

REGULAMENTO

PLANO COLETIVO POR ADESÃO

SUMÁRIO

I	Definições	2
II	Área Geográfica de Abrangência	4
III	Beneficiários do Plano	5
IV	Condições de Admissão	5
V	Padrão de Acomodação em Internação	6
VI	Coberturas e Procedimentos Garantidos	6
VII	Exclusões de Cobertura	11
VIII	Períodos de Carência	12
IX	Doenças e Lesões Preexistentes	13
X	Atendimento de Urgência e Emergência	16
XI	Remoção	18
XII	Acesso a Livre Escolha de Prestadores	18
XIII	Mecanismos de Regulação	18
XIV	Formação do Preço	23
XV	Reajuste	23
XVI	Faixas Etárias	23
XVII	Concessão de Bônus ou Descontos	24
XVIII	Regras para Instrumentos Jurídicos de Planos Coletivos	24
XIX	Condições de Vínculo do Beneficiário em Planos Coletivos	26
XX	Condições de Perda da Qualidade de Beneficiário	26
XXI	Serviços e Coberturas Adicionais	27
XXII	Disposições Gerais	27

REGULAMENTO

PLANO COLETIVO POR ADESÃO

Garantia de Assistência Médica às Empresas - GAME

Registro do Plano na ANS: 401.444/ 98-8

Segmentação Assistencial: Referência

O presente REGULAMENTO prevê os limites e condições de uso do Plano Coletivo acima descrito, devendo ser observado por todos os BENEFICIÁRIOS nele inscritos.

I - DEFINIÇÕES

Para efeito deste REGULAMENTO, 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 SUPLEMENTAR (ANS): autarquia sob regime especial vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como entidade 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.

ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA: área em que a CONTRATADA fica obrigada 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 e previamente agendados, 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 conseqüências.

BENEFICIÁRIO: pessoa física inscrita no plano como titular ou dependente que usufrui os serviços pactuados em contrato ou regulamento.

CARÊNCIA: o prazo ininterrupto, contado a partir do início de vigência do contrato ou da adesão ao plano (se posterior ao início da vigência do contrato), durante o qual os BENEFICIÁRIOS não têm direito às coberturas contratadas.

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 (vinte e quatro) 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 (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo BENEFICIÁRIO ou seu representante legal.

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

CONTRATADA: Operadora Unicentral de Planos de Saúde Ltda.

CONTRATANTE: Pessoa Jurídica que contrata o Plano Coletivo em favor das pessoas físicas com as quais mantém vínculo empregatício, associativo ou sindical.

DEPENDENTE: pessoa física com vínculo de parentesco (natural ou civil) e dependência econômica com o titular do plano de saúde, de acordo com as condições de elegibilidade estabelecidas no contrato, inscrito no mesmo plano do BENEFICIÁRIO titular.

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

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 OCUPACIONAL: é aquela adquirida em consequência do trabalho.

EMERGÊNCIA: é o evento que implica no risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado 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.

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

MENSALIDADE: contraprestação pecuniária paga pelo contratante à contratada.

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

PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE: plano de assistência à saúde operado por pessoa jurídica de direito privado.

PREÇO PRÉ-ESTABELECIDO: quando o valor da contraprestação pecuniária é efetuado por pessoa física ou jurídica antes da utilização das coberturas contratadas.

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

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

SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL REFERÊNCIA: assistência à saúde assegurada em nível ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, com padrão de acomodação em enfermaria (quarto coletivo).

SUS: Sistema Único de Saúde.

TITULAR: considera-se titular a pessoa física que tem vínculo empregatício, associativo ou sindical com a pessoa jurídica contratante do plano.

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

II - ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA

A área geográfica de abrangência do plano contratado é GRUPO DE MUNICÍPIOS, e compreende os seguintes municípios: Atibaia, Artur Nogueira, Bragança Paulista, Campinas, Carapicuíba, Cerquilha, Cotia, Cruzeiro, Cubatão, Diadema, Engenheiro Coelho, Guarujá, Guarulhos, Hortolândia, Itapeverica da Serra, Itapetininga, Jacareí, Limeira, Lorena, Mauá, Mogi das Cruzes, Osasco, Praia Grande, Santo André, Santos, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul, São José dos Campos, São Paulo, São Vicente, Sorocaba, Taboão da Serra, Taubaté, Tatuí.

III - BENEFICIÁRIOS DO PLANO

BENEFICIÁRIOS Titulares - são as pessoas físicas que mantêm vínculo empregatício, associativo ou sindical com a CONTRATANTE.

BENEFICIÁRIOS Dependentes - são as pessoas físicas com grau de parentesco (natural ou civil) e dependência econômica em relação ao BENEFICIÁRIO Titular. São considerados dependentes, para fins de inclusão no Plano contratado:

- a) O cônjuge, na forma da lei;
- b) O(a) companheiro(a), havendo união estável, na forma da lei;
- c) Os filhos (naturais ou adotivos), os enteados e os tutelados, solteiros e menores de 18 (dezoito) anos, ou menores de 24 (vinte e quatro) anos, se estudantes universitários.

IV - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

Os **BENEFICIÁRIOS** serão admitidos no plano mediante as seguintes condições:

- a) Preenchimento completo e sem rasuras da Proposta de Adesão, que deverá ser devidamente assinada pelo BENEFICIÁRIO titular;
- b) Preenchimento da Declaração de Saúde, com ou sem orientação médica, à escolha do BENEFICIÁRIO;
- c) Formalização da opção de Cobertura às Doenças ou lesões pré-existentes declaradas, observadas as condições previstas neste REGULAMENTO;
- d) Cópia simples da certidão de casamento e de nascimento, para comprovação de dependentes, sendo que no caso de companheira terá validade declaração de união estável ou filhos em comum;
- e) Cópias simples de comprovante de residência e dos documentos de identificação pessoal (RG e CPF) do BENEFICIÁRIO titular e respectivos dependentes.

A inclusão de novos BENEFICIÁRIOS, titulares ou dependentes se dará mediante a satisfação das condições de admissão acima previstas.

INSCRIÇÃO DE FILHOS RECÉM-NASCIDOS E ADOTIVOS

Fica assegurada a inscrição do filho recém-nascido, natural ou adotivo, do BENEFICIÁRIO, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, sendo vedada qualquer alegação de Doença ou Lesão Preexistente, ou a aplicação de Cobertura Parcial Temporária ou Agravado, **desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados do nascimento ou da adoção.**

Em caso de inscrição de filho(s) adotivo (s) do BENEFICIÁRIO, menor de 12 (doze) anos de idade, serão aproveitados os mesmos períodos de carência já cumpridos pelo BENEFICIÁRIO adotante, **desde que a inscrição ocorra no prazo de até 30 (trinta) dias contados da data da adoção.**

INCLUSÃO E EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS

A inclusão ou exclusão de BENEFICIÁRIOS, titulares ou dependentes, deve ser comunicada diretamente à CONTRATANTE, que encaminhará requerimento por escrito à CONTRATADA.

V - PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

O padrão de acomodação em internação oferecido pelo plano contratado é COLETIVA, também denominada "enfermaria". Fica assegurada a acomodação em internação na modalidade PRIVATIVA (apartamento), mediante Termo Aditivo firmado entre a CONTRATANTE e a CONTRATADA.

Em casos de comprovada indisponibilidade de leito hospitalar no padrão de acomodação contratado pelo BENEFICIÁRIO, em estabelecimentos hospitalares próprios e/ou credenciados pela CONTRATADA, o BENEFICIÁRIO terá acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional.

Caso o BENEFICIÁRIO opte por acomodação hospitalar superior à prevista no Plano no qual está inscrito, se responsabilizará pelo valor da diferença de custos, diretamente, perante o hospital.

VI - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

Ficam garantidas, pela CONTRATADA, as coberturas assistenciais contratadas, estabelecidas neste REGULAMENTO, para todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, e relacionadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela ANS, vigente à época do evento, observadas as seguintes disposições:

COBERTURAS AMBULATORIAIS

Ao BENEFICIÁRIO serão assegurados os atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que não necessitem de internação hospitalar, consultas médicas, exames clínicos e laboratoriais, bem como terapias, conforme relacionado a seguir:

- a) Cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM;
- b) Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico ou cirurgião dentista assistente devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação;
- c) Cobertura de consulta e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional, no limite de 6 (seis) sessões por ano de contrato para cada especialidade, conforme indicação do médico assistente;
- d) Cobertura de psicoterapia, limitadas a 12 (doze) sessões por ano de contrato, que poderão ser realizadas tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme indicação do médico assistente;
- e) Cobertura dos procedimentos de fisioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente, em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente;
- f) Cobertura de atendimentos caracterizados como de urgência e emergência;
- g) Cobertura para os seguintes procedimentos, considerados especiais:
 - I. Hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
 - II. Quimioterapia oncológica ambulatorial;
 - III. Radioterapia, incluindo todos os procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente;
 - IV. Procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais;
 - V. Hemoterapia ambulatorial;
 - VI. Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

COBERTURAS HOSPITALARES

Ao BENEFICIÁRIO serão assegurados os atendimentos em unidade hospitalar definidos na Lei 9.656, de 1998, com cobertura de despesas médico-hospitalares, sem limite de prazo, valor máximo e quantidade de internação, em unidades referenciadas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM, englobando os seguintes itens:

- a) cobertura para internações hospitalares clínicas e/ ou cirúrgicas no padrão de acomodação contratado, e Centro de Terapia Intensiva ou similar;
- b) cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem, exceto quando em caráter particular, e alimentação;
- c) cobertura de exames complementares indispensáveis ao controle da evolução da doença e à elucidação diagnóstica;

- d) fornecimento de medicamentos nacionais e nacionalizados, anestésicos, gases medicinais e transfusões, conforme prescrição do médico assistente, durante o período de internação hospitalar;
- e) cobertura de taxas, incluindo materiais utilizados;
- f) Cobertura de despesas de alimentação (fornecida exclusivamente pela própria instituição de saúde) e de acomodação de 1 (um) acompanhante, no caso de paciente menor de 18 (dezoito) anos;
- g) Cobertura de despesas de alimentação (fornecida exclusivamente pela própria instituição de saúde) e de acomodação de 1 (um) acompanhante, no caso de pacientes idosos a partir de 60 (sessenta) anos de idade, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente, no local da internação, excetuado os casos de CTI;
- h) cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções;
- i) 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;
- j) cobertura de cirurgia bariátrica (em caso de obesidade mórbida);
- k) cobertura de cirurgias odontológicas buco-maxilo-faciais, que necessitem de ambiente hospitalar, realizadas por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação, durante o período de internação hospitalar;
- l) cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar;
- m) cobertura para os seguintes procedimentos, considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:
 - I. Hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
 - II. Quimioterapia oncológica ambulatorial;
 - III. Radioterapia, incluindo todos os procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigente, para ambas as segmentações ambulatorial e hospitalar;
 - IV. Hemoterapia;
 - V. Nutrição enteral ou parenteral;
 - VI. Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente;
 - VII. Embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente;
 - VIII. Radiologia intervencionista;
 - IX. Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;

- X. Procedimentos de Fisioterapia, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente;
- XI. Transplantes de rins e córneas, bem como as despesas com os procedimentos necessários à realização do transplante, incluindo: despesas assistenciais com doadores vivos, medicamentos utilizados durante a internação, acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto fornecimento de 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.

O imperativo clínico, referido neste item, caracteriza-se pelos atos que se impõem em função das necessidades do doente.

Em se tratando de atendimento odontológico buco-maxilo-facial, o cirurgião-dentista irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao doente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados.

PROCEDIMENTOS OBSTÉTRICOS

Ao BENEFICIÁRIO serão asseguradas as coberturas hospitalares contratadas, previstas neste REGULAMENTO, acrescidas dos procedimentos relativos ao pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, nos seguintes termos:

- a) Cobertura de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato;
- b) Cobertura assistencial ao recém-nascido(a), filho(a) natural ou adotivo(a) do BENEFICIÁRIO ou de seu dependente, durante os primeiros trinta dias após o parto.

Para fins de cobertura do parto normal listado no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, este procedimento poderá ser realizado por Enfermeiro Obstétrico, habilitado de acordo com as atribuições definidas pela Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que rege o exercício profissional do Enfermeiro, regulamentada pelo Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987.

TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS

Ao BENEFICIÁRIO serão asseguradas as coberturas das despesas assistenciais contratadas, relativas a todos os transtornos psiquiátricos codificados na

Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, nos termos especificados neste REGULAMENTO.

A cobertura ambulatorial, sem internação, garantirá:

- a) atendimento às emergências, assim consideradas as que impliquem ao BENEFICIÁRIO ou a terceiros, risco à vida ou danos físicos (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão) e/ou risco de danos morais ou patrimoniais importantes;
- b) psicoterapia de crise, entendida como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área de saúde mental, iniciada imediatamente após o atendimento de emergência, com duração máxima de 12 (doze) semanas, limitada à cobertura de 12 (doze) sessões, não cumulativas, por ano de vigência do contrato;
- c) tratamento básico, assim entendido aquele prestado pelo médico assistente, ou sob sua orientação, com número ilimitado de consultas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico ou outros procedimentos ambulatoriais.

A cobertura com internação garantirá:

- a) 15 (quinze) dias, não cumulativos, por ano de vigência do contrato, em hospital geral, para portador de transtornos psiquiátricos em situação de intoxicação ou abstinência, provocada por alcoolismo ou outras formas de dependência química, que necessitem de hospitalização. **Após este período, o custeio das despesas hospitalares e honorários médicos de internação será de exclusiva responsabilidade do BENEFICIÁRIO.**
- b) 30 (trinta) dias, não cumulativos, por ano de vigência do contrato, em hospital psiquiátrico, ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise. **Após este período, o custeio das despesas hospitalares e honorários médicos de internação será de exclusiva responsabilidade do BENEFICIÁRIO.**
- c) 8 (oito) semanas, não cumulativas, por ano de vigência do contrato, para portador de transtornos psiquiátricos em situação de crise, em regime de Hospital-Dia;
- d) todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos, incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-infringidas;

- e) 180 (cento e oitenta) dias, não cumulativos, por ano de vigência, em regime de Hospital-Dia, para tratamento de transtornos psiquiátricos de diagnósticos F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79 e F90 a F98 relacionados no CID 10 (Classificação Internacional de Doenças).

VII - EXCLUSÕES DE COBERTURA

Em conformidade com o que prevê a Lei n.º. 9656/98, as Resoluções e respeitando as coberturas mínimas obrigatórias previstas na Lei e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, **estão excluídos de cobertura** do Plano os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não descritos expressamente neste REGULAMENTO e os provenientes de:

- I. Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- II. Atendimentos prestados antes do início da vigência contratual ou da adesão ao plano, ou do cumprimento dos prazos de carências, ou prestados em desacordo com o que foi contratado, estabelecido neste REGULAMENTO;
- III. Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;
- IV. Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados;
- V. Despesas com assistência odontológica de qualquer natureza, inclusive as relacionadas com acidentes, exceto as cirurgias buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar e aquelas passíveis de realização em consultório que, por imperativo clínico, necessitem de internação hospitalar;
- VI. Cirurgias e tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes e órgãos reguladores;
- VII. Despesas de acompanhantes, excepcionadas as de alimentação (servida exclusivamente pela própria instituição de saúde) e acomodação de um acompanhante para o paciente menor de 18 (dezoito) anos bem como para pacientes idosos a partir de 60 (sessenta) anos de idade e para os portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente;
- VIII. Cirurgias para mudança de sexo;
- IX. Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- X. Produtos de toalete e higiene pessoal, serviços telefônicos ou qualquer outra despesa que não seja vinculada à cobertura em curso;
- XI. Procedimentos, exames e tratamentos realizados fora da área de abrangência contratada, bem como das despesas decorrentes de serviços médicos hospitalares prestados por médicos ou entidades

- não credenciadas à CONTRATADA, à exceção dos atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, desde que prestados dentro da área de abrangência geográfica do contrato, que poderão ser realizados por médicos e serviços não credenciados e, posteriormente, reembolsados na forma e termos previstos neste REGULAMENTO;
- XII. Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
 - XIII. Inseminação artificial;
 - XIV. Enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar;
 - XV. Procedimentos clínicos e cirúrgicos com finalidade estética, inclusive órteses e próteses para o mesmo fim;
 - XVI. Fornecimento e aplicação de vacinas;
 - XVII. Exames para piscina ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
 - XVIII. Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
 - XIX. Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
 - XX. Consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de emergência ou urgência;
 - XXI. Transplantes, exceto os de córnea e rim e os transplantes autólogos;
 - XXII. Tratamentos para redução de peso em clínicas de emagrecimento SPAs, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;
 - XXIII. Clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
 - XXIV. Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior;
 - XXV. Investigação de paternidade, maternidade ou consangüinidade;
 - XXVI. Procedimentos relacionados com os acidentes de trabalho e suas conseqüências, moléstias profissionais, assim como procedimentos relacionados com a saúde ocupacional;
 - XXVII. Procedimentos não relacionados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento; e
 - XXVIII. Especialidade médica não reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina.

VIII - PERÍODOS DE CARÊNCIA

As coberturas previstas pelo plano contratado somente passam a vigorar depois de cumpridos os prazos de carência a seguir descritos, contados a partir da data de ingresso do BENEFICIÁRIO no plano:

- a) Urgência e Emergência: 24 (vinte e quatro) horas;
- b) Consultas Médicas: 180 (cento e oitenta) dias;
- c) Exames, terapias e demais procedimentos: 180 (cento e oitenta) dias;
- d) Internações clínicas e cirúrgicas: 180 (cento e oitenta) dias;

- e) Partos a termo: 300 (trezentos) dias.

IX - DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

Na contratação COLETIVA POR ADESÃO com número de participantes menor que 50 (cinquenta), fica o BENEFICIÁRIO ou seu representante legal obrigado a informar à CONTRATADA, a condição sabida de doença ou lesão preexistente, previamente à adesão ao plano contratado, sob pena de imputação de fraude, sujeito à suspensão ou exclusão do plano contratado, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do artigo 13 da Lei n. °9.656/ 98.

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 n° 9.656/1998, o inciso IX do art 4° da Lei n° 9.961/ 2000 e as diretrizes estabelecidas na Resolução Normativa n°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 conseqüências 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 (em UTI, unidade coronariana ou neonatal) e de procedimentos de alta complexidade, assim definidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente, a CONTRATADA oferecerá a Cobertura Parcial Temporária (CPT), sendo-lhe facultada a oferta do agravo como opção à CPT.

Cobertura Parcial Temporária (CPT) é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, a partir da data da 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 CONTRATADA e a CONTRATANTE, com a ciência expressa do BENEFICIÁRIO ou de seu representante legal.

A CONTRATADA poderá, a seu exclusivo critério, deixar de exigir o cumprimento de Cobertura Parcial Temporária ou a aplicação de Agravo, no momento da adesão contratual, não sendo cabível, neste caso, a alegação de omissão de informação na Declaração de Saúde ou aplicação posterior de Cobertura Parcial Temporária ou Agravo.

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 diretamente 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 (vinte e quatro) 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 CONTRATANTE e CONTRATADA, com a ciência expressa

do BENEFICIÁRIO ou seu representante legal, devendo constar menção expressa a percentual ou valor do Agravado e período de vigência do Agravado.

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 e poderá solicitar abertura de processo administrativo junto à 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 ao BENEFICIÁRIO ou seu representante legal, bem como será o mesmo excluído do plano contratado.

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.

Sendo o julgamento final favorável à CONTRATADA, apenas poderá ser excluído o BENEFICIÁRIO que foi parte no processo administrativo, e seus respectivos dependentes.

Tratando-se de Plano Coletivo por Adesão com número de BENEFICIÁRIOS igual ou maior que 50 (cinquenta), não haverá cláusula de Cobertura Parcial Temporária ou Agravado, nos casos de Doença e Lesão Preexistente, desde que a inscrição do BENEFICIÁRIO titular e de seu(s) dependente(s) ocorra no prazo de até 30 (trinta) dias contados da assinatura do contrato (para os consumidores

já vinculados à CONTRATANTE no momento da contratação), ou da data da vinculação do consumidor à CONTRATANTE.

Os BENEFICIÁRIOS titulares e respectivos dependentes inscritos após os 30 (trintas) dias de prazo citados no parágrafo anterior cumprirão integralmente o prazo de Cobertura Parcial Temporária previsto neste contrato.

X- ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Para efeito desta cobertura, considera-se:

- a) **EMERGÊNCIA:** situações que impliquem em risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.
- b) **URGÊNCIA:** situações resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA

Terão cobertura integral as despesas efetuadas com a realização de atendimentos caracterizados como de urgência / emergência após 24 (vinte e quatro) horas contadas do início da vigência do contrato (para os BENEFICIÁRIOS regularmente inscritos no plano na ocasião), ou após a assinatura da proposta de adesão (para as adesões formalizadas após o início da vigência do contrato), desde que os atendimentos sejam realizados dentro da área de abrangência geográfica contratada, observados os limites e condições contratados, estabelecidos neste REGULAMENTO.

COBERTURA DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA QUE EVOLUIR PARA INTERNAÇÃO

Terão cobertura as despesas efetuadas com a realização de atendimentos caracterizados como de urgência / emergência que evoluírem para internação, desde a admissão do paciente até a sua alta ou aqueles que sejam necessários à preservação da vida, órgãos e funções.

Quando se tratar de urgência/ emergência nos casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária decorrente de doença ou lesões preexistentes, e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, serão cobertas as despesas que demandem atenção continuada, pelo período de até 12 (doze) horas, a nível ambulatorial.

Havendo necessidade de internação, ainda que em tempo menor que 12 (doze) horas, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser do BENEFICIÁRIO ou de seu representante legal, não cabendo ônus à CONTRATADA.

REEMBOLSO EM CASOS DE URGÊNCIA /EMERGÊNCIA

Nos casos de urgência e emergência em que o BENEFICIÁRIO, comprovadamente, não puder se utilizar dos serviços próprios ou credenciados da CONTRATADA, dentro da área de abrangência geográfica contratada, prevista neste REGULAMENTO, serão reembolsadas as despesas cobertas pelo plano contratado, observando-se os seguintes limites de reembolso:

- a) Despesas Hospitalares: até os valores previstos na Tabela de Serviços Hospitalares da praticada pela CONTRATADA junto à rede própria de prestadores;
- b) Materiais e Medicamentos: até os valores previstos como preço ao consumidor no Brasíndice vigente na data de aquisição. Os materiais e medicamentos não constantes no Brasíndice serão reembolsados com base nos preços de mercado praticados na data citada;
- c) Honorários Médicos: até o valor previsto para o procedimento na Tabela de Honorários praticada pela CONTRATADA junto à rede própria de prestadores.

DOCUMENTAÇÃO PARA REEMBOLSO

Para obtenção do reembolso, o BENEFICIÁRIO deverá enviar à CONTRATADA os originais dos seguintes documentos:

- a) Relatório do médico assistente contendo diagnóstico, tratamento efetuado, data do atendimento e as condições que caracterizaram a urgência / emergência;
- b) Recibos individuais quitados dos honorários médicos. Quando se tratar de pessoa jurídica, nota fiscal quitada. Em ambos os casos deverão ser discriminados os seguintes dados:
 - I. Nome completo do paciente;
 - II. Procedimento e data de sua realização;
 - III. Atuação do médico (cirurgião, clínico, auxiliar, anestesista e outros);
 - IV. Valor dos honorários;
 - V. Nome, número do Conselho Regional e CPF do médico.
- c) Conta hospitalar discriminada, inclusive relação de materiais e medicamentos utilizados, apresentando nota fiscal quitada, facultado à CONTRATADA periciar os prontuários médicos, resguardadas as normas éticas.
- d) O reembolso será realizado no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da data da efetiva entrega de toda a documentação exigida, através de cheque nominal ao BENEFICIÁRIO titular ou depósito em conta bancária fornecida pelo mesmo.

O direito ao reembolso, previsto neste REGULAMENTO, prescreve em um ano, a contar da data de pagamento das despesas médico-hospitalares pelo BENEFICIÁRIO ou seu representante legal. Os requerimentos de reembolso protocolados depois de decorrido o citado prazo de um ano, serão indeferidos.

XI - REMOÇÃO

Fica garantida a remoção inter-hospitalar, comprovadamente necessária, em ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, dentro dos limites da área de abrangência geográfica do plano, nas condições contratadas, definidas neste REGULAMENTO.

Caberá a CONTRATADA o ônus e a responsabilidade da remoção do BENEFICIÁRIO internado em instituição integrante de sua rede credenciada para uma unidade do SUS, depois de realizados os atendimentos caracterizados como urgência e emergência, nos casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária que resulte na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, relacionados às doenças e lesões preexistentes. A responsabilidade da CONTRATADA pela remoção do BENEFICIÁRIO somente cessará quando efetuado o registro do mesmo na unidade do SUS.

Fica assegurada a remoção do BENEFICIÁRIO, depois de realizados os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade de atenção ao BENEFICIÁRIO paciente.

Quando o BENEFICIÁRIO ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente que a do SUS, a CONTRATADA estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

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

XII - ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES

O plano contratado não dá acesso a livre escolha de prestadores não participantes da rede assistencial da CONTRATADA.

XIII - MECANISMOS DE REGULAÇÃO

DA CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO DO PLANO

A CONTRATADA fornecerá para cada BENEFICIÁRIO admitido no plano contratado, Carteira de Identificação, cuja exibição será obrigatória juntamente

com o documento de identidade oficial, sempre que os serviços ora contratados forem utilizados.

A CONTRATADA não cobrará pelo fornecimento da primeira via da Carteira de Identificação aos BENEFICIÁRIOS.

As segundas vias da Carteira de Identificação serão cobradas, pela CONTRATADA, a razão de 10% (dez por cento) do valor da mensalidade prevista para a 1ª (primeira) faixa etária do plano ao qual o BENEFICIÁRIO está inscrito, vigente à época.

No caso de perda ou extravio da Carteira de Identificação, a CONTRATADA deverá ser comunicada imediatamente por escrito. A utilização indevida da documentação será de exclusiva responsabilidade do BENEFICIÁRIO até que seja efetuada a comunicação da perda ou extravio à CONTRATADA.

DA HABILITAÇÃO AO ATENDIMENTO

A CONTRATADA colocará à disposição dos BENEFICIÁRIOS do Plano Privado de Assistência à Saúde a que alude este REGULAMENTO, de acordo com a segmentação contratada, centros médicos, ambulatórios, consultórios, laboratórios, hospitais, médicos e respectivos profissionais da saúde por Rede Própria e/ou Credenciada, constantes do Manual de Orientação do BENEFICIÁRIO, que é parte integrante do Contrato, para todos os efeitos legais.

Os atendimentos serão realizados por médicos integrantes do corpo clínico próprio ou dos credenciados da CONTRATADA para o Plano escolhido e em estabelecimento de saúde, indicados no Manual de Orientação do BENEFICIÁRIO.

Para o acesso à rede de prestadores de serviços constante no Manual de Orientação do BENEFICIÁRIO, o BENEFICIÁRIO deverá apresentar:

- a) Proposta de Adesão nos primeiros 30 (trinta) dias subseqüentes à admissão enquanto não receber a Carteira de Identificação do plano;
- b) Carteira de Identificação do Plano;
- c) Documento de identificação (Cédula de Identidade, Carteira Profissional, Carteira Nacional de Habilitação, Certidão de Nascimento);
- d) Autorização prévia nos casos previstos neste instrumento;
- e) Se o atendimento decorrer de Urgência ou Emergência ficam dispensadas as exigências previstas para o acesso à rede de prestadores de serviços, nos termos desta Cláusula.

DAS CONSULTAS ELETIVAS

O acesso às especialidades médicas ocorrerá exclusivamente por serviço próprio e/ou credenciado, observados os prazos de carência previstos neste instrumento.

DO GERENCIAMENTO DAS AÇÕES DE SAÚDE

As ações de saúde dos BENEFICIÁRIOS serão gerenciadas através de mecanismos de controle em todas as fases de utilização do serviço de assistência à saúde, previstos neste REGULAMENTO.

O gerenciamento será efetuado através de Protocolos Médicos, Guias de Autorizações, Auditoria Médica e Direcionamento de Acesso dentro da rede para os locais de atendimento preferencial da CONTRATADA.

A CONTRATADA irá direcionar para a Rede Preferencial, a critério da Auditoria Médica, observada a Resolução n.º 8 do CONSU, os procedimentos de: Transplantes (rim e córnea); Quimioterapia e Radioterapia; Doenças do Aparelho Cardio-circulatório; Insuficiência Renal; Hemodiálise; Doenças relacionadas ao HIV e suas complicações; Tratamentos, exames ou cirurgias oncológicas; Doenças psiquiátricas e tratamentos de dependência química; Litotripsia; Cirurgias eletivas, em geral; Cirurgia Cardíaca e Hemodinâmica; Cirurgias Ortopédicas; Cirurgias Neurológicas; Cirurgias Vasculares; Cirurgias Ortopédicas; Cirurgias Cardíacas Congênitas; Cirurgia Bariátrica; Cirurgias Oftalmológicas e Otorrinolaringológicas; Internações Clínicas e em UTI; Internações Pediátricas e Neonatais e os Exames de Alta Complexidade previstos no anexo da RDC 68/ 2001.

DA AUTORIZAÇÃO PRÉVIA

Para a realização de exames, terapias, tratamentos, internações e demais serviços contratados, previstos neste REGULAMENTO, seja na rede própria ou na rede credenciada da CONTRATADA, será necessária a obtenção de AUTORIZAÇÃO PRÉVIA através de GUIA.

O pedido médico deverá ser apresentado na Central de Emissão de Guias da CONTRATADA que emitirá a autorização pós-análise das carências e visto da Auditoria Médica, podendo fazer o direcionamento ou gerenciamento para prestador preferencial de acordo com os critérios estabelecidos neste REGULAMENTO.

Todos os casos de internações eletivas e procedimentos de alta complexidade necessitam de autorização da CONTRATADA, com antecedência, devendo ocorrer o agendamento somente de posse da autorização. Os procedimentos deverão ser solicitados pelo médico assistente em formulário específico e disponibilizado pela CONTRATADA, ou quando não credenciado, em Receituário Timbrado, contendo dados do BENEFICIÁRIO, descrição dos

exames e especificação de acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10).

As solicitações de exames, terapias e/ou procedimentos requisitados por médicos não credenciados deverão ser submetidos à análise e aprovação da Auditoria Médica, sendo certo que nestes casos os honorários médicos dos profissionais não pertencentes à rede preferencial, própria e/ou credenciada da CONTRATADA ou do plano escolhido, correrão por conta do BENEFICIÁRIO.

A CONTRATADA emitirá resposta à solicitação de autorização prévia do procedimento no prazo máximo de um dia útil, a partir do momento da solicitação, ou em prazo inferior, quando caracterizada a urgência.

DA REDE DE PRESTADORES DE SERVIÇOS

A CONTRATADA manterá recursos médicos e hospitalares próprios (Hospital Adventista de São Paulo e seus Centros Médicos, nas especialidades ali atendidas, indicadas no Manual de Orientação do BENEFICIÁRIO), onde os BENEFICIÁRIOS serão atendidos **prioritariamente**, sem quaisquer ônus, nos casos comprovadamente cobertos.

Os demais serviços e especialidades não oferecidos pela rede própria da CONTRATADA, ou na impossibilidade de acesso à rede própria, os serviços serão prestados pela rede credenciada, mediante direcionamento à rede preferencial e autorização prévia da CONTRATADA.

A rede de prestadores de serviços está indicada no Manual de Orientação do BENEFICIÁRIO, do qual constarão os telefones e endereço eletrônico de acesso à internet para consulta à rede.

A CONTRATADA credenciará prestadores de serviços médicos e hospitalares, cuja utilização será facultada aos BENEFICIÁRIOS, de acordo com o Plano Contratado e nos limites previstos neste REGULAMENTO, sendo que em caso de utilização, o pagamento das despesas cobertas e realizadas serão efetuadas pela CONTRATADA diretamente à pessoa física ou jurídica prestadora dos serviços.

A CONTRATADA poderá proceder à substituição de um ou de todos os recursos constantes no Manual de Orientação do BENEFICIÁRIO, sendo certo que a substituição deverá ser feita por novos credenciados com qualificações técnicas equivalentes às dos substituídos de acordo com normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar, sem que isso gere qualquer obrigação de indenização por parte da CONTRATADA aos BENEFICIÁRIOS do plano.

Caso a entidade hospitalar credenciada solicite descredenciamento, o BENEFICIÁRIO que se encontrar em regime de internação hospitalar, será, com indicação do médico assistente, imediatamente transferido, sem qualquer ônus,

para outra entidade hospitalar credenciada equivalente para a sua categoria de plano ou permanecerá no mesmo estabelecimento sob o ônus da CONTRATADA caso o médico assistente não considere recomendável a submissão do paciente à remoção.

Caso o descredenciamento ocorra por parte da CONTRATADA, o BENEFICIÁRIO, regularmente inscrito no plano contratado permanecerá internado, até a indicação da alta hospitalar, sendo certo que as despesas até então apuradas correrão por conta da CONTRATADA.

Em razão de cometimento de infração às normas sanitárias em vigor, durante o período de internação hospitalar, a CONTRATADA responsabilizar-se-á pela transferência do BENEFICIÁRIO hospitalizado para outro estabelecimento equivalente, sem qualquer ônus adicional para a CONTRATANTE.

A CONTRATADA dará ciência, por escrito, das substituições processadas, à CONTRATANTE e à Agência Nacional de Saúde Suplementar com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, ressalvados deste prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias.

A CONTRATADA poderá ainda proceder ao redimensionamento de rede credenciada por redução de rede hospitalar através da absorção dos atendimentos por outros credenciados nos termos e condições previstas no artigo 17, §4º da Lei n.º 9.656/98, sem que isso gere qualquer obrigação de indenização por parte da CONTRATADA ou redução no valor da mensalidade do plano contratado.

DA JUNTA MÉDICA

As divergências e dúvidas de natureza médica, relacionadas aos serviços contratados, previstos neste REGULAMENTO, serão dirimidas por Junta Médica composta de três membros, sendo um nomeado pelo BENEFICIÁRIO, outro pela CONTRATADA, e o terceiro, escolhido pelos dois nomeados, cujo voto definirá o entendimento final da Junta, se mantidas as divergências entre os dois primeiros médicos, representantes das partes.

Não havendo consenso sobre a escolha do terceiro médico, responsável por definir o entendimento da Junta em caso de divergências, a sua designação será solicitada ao presidente de uma das Sociedades Médicas reconhecidas pelo Conselho Regional de Medicina na mesma localidade da CONTRATADA.

Cada uma das partes pagará os honorários e despesas do médico que nomear, sendo que os do terceiro médico designado serão pagos pela CONTRATADA, conforme previsto no artigo 4º, parágrafo V, da Resolução CONSU n.º 08, de 03 de novembro de 1998.

XIV - FORMAÇÃO DO PREÇO

O valor mensal a ser pago pela CONTRATANTE à CONTRATADA pela cobertura assistencial será cobrado pelo sistema de pré-pagamento, mediante preço pré-estabelecido.

XV - REAJUSTE

Os valores das mensalidades serão reajustados anualmente pela variação do IGPM-FGV (Índice Geral de Preços de Mercado, da Fundação Getúlio Vargas), ou outro que venha a substituí-lo.

Poderá ainda ocorrer à revisão dos valores mensais, em período inferior a 12 (doze) meses, devido à alteração do nível de sinistralidade do Plano de Assistência à Saúde, bem como aumentos relativos à impactação na estrutura de custos da CONTRATADA.

Os aumentos previstos neste item dar-se-ão em conformidade com os limites e condições estabelecidos no contrato firmado com a CONTRATANTE.

XVI - FAIXAS ETÁRIAS

Em havendo alteração de faixa etária de qualquer BENEFICIÁRIO inscrito no plano contratado, a mensalidade será reajustada no mês subsequente ao da ocorrência, de acordo com os percentuais da tabela abaixo, que se acrescentarão sobre o valor da mensalidade imediatamente anterior à data de alteração da faixa etária, observadas a seguintes condições, conforme art. 3º, incisos I e II da RN 63/ 03:

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

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

Serão observados os seguintes percentuais de aumento por faixa etária:

Faixa Etária	Acréscimos	Incidência
00 - 18 anos	-	-
19 - 23 anos	10,00 %	Sobre o preço fixado para a faixa etária anterior
24 - 28 anos	13,00 %	Sobre o preço fixado para a faixa etária anterior
29 - 33 anos	15,00 %	Sobre o preço fixado para a faixa etária anterior
34 - 38 anos	17,00 %	Sobre o preço fixado para a faixa etária anterior
39 - 43 anos	19,00 %	Sobre o preço fixado para a faixa etária anterior

44 - 48 anos	23,10 %	Sobre o preço fixado para a faixa etária anterior
49 - 53 anos	41,00 %	Sobre o preço fixado para a faixa etária anterior
54 - 58 anos	44,74 %	Sobre o preço fixado para a faixa etária anterior
59 anos ou mais	20,00 %	Sobre o preço fixado para a faixa etária anterior

A variação do preço em razão da mudança de faixa etária incidirá a partir do mês subsequente ao da mudança de faixa etária.

Mediante assinatura de Termo Aditivo ao Contrato coletivo, as partes contratantes poderão ajustar valor único *per capita* (por cada beneficiário inscrito no plano) da mensalidade, situação que implicará na não incidência de acréscimos por alteração de faixa etária.

XVII - CONCESSÃO DE BÔNUS OU DESCONTOS

O Plano contratado não dá direito a bônus ou descontos, salvo se previamente ajustado entre CONTRATANTE e CONTRATADA, mediante aditivo contratual.

XVIII - REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

Na contratação COLETIVA POR ADESÃO, o ingresso de BENEFICIÁRIOS vinculados à CONTRATANTE será de forma espontânea e opcional, sendo-lhes facultada a inclusão de seus dependentes, nos termos previstos neste REGULAMENTO.

Ao BENEFICIÁRIO Titular, com vínculo empregatício com a CONTRATANTE, que tenha contribuído para o pagamento da mensalidade, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho, sem justa causa, é assegurado o direito de manutenção no plano, como BENEFICIÁRIO, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assumo o pagamento integral do mesmo (inclusive o pagamento de parcela de responsabilidade patronal). A manutenção de que trata este item é extensiva a todos os dependentes inscritos quando da vigência do contrato de trabalho.

A permanência no Plano prevista no parágrafo anterior será por período igual a um terço do tempo de permanência no Plano, sendo assegurado ao BENEFICIÁRIO um período mínimo de 06 (seis) meses e máximo de 24 (vinte e quatro) meses.

Ao BENEFICIÁRIO Titular com vínculo empregatício com a CONTRATANTE, que tenha contribuído para o presente plano e tenha sido desligado do quadro de pessoal por haver adquirido direito à aposentadoria, é assegurado o direito

de manutenção, como BENEFICIÁRIO, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho (inclusive o pagamento de parcela de responsabilidade patronal), conforme previsto nesta cláusula. A manutenção de que trata este item é extensiva a todos os dependentes inscritos quando da vigência do contrato de trabalho.

Se o aposentado contribuiu para o custeio da Mensalidade do presente Plano por período igual ou superior a 10 (dez) anos, terá o direito de permanecer no plano, juntamente com seus Dependentes, como BENEFICIÁRIO, por prazo indeterminado.

Se o aposentado contribuiu para o custeio da Mensalidade do presente Plano por período inferior a 10 (dez) anos, terá o direito de permanecer no plano, juntamente com seus dependentes, à razão de um ano para cada ano de contribuição.

A opção por permanecer no plano contratado, nos termos dos itens anteriores, deixará de existir quando da admissão do BENEFICIÁRIO Titular em outro emprego.

Em caso de morte do BENEFICIÁRIO Titular, os seus Dependentes, cobertos pelo Plano, terão direito de permanência, no período fixado nos itens anteriores, mediante o pagamento da respectiva Mensalidade a eles correspondentes.

Os BENEFICIÁRIOS e dependentes, mencionados no item anterior, sofrerão os reajustes previstos no contrato firmado com a CONTRATANTE.

O direito ora assegurado nesta Cláusula não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

Nos planos coletivos custeados integralmente pela empresa CONTRATANTE, não é considerada contribuição a co-participação do consumidor, única e exclusivamente, em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica ou hospitalar.

Em caso de rescisão do Contrato coletivo, a CONTRATADA disponibilizará aos BENEFICIÁRIOS inscritos (titulares e respectivos dependentes) plano de assistência à saúde na modalidade individual ou familiar, sem necessidade de cumprimento de novos prazos de carência, desde que assumam o valor referente às mensalidades relativas a cada BENEFICIÁRIO, de acordo com a faixa etária e o valor comercial vigente para o plano escolhido, à época da opção.

Considera-se contagem de prazos de carência o período de permanência do BENEFICIÁRIO no plano coletivo cancelado.

Os BENEFICIÁRIOS deverão fazer a opção pelo produto individual ou familiar no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a rescisão do Contrato.

Compete à CONTRATANTE o dever de informar aos consumidores a ele vinculados sobre o cancelamento do benefício, em tempo hábil ao cumprimento do prazo de opção previsto acima.

A adesão ao plano individual ou familiar se dará mediante o cumprimento dos seguintes requisitos pelos BENEFICIÁRIOS inscritos no plano cancelado:

- a) Assinatura de Requerimento de Continuidade de Assistência Médico-Hospitalar;
- b) Cópia do documento de demissão, desligamento ou rescisão;
- c) Preenchimento da proposta de adesão ao plano Individual/ Familiar, e demais documentos a ela vinculados;
- d) Pré-pagamento da mensalidade contratual;
- e) Pré-pagamento da taxa de cadastro.

XIX - CONDIÇÕES DE VÍNCULO DO BENEFICIÁRIO EM PLANOS COLETIVOS

A CONTRATANTE poderá inscrever individualmente no Plano contratado, os empregados/ funcionários, com vínculo empregatício ativo ou inativo, bem como BENEFICIÁRIOS sem vínculo empregatício, e seus respectivos dependentes.

Considera-se:

- a) Vínculo empregatício ativo: destinado a empregados/ funcionários ativos da pessoa jurídica contratante.
- b) Vínculo empregatício inativo: destinado a empregados/ funcionários da pessoa jurídica contratante, que durante a vigência do contrato, venham a ser aposentados ou demitidos sem justa causa.
- c) Sem vínculo empregatício: destinado a consumidores que tenham vínculo com pessoa jurídica diferente da relação trabalhista, como sindical ou associativa.

XX - CONDIÇÕES DE PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

O BENEFICIÁRIO TITULAR e/ ou DEPENDENTE inscrito no plano perderá a qualidade de BENEFICIÁRIO da CONTRATADA, nas seguintes ocasiões:

- a) Por demissão com justa causa;
- b) Por abandono de emprego devidamente comprovado;
- c) Por óbito;

- d) Por exclusão contratual requerida pela CONTRATANTE a pedido do BENEFICIÁRIO, devidamente formalizado;
- e) Por rescisão contratual pela CONTRATANTE;
- f) Perda do vínculo com a CONTRATANTE e/ ou BENEFICIÁRIO titular;
- g) Perda da condição de dependente, nos termos definidos neste REGULAMENTO;
- h) Sempre que por fraude, omissão ou dolo obtiver o BENEFICIÁRIO e/ ou seus Dependentes, qualquer vantagem indevida, causadora ou não de lesões aos direitos da CONTRATADA.

A perda da condição de BENEFICIÁRIO titular implica no cancelamento automático da inscrição de seus respectivos dependentes, salvo nos casos de demissão sem justa causa, aposentadoria ou rescisão contratual, quando será facultada aos BENEFICIÁRIOS a continuidade nos planos oferecidos pela CONTRATADA, nas condições e limites contratados estabelecidos neste REGULAMENTO, de acordo com a legislação vigente.

XXI - SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS

O Plano contratado não disponibiliza serviços e coberturas adicionais.

XXII - DISPOSIÇÕES GERAIS

Uma vez formalizada a adesão ao Plano de Saúde Coletivo contratado, os BENEFICIÁRIOS nele inscritos autorizam a CONTRATADA, através de sua equipe de Auditoria Médica e Auditoria de Enfermagem, a ter acesso aos prontuários médicos decorrentes dos atendimentos realizados em qualquer instituição de assistência à saúde, inclusive com referência a período anterior a presente contratação.

Modificações das cláusulas do Contrato coletivo, bem como os casos omissos, serão resolvidos de comum acordo entre as partes contratantes, mediante Aditivo Contratual, que assinado por ambas as partes, passará a fazer parte integrante do Contrato e do presente REGULAMENTO.

A adesão ao Plano de Saúde Coletivo ora contratado, implica na aceitação e dever de observância das normas e condições previstas neste REGULAMENTO, por todos os BENEFICIÁRIOS nele inscritos (titulares e/ ou respectivos dependentes), para todos os fins de direito.