contratada, através do serviço de tele atendimento ou por meio da internet.

A inclusão como contratado, referenciado ou credenciado, de qualquer entidade hospitalar, implica compromisso para com os consumidores quando a sua manutenção ao longo da vigência do contrato, conforme regras abaixo:

- A substituição da entidade hospitalar seja por outra equivalente e mediante comunicação aos consumidores e a ANS com trinta dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo, os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor;
- Nos casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, a CONTRATADA arcará com a transferência do

beneficiário para outro estabelecimento equivalente, sem ônus adicional, garantindo-lhe a continuação da assistência;

- Na hipótese da substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer por vontade da CONTRATADA durante período de internação do beneficiário, o hospital estará obrigado a manter a internação e a CONTRATADA a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério do médico assistente, na forma do contrato;

- Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, a operadora deverá solicitar à ANS autorização expressa.

CLÁUSULA XIX – FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

O valor a ser pago pela cobertura assistencial contratada é pré-estabelecido.

A responsabilidade pelo pagamento total da contraprestação pecuniária será da pessoa jurídica contratante, salvo os casos dos artigos 30 e 31, da Lei 9656/98.

A CONTRATANTE obriga-se a pagar à CONTRATADA, em pré-pagamento, os valores relacionados na Proposta de Admissão, por usuário, para efeito de inscrição e mensalidade, através da emissão de faturas.

As mensalidades serão pagas até seus respectivos vencimentos, conforme acordado na solicitação de contrato e/ou Proposta Contratual.

A tabela de preços e demais condições comerciais, bem como os valores e/ou percentuais de Coparticipações, constam no ANEXO – I que é parte integrante deste Contrato.

Quando a data de vencimento cair em dia que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser realizado até o primeiro dia útil subsequente.

As faturas emitidas pela CONTRATADA serão baseadas na comunicação de movimentação de pessoal enviada pela CONTRATANTE. A fatura se baseará nos dados disponíveis, realizando-se os acertos nas faturas subsequentes.

Se a CONTRATANTE não receber documento que possibilite realizar o pagamento de sua obrigação até cinco dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente à CONTRATADA, para que não se sujeite a consequência da mora.

Ocorrendo impontualidade no pagamento da mensalidade, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso, além de multa de 2% (dois por cento).

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

Os procedimentos e atendimentos previstos neste Contrato serão realizados exclusivamente nos prestadores constantes da rede credenciada, indicada no Orientador Médico do Usuário e desde que solicitados, unicamente, pelos médicos assistentes credenciados e/ou referenciados, resguardadas as situações de urgência ou de emergência.

CLÁUSULA XX – REAJUSTE

1. Nos termos da legislação vigente, o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com índice estabelecido pela formulação a seguir:

DA DETERMINAÇÃO DOS FATORES

$$FMH = \frac{CMH_1}{BEX_1} \times \frac{BEX_2}{CMH_2}$$

Onde:

FMH = Fator Médico Hospitalar

CMH_1 = Custo médio Médico Hospitalar observado nos últimos doze meses (total das despesas médico / hospitalares pagas pela operadora no período de 12 meses).

CMH_2 = Custo médio Médico Hospitalar observado nos últimos doze meses anteriores a CMH_1 (total das despesas médico / hospitalares pagas pela operadora no período dos 12 meses anteriores aos observados em CMH_1).

BEX_1 = Beneficiários Expostos nos últimos doze meses. (total de beneficiários com direito a utilização do plano, ou seja, já ter cumprido as carências do plano no período de 12 meses).

BEX_2 = Beneficiários Expostos nos últimos doze meses anteriores a BEX_1 (total de beneficiários com direito a utilização do plano, ou seja, já ter cumprido as carências do plano anteriores aos observados em BEX_1 no período de 12 meses).

$$FSN = \frac{\sum_{i=1}^{12} EMI}{\sum_{i=1}^{12} CPM} \Bigg/ \frac{SMX}{100}$$

Sendo:

FSN = Fator de Sinistralidade

EMI = Evento Mensal Indenizável (Despesas pagas à rede credenciada pela operadora nos últimos 12 meses)

CPM = Contraprestação mensal (contribuições recebidas dos beneficiários dos planos considerados no cálculo nos últimos 12 meses)

SMX = Sinistralidade Máxima suportável pela operadora, prevista em contrato (percentual máximo estabelecido em contrato previsto para pagamento das despesas com eventos indenizáveis).

DO REAJUSTE A SER APLICADO – ReajCalc

ReajCalc = máximo(FMH ; FSN)

Se FSN ≤ 1 => ReajOPS = ReajANS

Se os Eventos Indenizáveis (despesas Médicas e Hospitalares) forem inferiores ou igual à sinistralidade máxima (SMX), estabelecida em contrato, o reajuste a ser aplicado será igual ao reajuste estabelecido pela ANS (ReajANS) para os planos Individuais / Familiares.

Se FSN > 1 => ReajOPS => máximo(ReajCalc ; ReajANS)

Se os Eventos Indenizáveis (despesas Médicas e Hospitalares) forem superiores à sinistralidade máxima (SMX), estabelecida em contrato, o reajuste a ser aplicado será o maior entre o fator FMH = Fator Médico Hospitalar e o **ReajANS** = reajuste estabelecido pela ANS para os planos Individuais / Familiares.

1.1. Para os contratos agrupados serão apuradas as receitas e despesas de todos os contratos por subgrupos.

1.1.1. Os contratos serão agrupados em 3 (três) subgrupos a seguir definidos:

- a) Sem internação: engloba os planos de segmentação assistencial “ambulatorial” e “ambulatorial + odontológico”;
- b) Internação sem obstetrícia: engloba os planos que possuam segmentação assistencial “hospitalar sem obstetrícia”, “hospitalar sem obstetrícia + odontológico”, “ambulatorial + hospitalar sem obstetrícia” e “ambulatorial + hospitalar sem obstetrícia + odontológico”; e
- c) Internação com obstetrícia: engloba os planos que possuam segmentação assistencial “hospitalar com obstetrícia”, “hospitalar com obstetrícia + odontológico”, “ambulatorial + hospitalar com obstetrícia”, “ambulatorial + hospitalar com obstetrícia + odontológico”, e “referência.

2. Os subgrupos serão aplicados aos contratos com até 29 vidas. O número de vidas dos contratos será apurado na data de aniversário do contrato.

2.1. Para os contratos firmados anteriores a 31/01/2013 o número de vidas será apurado em 31/01/2013;

2.2. Para os contratos com menos de um ano, será apurado o número de vidas do momento da contratação.

2.3. Para manter o equilíbrio econômico-financeiro deste contrato fica estabelecida a meta de sinistralidade de **70%** (setenta por cento) = (Sm.).

3. O critério para o reajuste anual da contraprestação pecuniária do contrato não agregado ao agrupamento (ou seja: apuração Individual) observará o disposto no item a seguir:

3.1. Nos termos da legislação vigente, o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do Índice _____. Este será apurado no período de 12 meses consecutivos de vigência, com uma antecedência de 01 (um) mês em relação à data-base de aniversário, considerada esta o mês de assinatura do Contrato.

3.1.1. Na hipótese de descontinuidade do índice estabelecido no item 3.1, será estipulado novo índice mediante instrumento específico.

3.2. Caso seja verificado o desequilíbrio econômico-atuarial do contrato, este será reavaliado nos termos descritos a seguir.

3.2.1. O desequilíbrio é constatado quando o nível de sinistralidade da carteira ultrapassar o índice de 70% (Setenta por cento) = (Sm), cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais pagas no período e as receitas das contraprestações mensais diretas do plano, apuradas no período de 12 meses consecutivos, anteriores à data base de aniversário.

3.2.2 Neste caso, para o cálculo do percentual de reajuste será aplicada a seguinte fórmula:

$$R = (S / S_m) - 1$$

Onde: S - Sinistralidade apurada no período

S_m - Meta de Sinistralidade expressa em contrato

3.2.3. Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, previsto no item 3.2, este deverá ser procedido de forma complementar ao especificado no item 3.1 e na mesma data, de forma a garantir a anualidade dos reajustes.

4. No mês de aplicação do reajuste a operadora encaminhará ao contratante a memória de cálculo do percentual de reajuste a que se referem os itens 2 e/ou 3 supra, conforme o caso, demonstrando os critérios para sua apuração.

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

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

7. Nenhum contrato poderá receber reajuste em periodicidade inferior a 12 meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária, migração e adaptação do contrato à Lei 9656/98.

8. Os reajustes efetuados serão comunicados à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), conforme determinado pela legislação em vigor.

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

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

11. Nenhum contrato poderá receber reajuste em periodicidade inferior a 12 meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária, migração e adaptação do contrato à Lei 9656/98.

Os reajustes efetuados serão comunicados à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), conforme determinado pela legislação em vigor.

REGRAS DE TRANSIÇÃO PARA CONTRATOS EM VIGOR

Excepcionalmente para o reajuste a ser aplicado no mês de aniversário deste contrato no período entre maio de 2013 e abril de 2014, a quantidade de beneficiários estabelecida para avaliar se o contrato será agregado ao agrupamento será verificada no mês de janeiro de 2013.

1.1 Se este contrato for agrupado, ser-lhe-á aplicado o reajuste observando os critérios estabelecidos no item 2.

1.2 Se este contrato não for agregado, ser-lhe-á aplicado o reajuste conforme os critérios estabelecidos no item 3.

CLÁUSULA XXI - FAIXAS ETÁRIAS

Em havendo alteração de faixa etária de qualquer BENEFICIÁRIO inscrito no presente Contrato, a contraprestação pecuniária será reajustada no mês subsequente ao da ocorrência, de acordo com os percentuais da tabela abaixo, que se acrescentarão sobre o valor da última da contraprestação pecuniária, observadas a seguintes condições, conforme art. 3º, incisos I e II da RN 63/03:

I. O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária;

II. A variação acumulada entre a sétima e a décima faixa não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

PERCENTUAIS DE AUMENTO POR FAIXA ETÁRIA PÓS RES. RN 63/2003

FAIXA ETÁRIA	% AUMENTO
00 a 18 anos	0%
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 ou mais	%

CLÁUSULA XXII – REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

Do direito de manutenção da condição de beneficiário para ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados.

1. A CONTRATANTE assegura ao beneficiário titular que contribuir para o plano privado de assistência à saúde no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho, sem justa causa, ou aposentadoria, o direito de manter sua condição de beneficiário - e dos beneficiários dependentes a ele vinculados - nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma junto à CONTRATANTE o pagamento integral das mensalidades, conforme disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656, de 1998, observada a Resolução nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações.

2.1 - O período de manutenção da condição de beneficiário para ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa 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.

2.2 - O período de manutenção da condição de beneficiário para o ex-empregado aposentado será:

- a) indeterminado, se o ex-empregado contribuiu para o plano pelo prazo mínimo de dez anos; ou
- b) à razão de um ano para cada ano de contribuição, se o ex-empregado contribuiu por período inferior a dez anos.

3 - A manutenção da condição de beneficiário está assegurada a todos os dependentes do beneficiário demitido ou aposentado inscritos quando da vigência do contrato de trabalho (artigo 30, § 2º, e artigo 31, § 2º da Lei nº 9656, de 1998), podendo o direito ser exercido individualmente pelo ex-empregado ou com parte do seu grupo familiar (artigo 7º, § 1º da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações);

4 - O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado deve optar pela manutenção do benefício no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da comunicação inequívoca do empregador sobre a opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho formalizada no ato da concessão do aviso prévio, a ser cumprido ou indenizado, ou da comunicação da aposentadoria (artigo 10 da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações);

5 - 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 (artigo 7º, § 2º da RN nº 279, de 2011);

6 - Em caso de morte do ex-empregado demitido ou aposentado, o direito de permanência no plano é assegurado aos dependentes nos termos do disposto nos artigos: 30 e 31 da Lei nº 9656, de 1998 e no artigo 8º da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações;

7 - O direito de manutenção assegurado ao beneficiário demitido ou aposentado não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas ou acordos coletivos de trabalho (artigo 30, § 4º e artigo 31, § 2º da Lei nº 9656, de 1998, e artigo 9º da RN nº 279, de 2011 e suas posteriores alterações);

8 - A condição de beneficiário deixará de existir:

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

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

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

9 - É assegurado ao ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa e/ou aposentado e/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, em operadoras nos termos do disposto no artigo 28 da RN nº 279, de 2011, c.c artigo 7º - C da RN nº 186, de 2009, e suas posteriores alterações.

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

Do cancelamento do benefício do plano privado de assistência à saúde.

No caso de cancelamento do benefício do plano privado de assistência à saúde, oferecido aos empregados e ex-empregados da CONTRATANTE, os beneficiários poderão optar, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o cancelamento do benefício, em ingressar em um plano Individual ou Familiar da Contratada, sem a necessidade do cumprimento de novos prazos de carência, desde que:

a) A contratada disponha de Produto de plano individual ou familiar;

b) O beneficiário titular se responsabilize pelo pagamento de suas mensalidades e de seus dependentes;

c) O valor da mensalidade corresponderá ao valor da Tabela Vigente na data de adesão ao plano Individual Familiar;

Incluem-se no universo de beneficiários todo o grupo familiar vinculado ao beneficiário titular.

CLÁUSULA XXIII – CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

A perda da qualidade de beneficiário poderá ocorrer nas seguintes situações:

1. Perda da qualidade de beneficiário titular:

- a) pela perda do vínculo com a pessoa jurídica contratante, ressalvadas as condições previstas nos artigos nº 30 e nº 31 da Lei nº 9.656/98;
- b) fraude praticada pelo beneficiário titular, apurada de acordo com a legislação vigente.

2. Perda da qualidade de beneficiário dependente:

- a) pela perda da condição de dependência prevista nas condições gerais deste regulamento;
- b) a pedido do beneficiário titular;
- c) fraude praticada pelo beneficiário dependente, apurada de acordo com a legislação vigente.

3. Caberá tão-somente ao CONTRATANTE, patrocinador, instituidor ou mantenedor solicitar a suspensão ou exclusão de beneficiários.

4. A operadora só poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência do patrocinador, instituidor ou mantenedor, nas seguintes hipóteses:

- a) fraude;
- b) perda do vínculo do titular com a pessoa jurídica contratante, ou de dependência, previstos neste regulamento, ressalvado o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98.

4. A CONTRATADA só poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência da pessoa jurídica contratante, nas seguintes hipóteses:

- a) fraude;
- b) perda do vínculo do titular com a pessoa jurídica contratante e/ou da condição de dependência, previstos neste contrato.

CLÁUSULA XXIV – RESCISÃO

O atraso no pagamento da mensalidade, pela CONTRATANTE, por um período igual ou superior a 30 (trinta) dias, implica na suspensão do direito do(s) BENEFICIÁRIO(S) TITULAR(ES) e de seus DEPENDENTES a qualquer cobertura.

Sem prejuízo das penalidades legais, o contrato será rescindido, mediante prévia notificação, nas seguintes situações:

- 1. prática de fraude comprovada;
- 2. inadimplência por período superior a 60 (sessenta) dias cumulativos, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, desde que a CONTRATANTE seja comprovadamente notificada até o 50º (quinquagésimo) dia da inadimplência.
- 3. por inadimplemento contratual por parte da Contratada;

4. se qualquer das partes infringirem as cláusulas do presente instrumento.
5. Antes de completado o período inicial de 12 meses, a rescisão do contrato poderá ser solicitada por qualquer das partes, observadas as seguintes condições:
 - a) quando motivada por uma das hipóteses previstas acima, sem qualquer ônus.
 - b) imotivadamente, sujeitando a parte que solicitou a rescisão ao pagamento de multa no valor equivalente a 30% (trinta por cento) das mensalidades restantes para se completar o período de vigência deste Contrato.
6. Após o período de 12 (doze) meses, contados da data de início de sua vigência, o presente contrato poderá ser denunciado imotivadamente, a qualquer tempo, por qualquer das partes, mediante aviso prévio por escrito, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

É de responsabilidade da CONTRATANTE, no caso de rescisão deste contrato, recolher e devolver as respectivas carteiras de identificação, de propriedade da CONTRATADA.

CLÁUSULA XXV – DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

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

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

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

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

Ocorrendo a perda ou extravio do CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO, o(a) CONTRATANTE deverá participar, por escrito, o fato à CONTRATADA, para o cancelamento ou, quando for o caso, a emissão de segunda via mediante pagamento do custo de nova carteira de identificação no valor de R\$ 5,00 (cinco reais), sendo que o cancelamento só terá validade quando reconhecido por escrito, pela CONTRATADA.

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

A CONTRATANTE reconhece ser solidariamente responsável por eventuais despesas de atendimentos efetuados pelo usuário e/ou seus dependentes decorrentes de eventos não cobertos, serviços e/ou valores excedentes aos limites previstos no rol de procedimentos da ANS, vigente na data do evento e/ou do plano contratado pelo usuário;

A CONTRATANTE reconhece ser solidariamente responsável à CONTRATADA em todas e quaisquer despesas de assistência médico-hospitalar decorrentes de demandas judiciais, geradas por seus usuários, ativos ou excluídos, que a CONTRATADA seja compelida a arcar, mesmo após o cancelamento do contrato.

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

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

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

São adotadas as seguintes definições:

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

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

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

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

CONTRATADA: operadora de plano de saúde que se obriga a garantir a prestação de serviços de assistência médico-hospitalar aos beneficiários do plano ora convencionado;

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

COPARTICIPAÇÃO: é a participação na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário diretamente à operadora, após a realização de procedimento;

FRANQUIA: é o valor financeiro a ser pago pelo beneficiário diretamente ao prestador da rede credenciada ou referenciada no ato da utilização do serviço, por não ser responsabilidade contratual da operadora;

MENSALIDADE: contraprestação pecuniária paga pelo contratante à operadora;

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

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

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

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

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

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

EVENTO: é o conjunto de ocorrências e/ou serviços de assistência médico-hospitalar que tenham como origem ou causa, o mesmo dano à saúde do beneficiário em decorrência de acidente pessoal ou doença;

PROCEDIMENTO ELETIVO: é o termo usado para designar qualquer ato médico não considerado de urgência e que pode ser programado;

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

ATENDIMENTO MÉDICO AMBULATORIAL: é aquele executado em consultório médico, cujos procedimentos não necessitam de anestesia geral;

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

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

DEPENDENTE: Beneficiário de plano privado de assistência à saúde cujo vínculo com a operadora depende da existência do vínculo de um beneficiário titular. Pessoa física com vínculo familiar com o beneficiário titular do plano de saúde, de acordo com as condições de elegibilidade estabelecidas no contrato;

BENEFICIÁRIO: pessoa física, titular ou dependente, que possui direitos e deveres definidos em contrato assinado entre a empresa a qual pertence e a operadora de plano privado de saúde, para garantia da assistência médico-hospitalar;

COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT): aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta

Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes - DLP declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal por ocasião da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.

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

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

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

DOENÇA PROFISSIONAL: é aquela adquirida em consequência do trabalho.

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

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

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

CLÁUSULA XXVI – ELEIÇÃO DE FORO

As partes elegem o foro do domicílio do CONTRATANTE para os casos de litígios ou pendências judiciais, renunciando a qualquer outro por mais privilegiado que seja

Rio de Janeiro,

(CONTRATANTE - CNPJ:)

**CAIXA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE – CABERJ
(CONTRATADA – CNPJ: 42.182.170/0001-84)**