



GRUPO CABERJ

Gestão profissional em saúde

Contrato Coletivo Adesão

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.....	4
CLÁUSULA XI - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO	5
CLÁUSULA XII - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS	5
CLÁUSULA XIII - EXCLUSÕES DE COBERTURA	9
CLÁUSULA XIV – DURAÇÃO DO CONTRATO	10
CLÁUSULA XV - PERÍODOS DE CARÊNCIA	10
CLÁUSULA XVI – DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES	12
CLÁUSULA XVII – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	14
CLÁUSULA XVIII – MECANISMO DE REGULAÇÃO.....	17
CLÁUSULA XIX – FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE	19
CLÁUSULA XX – REAJUSTE	20
CLÁUSULA XXI - FAIXAS ETÁRIAS.....	23
CLÁUSULA XXII – CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO	24
CLÁUSULA XXIII – RESCISÃO	25
CLÁUSULA XXIV – DISPOSIÇÕES GERAIS.....	25
CLÁUSULA XXV – ELEIÇÃO DE FORO.....	28

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
MAXIMUS PLUS	476.094/16-8

Cláusula IV - TIPO DE CONTRATAÇÃO

- COLETIVO POR ADESÃO
-

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: Grupo de Estados
-

Cláusula VII - ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE

- Rio de Janeiro;
- Espírito Santo;
- Minas Gerais;
- São Paulo;

Cláusula VIII - PADRÃO DE ACOMODAÇÃO

NOME DO PLANO	ACOMODAÇÃO
MAXIMUS PLUS	Quarto Privativo

Não havendo disponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos credenciados pela CONTRATADA, na acomodação em que o Beneficiário foi inscrito, 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, as especialidades definidas pelo Conselho Federal de Medicina, bem como no Rol de Procedimentos Médicos editados pela ANS, vigente à época do evento, aos Beneficiários regularmente inscritos, na forma e condições deste instrumento.

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

CLÁUSULA XI - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

Plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população que mantenha com a CONTRATANTE vínculo de caráter profissional, classista ou setorial.

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.

No ato da contratação e das inclusões posteriores, o Beneficiário Titular preencherá o Formulário de Declaração de Saúde, obrigando-se a informar a condição sabida de doenças ou lesões preexistentes, sua e de seus Dependentes.

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

Respeitados os prazos de carência, as exclusões e as coberturas estabelecidas nestas Condições Gerais, o BENEFICIÁRIO terá cobertura para as despesas ambulatoriais, hospitalares, exames complementares e serviços auxiliares listados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, através do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, relacionados às doenças listadas na Classificação Estatística

Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde (CID 10).

A participação de profissional médico anesthesiologista 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/10ª 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:

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

- a) Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, aptas a atender as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM;
- 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;
- c) Procedimentos de reeducação e reabilitação física em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente;
- d) Consultas e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo, de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, conforme indicação do médico assistente.
- e) Psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, conforme Diretrizes de Utilização, que poderão ser realizados tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitados;
- f) Atendimentos nos casos de planejamento familiar, incluindo:
 - atividades educacionais;

- consultas de aconselhamento para planejamento familiar;
- atendimento clínico;
- sulfato de DEHIDROEPIANDROSTERONA (SDHEA);
- implante de dispositivo intrauterino (diu) hormonal incluindo o dispositivo.

g) Os seguintes procedimentos, considerados especiais:

- Hemodiálise e diálise peritoneal;
- Quimioterapia oncológica ambulatorial;
- Radioterapia;
- procedimentos de hemodinâmica ambulatorial;
- Hemoterapia ambulatorial;
- Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

h) Medicamentos registrados/regularizados na ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos para a segmentação ambulatorial;

COBERTURAS HOSPITALARES EM UNIDADES DA REDE REFERENCIADA PELA CONTRATADA:

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

- a) Internações hospitalares clínicas e/ou cirúrgicas, bem como o acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional, na indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou contratados pelo plano e internações em Centro de Terapia Intensiva ou similar;
- b) Despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem, exceto quando em caráter particular, e alimentação;
- c) Toda e qualquer taxas, incluindo materiais utilizados, assim como a remoção do paciente, quando comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, em território brasileiro, dentro dos limites da abrangência geográfica prevista no contrato;
- d) Remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro;
- e) O BENEFICIÁRIO terá direito à cobertura de despesas de diária(s) de 1 (um) acompanhante, no caso de paciente menor de 18 (dezoito) anos e com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente, no local da internação, excetuado os casos de CTI ou similar;

- f) Exames complementares indispensáveis ao controle da evolução da doença e à elucidação diagnóstica, realizados durante o período de internação hospitalar;
- g) Fornecimento de medicamentos nacionais e nacionalizados, anestésicos, gases medicinais e transfusões, conforme prescrição do médico assistente ministrados durante o período de internação hospitalar;
- h) Atendimentos nos casos de planejamento familiar incluindo o seguinte procedimento: sulfato de DEHIDROEPIANDROSTERON A (SDHEA);
- i) Os seguintes procedimentos, considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:
- Hemodiálise e diálise peritoneal;
 - Quimioterapia oncológica ambulatorial;
 - Procedimentos radioterápicos ambulatorial e hospitalar;
 - Hemoterapia;
 - Nutrição enteral ou parenteral;
 - Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
 - Embolizações e radiologia intervencionista;
 - Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
 - Procedimentos de reeducação e reabilitação física;
- j) Cirurgia plástica reparadora quando efetuada para restauração de órgãos e funções conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- 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) Procedimentos buco-maxilo-faciais que necessitem de internação hospitalar, 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;
- m) 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;
- n) Transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, bem como as despesas com os procedimentos necessários à realização do transplante, incluindo, quando couber: despesas assistenciais com doadores vivos, medicamentos utilizados durante a internação, acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção, despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde - SUS. Na hipótese de realização dos referidos transplantes, o associado deverá, obrigatoriamente, estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs, sujeitando-se aos critérios de fila única de espera e de seleção;

COBERTURA PARA SAÚDE MENTAL EM UNIDADES DA REDE CREDENCIADA PELA CONTRATADA:

Ao BENEFICIÁRIO serão asseguradas as coberturas das despesas relativas à saúde mental correspondentes ao tratamento de todos os transtornos psiquiátricos codificados na CID-10.

A cobertura hospitalar garantirá por ano de vigência do contrato:

- a) Custeio integral de pelo menos 30 (trinta) dias de internação;
- b) Nas internações psiquiátricas o custeio parcial excepcionalmente poderá ser fixado a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação, por ano de contrato, com coparticipação do Beneficiário de 50% (cinquenta por cento) observados os tetos estabelecidos nos normativos vigentes;

Esse percentual de coparticipação equivalerá ao máximo admitido por norma editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que estiver vigente à época da contratação do seguro.

- c) A cobertura do tratamento em regime de hospital-dia deverá se dar de acordo com as diretrizes estabelecidas nos normativos vigentes.

COBERTURA OBSTÉTRICAS.

- a) Procedimentos relativos ao pré-natal e à assistência ao parto e puerpério;
- b) Cobertura de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, e pós-parto imediato;
- c) Cobertura assistencial ao recém-nascido(a), filho(a) natural ou adotivo(a) do BENEFICIÁRIO, durante os 30 (trinta) primeiros dias após o parto sendo vedada qualquer alegação de DLP ou aplicação de CPT ou Agravo.

CLÁUSULA XIII - EXCLUSÕES DE COBERTURA

Para fins de aplicação do art. 10 da Lei de nº. 9.656/98 Consideram-se EXCLUÍDOS E NÃO COBERTOS pelo PLANO, os seguintes serviços e procedimentos:

- a. Tratamentos ilícitos ou antiéticos assim definidos sob o aspecto médico ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- b. Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- c. Tratamento de inseminação artificial;
- d. Fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados, ou seja, sem registro vigente na ANVISA;
- e. Atendimento domiciliar, incluindo aluguel de equipamentos e similares para tratamento em domicílio, materiais e medicamentos para o tratamento domiciliar, serviços de enfermagem domiciliar e remoção domiciliar, exceto nos casos de internação domiciliar oferecida pela operadora em substituição à internação hospitalar.

- f. Fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde - CITEC;
 - g. Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
 - h. Quaisquer atendimentos em casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
 - i. Procedimentos Clínicos ou Cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
 - j. Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
 - k. Tratamentos odontológicos, exceto cirurgias odontológicas buco-maxilo-faciais, que necessitem de ambiente hospitalar e a estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar;
 - l. Despesas com hospitais, médicos e entidades **não credenciadas e não relacionadas no Manual de Orientação** (Orientador Médico) oferecido pela OPERADORA, exceto nos casos de urgência e emergência;
 - m. Atendimento a domicílio dos USUÁRIOS;
 - n. Cirurgias plásticas em geral, com finalidade estética;
 - o. Transplantes, à exceção de córnea e rim, e dos transplantes autólogos; e
 - p. Especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.
-

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 os atendimentos decorrentes de urgência e emergência;
b)	30 (trinta) dias	para consultas médicas;
c)	60 (sessenta) dias	para exames de análises clínicas e anatomia patológica;
d)	90 (noventa) dias	para terapias simples, fisioterapias e tratamentos ambulatoriais;
e)	180 (cento e oitenta) dias	para internações clínicas;
		para exames e procedimentos especiais (conforme Rol de Procedimentos de Alta Complexidade editado pela ANS);
		para internações cirúrgicas - exceto obstétricas;
		para internações em Unidade de Terapia Intensiva; e para internações decorrentes de transtornos psiquiátricos por uso de substâncias químicas;
		para atendimento dos transplantes cobertos, diálise e hemodiálise e tratamentos de doenças infecto contagiosas;
		para quimioterapia;
		para radioterapia;
		para hemodiálise;
		para ressonância magnética;
		para tomografia computadorizada e demais coberturas previstas neste Contrato;
f)	300 (trezentos) dias	para os partos a termos, assim definidos aqueles que ocorrerem a partir da 37ª semana de gravidez.

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

Não será exigido o cumprimento de carências, desde que as inclusões de beneficiários se enquadrem em uma destas condições:

1. A inscrição do beneficiário neste contrato ocorrer em até trinta dias da data de celebração do contrato;
2. O beneficiário se vincular à contratante após o transcurso do prazo acima e formalizar sua proposta de adesão até trinta dias após a data de aniversário deste contrato.

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, ainda, 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.

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.

Depois de 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 justificação 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.

DO REEMBOLSO DE LIVRE ESCOLHA

O beneficiário terá acesso a livre escolha de prestadores não credenciados da rede assistencial, na forma do item nove do anexo II da RN nº. 100, de 2005, nos procedimentos abaixo definidos, de acordo com o plano contratado:

NOME DO PLANO	CONSULTA	EXAMES	INTERNAÇÕES	TERAPIAS	AMBULATORIAL
TOTAL RIO - A	3x Tabela	3x Tabela	3x Tabela	3x Tabela	3x Tabela

A **CONTRATADA** assegurará o reembolso, no limite das obrigações deste Contrato e, de acordo com **sua tabela de procedimentos**, das despesas efetuadas pelo Beneficiário com assistência à saúde.

A **CONTRATADA** assegurará o reembolso, independente dos planos contratados e no limite das obrigações deste Contrato, das despesas efetuadas pelo Beneficiário com assistência à saúde, dentro da área de abrangência geográfica do plano, os casos exclusivos de urgência e/ou emergência, quando não for possível a utilização dos serviços credenciados pela **CONTRATADA**;

Serão reembolsáveis, de acordo com a tabela de procedimentos médico-hospitalares da **CONTRATADA** e nos limites do plano ao qual o Beneficiário está inscrito, as despesas efetuadas com os serviços de **anestesia**, em procedimentos cobertos pelo contrato, eletivos e/ou de urgência/emergência.

O pagamento do reembolso de que trata o item antecedente será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Referência de Reembolso da **CONTRATADA**, vigente à data do evento, 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.

Entende-se por Tabela de Referência da CONTRATADA: a lista indicativa de procedimentos e seus respectivos valores, aplicados às hipóteses em que seja necessária a aferição de preços dos serviços de assistência à saúde.

Só serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao Beneficiário.

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 tenha 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, na utilização do cartão de identificação, a partir da efetiva comunicação do extravio do cartão de identificação à CONTRATADA.

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 desempatedor deverá ser paga pela operadora.

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 das contraprestações pecuniárias dos beneficiários à operadora será da pessoa jurídica contratante.

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

As mensalidades serão pagas até seus respectivos vencimentos, conforme acordado na proposta de Admissão.

A tabela de preços e demais condições comerciais, bem como os valores e/ou percentuais de Coparticipações, constam no ANEXO – I e 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).

O beneficiário que não realizar o pagamento da sua contribuição na forma e prazo acordado com a Contratante por período superior a 60 dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência, poderá ser excluído do plano a pedido da Contratante.

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 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 Medico Hospitalar observado nos últimos doze meses (total das despesas médico / hospitalares pagas pela operadora no período de 12 meses).

CMH_2 = Custo médio Medico 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).

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

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 de _____. 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:

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

Onde: S - Sinistralidade apurada no período

Sm - 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.

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	16,50%
24 a 28 anos	16,50%
29 a 33 anos	16,50%
34 a 38 anos	28,77%
39 a 43 anos	26,88%
44 a 48 anos	25,41%
49 a 53 anos	21,24%
54 a 58 anos	41,38%
59 ou mais	42,50%

CLÁUSULA XXII – 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 rescisão do presente contrato;
- b) pela perda do vínculo com a pessoa jurídica contratante;
- c) 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 contrato;
- b) a pedido do beneficiário titular;
- c) fraude praticada pelo beneficiário dependente, apurada de acordo com a legislação vigente.

3. Caberá tão-somente à pessoa jurídica contratante solicitar a suspensão ou exclusão de beneficiários.

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 ou de dependência, previstos neste contrato.

CLÁUSULA XXIII – RESCISÃO

O atraso no pagamento da mensalidade, pela CONTRATANTE, por um período superior a 30 (trinta) dias, implica na suspensão do direito do(s) BENEFICIÁRIO(S) TITULAR(ARES) 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 (quincuagésimo) 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 XXIV – DISPOSIÇÕES GERAIS

Integram este contrato, para todos os fins de direito, a Proposta de Admissão assinada pelo (a) Contratante, o Manual da Rede Credenciada, o Cartão Individual de Identificação, Entrevista Qualificada, Exame Médico, quando for o caso, a Declaração de Saúde do titular e dependentes, 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:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DOENÇA PROFISSIONAL: é aquela adquirida em consequência do trabalho.

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

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

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

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

MENSALIDADE: contraprestação pecuniária paga pelo contratante à operadora.

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

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

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

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

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

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

CLÁUSULA XXV – 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)