

01 CONTRATO

Proposta de Inscrição nº	Código Usuário:
--------------------------	-----------------

NOME DO CONTRATANTE:	
----------------------	--

Este CONTRATO está vinculado à Proposta de Inscrição acima indicada.

ATENÇÃO: Todos os demais dados, inclusive os tipos de produtos optados, encontram-se especificados na Proposta de Inscrição numerada mecanicamente pela Operadora EVANGÉLICO SAÚDE, cujo número deve ser transcrito para o espaço correspondente nesta folha, acima.

02. PRODUTOS

Produto contemplado neste CONTRATO:

Nº registro ANS	NOME COMERCIAL DO PLANO	CONTRATAÇÃO	COBERTURA ASSISTENCIAL	ACOMODAÇÃO
419.989/99-8	PERSONAL BÁSICO COP	Individual / Familiar	Ambulatorial	Não Aplicável

Abaixo descrevemos sucintamente o plano, para melhor visualização. Na seqüência deste Contrato os direitos e obrigações referentes ao produto serão detalhados claramente.

419.989/99-8 - PLANO PERSONAL BÁSICO COP**PLANO AMBULATORIAL**

É um Plano com os benefícios da cobertura AMBULATORIAL e dá direito a consultas, exames e atendimentos ambulatoriais. Não dá direito à cobertura Hospitalar, nem cobertura obstétrica. Neste plano o Usuário participará financeiramente nas consultas e exames de diagnósticos.

03 BENEFICIÁRIOS

Os Beneficiários abaixo relacionados terão direito ao plano descrito no item 02.

NOME	GRAU	PARENTESCO
	Legenda Grau 1 – Titular 2 – Dependente 3 - Agregado	Legenda Parentesco 1 – Próprio Titular 2 – Cônjuge 3 – Filhos 4 – Outros (especificar)

04 CONDIÇÕES GERAIS DE CONTRATAÇÃO**PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE (PESSOA FÍSICA)****INTRODUÇÃO – QUALIFICAÇÃO DAS PARTES**

Os Planos Privados de Assistência à Saúde para Pessoas Físicas, de contratação **INDIVIDUAL/FAMILIAR**, em sistema de pré-pagamento, com abrangência geográfica em Curitiba/PR comercializados por **EVANGÉLICO SAÚDE LTDA**, pessoa jurídica de direito privado, com sede e foro na cidade de Curitiba, estado do Paraná, à Rua Capitão Souza Franco, nº 235, Bigorrihlo, inscrita no CNPJ sob nº 02.989.632/0001-55 e inscrição estadual isenta, registrado na ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar sob nº 40.148-0, classificada como medicina de grupo; doravante denominada simplesmente **CONTRATADA**, neste ato representada na forma de seus atos constitutivos, e tendo como **CONTRATANTE** a PESSOA FÍSICA devidamente qualificada e identificada em Proposta de Inscrição própria, que passa a fazer parte deste Instrumento, passam a reger-se pelas disposições constantes do presente Instrumento Contratual.

CLÁUSULA PRIMEIRA – DAS DEFINIÇÕES

- 1.1. Para efeitos deste Contrato, são adotadas as seguintes definições:
- 1.1.1. **CONTRATANTE:** é a pessoa física (qualificada na Proposta de Inscrição) que contrata a prestação de serviços de assistência à saúde para si, seus dependentes ou agregados.
 - 1.1.2. **CONTRATADA:** é a Operadora de Planos de Saúde descrita na introdução, que se obriga a garantir a seus beneficiários a prestação de serviços de assistência à saúde de acordo com o plano adquirido, nos termos deste Contrato, através de meios de execução próprios e/ou contratados.
 - 1.1.3. **BENEFICIÁRIO:** é a pessoa física, inscrita e admitida pela **CONTRATADA**, que usufruirá dos serviços ora pactuados, seja na qualidade de titular OU, dependente.
 - 1.1.4. **PROPOSTA DE INSCRIÇÃO:** é o documento próprio da **CONTRATADA** que, devidamente preenchido e assinado pelo **CONTRATANTE**, expressa sua intenção de contratação dos serviços oferecidos pela **CONTRATADA**, manifestando pleno conhecimento de suas obrigações e direitos estabelecidos neste Contrato.
- 1.2. Outras definições importantes / Glossário:
- 1.2.1. **ACIDENTE PESSOAL:** todo evento externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física, por si só e independente de toda e qualquer causa, com data e ocorrência perfeitamente caracterizada. Ex.: fraturas, ferimentos, queimaduras, etc.
 - 1.2.2. **AGRAVO:** acréscimo no valor da contraprestação pecuniária do plano de assistência à saúde, oferecido ao consumidor como alternativa à adoção de cláusula de Cobertura Parcial Temporária para doenças ou lesões preexistentes.
 - 1.2.3. **A.N.S.:** AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, autarquia sob o regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, Órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde.
 - 1.2.4. **ATENDIMENTO AMBULATORIAL:** atendimento que se limita aos serviços possíveis de serem realizados em consultório ou ambulatório, não incluindo internação hospitalar.
 - 1.2.5. **CÁLCULO ATUARIAL:** é o cálculo estatístico com base em análise de informações sobre a frequência de utilização, peculiaridades do beneficiário, tipo de procedimento, com vistas à manutenção do equilíbrio financeiro do plano e o cálculo das contraprestações.
 - 1.2.6. **CARÊNCIA:** é o período de tempo a partir da data de inscrição, durante o qual os beneficiários não têm direito a determinadas coberturas.
 - 1.2.7. **CID-10:** Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde, da Organização Mundial da Saúde, 10ª revisão.
 - 1.2.8. **CIVILMENTE CAPAZ:** São todos os indivíduos habilitados a todos os atos da vida civil, sendo necessário ter 18 (dezoito) anos completos ou terem sido emancipados pelos pais ou que se casem, ou tenham constituído um estabelecimento civil ou comercial com economia própria, ou ainda, que tenha emprego público efetivo ou tenha colado grau em ensino superior.
 - 1.2.9. **CO-PARTICIPAÇÃO E/OU FRANQUIA:** é a participação financeira em serviços da cobertura assistencial, em percentuais e valores pré-estipulados.
 - 1.2.10. **COBERTURAS:** São os riscos cobertos de acordo com o plano contratado.
 - 1.2.11. **COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA:** (CPT) é a suspensão da cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças e lesões preexistentes, por um período de até 24 meses.
 - 1.2.12. **CONSU – CONSELHO DE SAÚDE SUPLEMENTAR:** é o órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde.
 - 1.2.13. **CONSULTA:** é o ato realizado pelo médico, que avalia as condições clínicas do beneficiário.
 - 1.2.14. **CONTRATO INDIVIDUAL/FAMILIAR:** é aquele em que é facultado ao **CONTRATANTE**, pessoa física, além de sua inclusão, a inclusão de seus dependentes.
 - 1.2.15. **DATA DE INSCRIÇÃO:** é o dia da ADMISSÃO do beneficiário pela **CONTRATADA**, a partir da assinatura do seu contrato, quando serão contados todos os prazos contratuais.
 - 1.2.16. **DECLARAÇÃO DE SAÚDE:** é um formulário elaborado pela Operadora, para registro de informações sobre as doenças ou lesões de que o beneficiário seja portador ou sofredor, e das quais tenha conhecimento no momento da contratação, com relação a si e a todos seus dependentes integrantes de seu contrato.
 - 1.2.17. **DEPENDENTE:** beneficiário incluído na proposta de Inscrição do Titular.

- 1.2.18. **DOENÇA:** é o processo mórbido definido, tendo um conjunto característico de sintomas e sinais, que leva o indivíduo a tratamento médico.
- 1.2.19. **DOENÇA OU LESÃO PREEXISTENTE:** são aquelas que o beneficiário ou seu responsável saiba ser portador, à época da contratação do plano privado de assistência à saúde, conforme art. 1º. da Resolução n. 2, do CONSU, de 03/11/98.
- 1.2.20. **ELETIVO:** é o termo usado para designar procedimentos médicos programados com antecedência, não considerados urgência ou emergência.
- 1.2.21. **EMERGÊNCIA:** é a alteração aguda do estado de saúde que implica risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente. Esta situação exige atuação médica imediata, sem tempo de preparo do paciente.
- 1.2.22. **EVENTO:** é o conjunto de ocorrências e/ou serviços de assistência ambulatorial/hospitalar que tenham como origem ou causa o mesmo dano involuntário à saúde do beneficiário em decorrência de acidente pessoal ou doença.
- 1.2.23. **EXAMES:** são procedimentos de pesquisa diagnóstica que complementam o diagnóstico e/ou o acompanhamento de uma doença ou lesão.
- 1.2.24. **INSCRIÇÃO:** é o ato de cadastrar um proponente num dos planos da **CONTRATADA**.
- 1.2.25. **INTERNAÇÃO HOSPITALAR:** é quando o beneficiário adentra o Hospital, ficando sob os cuidados e responsabilidade do Hospital e médico, credenciados da **CONTRATADA**, para ser submetido a algum tipo de tratamento cirúrgico ou clínico.
- 1.2.26. **LEITO DE ALTA TECNOLOGIA:** são acomodações reservadas a casos que requerem tratamento intensivo, tais como Unidade de Terapia Intensiva (UTI), Centro de Terapia Respiratória (CTR), Unidade Coronariana (UC), Centro de Terapia Neonatal (CETIN).
- 1.2.27. **ÓRTESE:** acessório usado em atos cirúrgicos e que não substitui parcial ou totalmente nenhum órgão ou membro, podendo ou não, ser retirado posteriormente.
- 1.2.28. **PARTO A TERMO:** é aquele que ocorre entre 38 e 42 semanas após a concepção do feto, realizando-se quando este estiver completamente formado, maduro e pronto para a vida extra-uterina.
- 1.2.29. **PROCEDIMENTO DE ALTA COMPLEXIDADE:** são procedimentos de alto custo e que requerem estrutura hospitalar e serviços de alto grau de especialização.
- 1.2.30. **PROCEDIMENTO ESTÉTICO:** é todo procedimento clínico/cirúrgico que não vise à recuperação funcional de um órgão e/ou sistema.
- 1.2.31. **PROPONENTE:** é o beneficiário que apresenta à Operadora proposta contendo seus dados pessoais e condições de saúde, bem como de seus dependentes, com a intenção de contratar serviços da Operadora.
- 1.2.32. **PRÓTESE:** é a peça artificial empregada em atos cirúrgicos, em substituição parcial ou total de um órgão ou membro, reproduzindo sua forma e/ou sua função.
- 1.2.33. **REDE CREDENCIADA:** é a rede de atendimento composta por prestadores de serviços, pessoas físicas ou jurídicas, habilitados a atender eventos cobertos pelos produtos contratados, que recebem pelo atendimento ao beneficiário, diretamente da Operadora.
- 1.2.34. **REGIME PARTICULAR DE ATENDIMENTO:** São todos os atendimentos médico/hospitalares que forem buscados pelo beneficiário fora da segmentação por ele contratada, e que se encontre em desacordo com as condições gerais de seu contrato. A **CONTRATADA** não responderá por qualquer valor, pela opção de atendimento do **CONTRATANTE**, fora de sua rede credenciada e área de abrangência geográfica estabelecida contratualmente.
- 1.2.35. **URGÊNCIA:** Situações médicas assim entendidas as resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional, que exigem tratamento a curto prazo, porém sem o caráter da morte (ou comprometimento de órgãos) iminente, como na emergência.
- 1.3. Os itens definidos nesta cláusula têm por objetivo o esclarecimento de termos importantes ao presente contrato, não sendo exaustivos, pelo que o **CONTRATANTE** terá o direito e o dever de solicitar esclarecimento prévio à **CONTRATADA**, em caso de dificuldade de compreensão do sentido e alcance de quaisquer expressões utilizadas.

CLÁUSULA SEGUNDA – DO OBJETO

- 2.1. O objeto deste Contrato é a prestação continuada de serviços na forma de Plano Privado de Assistência à Saúde, conforme previsto no inciso I, art.1º da Lei nº 9.656/98, visando a Assistência Médica, Hospitalar do **CONTRATANTE** e seus Beneficiários inscritos com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, CID10, e do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento., portanto a **CONTRATADA** prestará os serviços de assistência à saúde aos beneficiários, de acordo com os planos contratados e devidamente especificados na Proposta de Inscrição, na forma e condições definidas neste Contrato.

CLÁUSULA TERCEIRA – DAS PARTES CONTRATANTES

- 3.1. A **CONTRATADA** opera Planos Privados de Assistência à Saúde, prestando os respectivos serviços através de meios de execução próprios e ou contratando, mediante credenciamento, terceiros técnicos e legalmente habilitados para tanto, ao passo que o **CONTRATANTE**, assim como seus dependentes, estes quando devidamente indicados na Proposta de Inscrição, a partir da data de inscrição e nas condições aqui pactuadas, são considerados beneficiários integrantes do Plano Privado de Assistência à Saúde, operado pela **CONTRATADA**, mencionado neste Instrumento.
- 3.2. Os dependentes do **CONTRATANTE**, juntamente com este, considerados beneficiários do Plano Privado de Assistência à Saúde, são identificados na Proposta de Inscrição que acompanha o presente Instrumento, que, rubricada pelas partes, passa a fazer parte integrante deste instrumento, para todos os fins de direito.

CLÁUSULA QUARTA – DA NATUREZA JURÍDICA DO CONTRATO

- 4.1. O presente Contrato de Operação de Plano Privado de Assistência à Saúde, reveste-se de característica bilateral, por adesão, gerando direitos e obrigações individuais para as partes, na forma do disposto nos artigos 421 e 422 do Código Civil Brasileiro, considerando-se, ainda, esta avença, como um Contrato aleatório, regulado pelos artigos 458 e 459 do mesmo Código, assumindo o **CONTRATANTE**, o risco de não vir a existir a cobertura da referida assistência, pela inoccorrência do evento do qual será gerada a obrigação da **CONTRATADA** em garanti-la. Outrossim, este Contrato sujeita-se às normas estatuídas na Lei Federal nº 9.656/98 o, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor e legislação específica que vier a regulamentá-la ou sucedê-la.

CLÁUSULA QUINTA – DO REGIME DE CONTRATAÇÃO

- 5.1. O presente Contrato se caracteriza pela contratação INDIVIDUAL/FAMILIAR, por livre adesão de pessoas físicas, com ou sem dependentes.
- 5.2. Em face de o **CONTRATANTE** ter a faculdade de incluir, além do beneficiário titular, seus dependentes, este plano também é denominado contrato FAMILIAR.

CLÁUSULA SEXTA – DAS CONDIÇÕES DE ADMISSÃO DOS BENEFICIÁRIOS

- 6.1. Para efeitos deste Contrato são considerados como beneficiários o **CONTRATANTE** e seus dependentes, indicados na respectiva Proposta de Inscrição, desde que esta tenha sido devidamente recebida e validada pela **CONTRATADA**.
- 6.2. A inscrição de beneficiários em qualquer circunstância, somente será válida se solicitada por escrito em formulário próprio e validada pela **CONTRATADA**.
- 6.3. Podem ser inscritos no plano como beneficiários dependentes, mediante a comprovação das qualidades abaixo indicadas e da dependência econômica em relação ao **CONTRATANTE**:
- 6.3.1. Cônjuge;
 - 6.3.2. Filhos, enteados e os tutelados, que ficam equiparados a filhos, menores de 18 (dezoito) anos ou, se estudantes universitários, até 24 (vinte e quatro) anos;
 - 6.3.3. A companheira ou companheiro, havendo união estável na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge salvo por decisão judicial;
- 6.4. É condição prévia para análise da inclusão dos proponentes, a apresentação individual (para cada proponente) da DECLARAÇÃO DE SAÚDE completa e corretamente preenchida e assinada.
- 6.4.1. O formulário acima encontra-se à disposição dos proponentes na sede da **CONTRATADA**.
 - 6.4.2. O proponente poderá, para a prestação das informações referidas no subitem 6.4., optar pela orientação de profissional médico da **CONTRATADA**, sem que lhe seja imputado qualquer ônus.
 - 6.4.3. A seu exclusivo critério, o proponente poderá optar ainda por médico orientador que não o indicado pela **CONTRATADA**, assumindo, neste caso, todas as despesas daí decorrentes.
- 6.5. Ficará a critério da **CONTRATADA** a realização de ENTREVISTA QUALIFICADA nos proponentes, a fim de averiguar lesões e doenças preexistentes, bem como solicitar, a qualquer tempo, documentação comprobatória das declarações do **CONTRATANTE**.
- 6.5.1. Caso a **CONTRATADA** exija a realização de EXAMES PRÉ-ADMISSIONAIS do **CONTRATANTE** e/ou seus dependentes, indicará um profissional médico ou serviços para sua execução, sem qualquer ônus ao referido **CONTRATANTE**.
 - 6.5.2. Caso o **CONTRATANTE** e/ou seus dependentes prefiram fazer os exames solicitados no subitem anterior com um médico ou serviço de sua escolha, as despesas resultantes dos referidos exames serão de inteira responsabilidade do **CONTRATANTE**.
- 6.6. A **CONTRATADA** fornecerá ao **CONTRATANTE** e a seus dependentes, regularmente inscritos no presente Contrato, Cartões de Identificação, cuja exibição será obrigatória sempre que os serviços ora contratados forem necessitados, juntamente com documento de identificação do beneficiário paciente.
- 6.7. Poderão ser incluídos beneficiários dependentes, posteriormente à celebração do Contrato, desde que presentes, cumulativamente, os seguintes requisitos:
- 6.7.1. as Taxas Mensais deverão estar rigorosamente em dia;
 - 6.7.2. o (a) beneficiário ingressante (ou o **CONTRATANTE** responsável), deverá assinar DECLARAÇÃO DE SAÚDE;
 - 6.7.3. o **CONTRATANTE** deverá assinar Termo Aditivo de Contrato; e
 - 6.7.4. a Taxa Mensal deverá ter o acréscimo, no ato da inclusão do dependente, do valor *per capita*, correspondente à faixa etária e a Cobertura Contratual a que o incluído pertencer, de acordo com a tabela vigente na época.
- 6.8. Em caso de inclusão de novos dependentes, estes deverão cumprir, por inteiro, os prazos de carência previstos neste Contrato.
- 6.9. Regras de inclusão para filhos adotados:
- 6.9.1. É assegurada a inclusão do **filho adotado** pelo beneficiário, na forma da Lei, menor de 12 (doze) anos, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo beneficiário titular ou dependente adotante.

- 6.9.2. Ultrapassados os prazos e limites previstos nos sub-itens anteriores, ressalvadas condições específicas de coberturas adicionais posteriormente contratadas, os novos beneficiários cumprirão os períodos de carências estabelecidas em contrato, inclusive COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA por doença ou lesão preexistente, quando constatada ou informada.
- 6.9.3. Caso o beneficiário titular ainda se encontre cumprindo alguma carência, o adotado referido no sub-item 6.9.1 observará o período restante, até sua integralização.
- 6.10. O dependente que vier a perder a condição de dependência poderá assinar contrato em seu próprio nome, em até 30 (trinta) dias a contar da data da perda do direito como beneficiário dependente, aproveitando as carências já cumpridas neste contrato.
- 6.11. O **CONTRATANTE** obriga-se a devolver, incontinenti, à **CONTRATADA**, os cartões de identificação dos beneficiários deste Contrato, em caso de sua rescisão, ou o do beneficiário dependente em caso de exclusão do Plano, no ato da sua exclusão, sob pena de responsabilizar-se pelo pagamento dos valores correspondentes ao eventual uso indevido das coberturas assistenciais constantes do presente Contrato.
- 6.11.1. Considera-se uso indevido a utilização do cartão de identificação para obter atendimento, mesmo que na forma **CONTRATADA**, pelos beneficiários que perderam essa condição, por exclusão ou término do contrato, ou, em qualquer hipótese, por terceiros, que não sejam beneficiários, com ou sem o conhecimento destes;
- 6.11.2. O uso indevido do cartão de identificação, de qualquer beneficiário, a critério da **CONTRATADA**, ensejará além das penas já elencadas, a exclusão do titular e seus dependentes deste contrato, por fraude, ainda que o ato tenha sido praticado sem o seu conhecimento.
- 6.12. Em caso de extravio, furto ou roubo do cartão de identificação do beneficiário, deverá o **CONTRATANTE** comunicar imediatamente a **CONTRATADA**, por escrito, sob pena de responder pelas penas previstas no item 6.12. e subitens.
- 6.12.1. 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.
- 6.12.2. Cessa a responsabilidade do beneficiário a partir da comunicação do extravio do cartão de identificação.
- 6.13. Havendo interesse do **CONTRATANTE** em alterar a cobertura escolhida ou incluir novas COBERTURAS ou PRODUTOS COMPLEMENTARES TERCEIRIZADOS, não previstos por ocasião da assinatura da Proposta de Inscrição, o mesmo poderá solicitar a **CONTRATADA**, através do preenchimento de documento próprio na Administração da Operadora. No entanto, estará sujeito obrigatoriamente ao cumprimento das carências referentes aos novos procedimentos não inclusos nas coberturas ou produtos complementares anteriores.
- 6.13.1. O **CONTRATANTE**, a seu requerimento, poderá pedir alteração da segmentação contratada inicialmente. Desde que haja alguma utilização, **NÃO** poderá cancelar as novas segmentações ou produtos contratados posteriormente incluídos ao seu requerimento, no ato ou posteriormente à inscrição inicial, devendo permanecer na nova contratação pelo prazo mínimo de 12 (doze) meses.

CLÁUSULA SÉTIMA – DA DINÂMICA DE ATENDIMENTOS / MECANISMOS DE REGULAÇÃO

- 7.1. Os serviços contratados serão prestados aos Beneficiários regularmente incluídos através da Proposta de Inscrição e inscritos pela **CONTRATADA**, após o cumprimento das carências específicas para os procedimentos, conforme o caso, de acordo com as coberturas contratadas, contadas de acordo com o listado no sub-item 22.1 do presente contrato.
- 7.2. Para utilização dos serviços contratados, o Beneficiário deverá solicitar o local de atendimento a ser indicado pela **CONTRATADA** e apresentar ao estabelecimento ou profissional prestador dos serviços, credenciado pela **CONTRATADA**, o Cartão de Identificação do Beneficiário, juntamente com documento de identidade legal, ou, inexistindo tal documento, outro que surta efeitos similares, exceto nos casos de urgência e emergência.
- 7.3. Com exceção de urgência e emergência, **para toda e qualquer utilização dos serviços cobertos pelo presente contrato, será necessária a emissão de guia de autorização PRÉVIA** pela **CONTRATADA**.
- 7.3.1. 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.
- 7.3.2. Os procedimentos deverão ser solicitados pelo médico-assistente 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.
- 7.4. Nos casos de urgência e emergência, o beneficiário, ou quem responda por ele, terá o prazo de **2 (dois) dias úteis, contados a partir da data do atendimento**, para providenciar a autorização da **CONTRATADA**, sob pena da **CONTRATADA** não se responsabilizar por qualquer despesa.
- 7.5. Caso o beneficiário necessite internamento hospitalar após o atendimento de urgência/emergência em ambiente de pronto socorro ou pronto atendimento, finda-se a cobertura ambulatorial e todas as despesas decorrentes da internação passarão a correr, inteiramente por sua conta a partir de então.
- 7.6. Qualquer fraude em documento ou informação poderá acarretar processo administrativo junto à ANS e exclusão do **CONTRATANTE** e seus dependentes, não lhes assistindo direito a quaisquer dos benefícios previstos neste Contrato, assim como a devolução de qualquer quantia paga.

- 7.7. Para que haja cobertura das despesas de atendimento eletivo aos beneficiários deste Contrato, estes, quando pacientes, deverão ser atendidos por médicos integrantes do corpo clínico credenciado e indicado pela **CONTRATADA**, e em estabelecimentos de saúde também por ela credenciados e indicados.
- 7.8. A **CONTRATADA** garante, no caso de situações de divergência médica, a definição do impasse através de junta médica constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo **CONTRATANTE**, por médico da operadora e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais nomeados.
- 7.9. Cada uma das partes pagará os honorários do profissional que nomear, exceto se o médico-assistente escolhido pelo **CONTRATANTE** pertencer à rede credenciada ou própria da **CONTRATADA**, que nesse caso, arcará com os honorários de ambos os nomeados. A remuneração do terceiro desempataador deverá ser paga pela operadora.
- 7.10. **DA CO-PARTICIPAÇÃO:**
- 7.10.1. O **CONTRATANTE** deverá participar financeiramente, quando o próprio e/ou seus dependentes, se utilizarem dos serviços constantes nas CLAUSULA DÉCIMA, CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA, CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA E CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA, ou seja, nas consultas eletivas, consultas de emergência e exames auxiliares de diagnóstico e tratamento e demais procedimentos, correspondentes aos serviços das referidas Cláusulas.
- 7.10.2. A CO-PARTICIPAÇÃO financeira do **CONTRATANTE** e/ou de seus dependentes será de 30% (trinta por cento) do valor de cada procedimento, os quais serão valorizados conforme a tabela de referência da **CONTRATADA**. Os valores correspondentes à co-participação se limitarão à R\$ 20,00 (vinte reais) nas consultas eletivas e de emergência e R\$ 89,00 (oitenta e nove reais) por procedimento nos serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento (exames e terapias). Esses valores poderão ser alterados nas renovações contratuais.
- 7.10.2.1. Os valores ou percentuais correspondentes à participação financeira do **CONTRATANTE** e/ou de seus dependentes serão cobrados na fatura mensal, sendo o **CONTRATANTE** responsável pelo pagamento da co-participação ora pactuada.
- 7.10.2.2. A guia de liberação de procedimentos emitida pela **CONTRATADA** servirá como documento comprobatório para efeito de cobrança da co-participação.

CLÁUSULA OITAVA – DOS SERVIÇOS CREDENCIADOS / REFERENCIADOS

- 8.1. A **CONTRATADA** indicará aos beneficiários do Plano Privado de Assistência à Saúde a que alude este Contrato, centros médicos, ambulatórios, laboratórios, consultórios, hospitais e respectivos profissionais da área da saúde, constantes do “Manual de Orientação do Beneficiário”, 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..
- 8.1.1. A **CONTRATADA** prestará os serviços de assistência à saúde previstos neste instrumento ao **CONTRATANTE** e a seus dependentes incluídos, em instalações próprias ou credenciadas;
- 8.1.2. A relação dos prestadores de serviços próprios e credenciados da **CONTRATADA**, contidas no “Manual de Orientação ao Beneficiário” terá suas atualizações disponíveis na sede da **CONTRATADA**, através do serviço de tele-atendimento ou por meio da internet.
- 8.2. 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:
- 8.3. A **CONTRATADA** poderá proceder à substituição ou exclusão de um ou de todos os serviços credenciados, constantes do mencionado “Manual de Orientação do Beneficiário”, sendo certo que a substituição deverá ser feita por novos credenciados equivalentes aos substituídos e a exclusão sempre que houver necessidade de redimensionamento da rede assistencial, observada regulamentação específica editada pela ANS.
- 8.4. Quando houver descredenciamento ou substituição de entidade hospitalar nos termos da Lei 9656/98 e mediante autorização da ANS, a **CONTRATADA** deverá disso dar ciência ao (à) **CONTRATANTE**, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, ressalvados desse prazo mínimo, os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor;
- 8.5. A **CONTRATADA** poderá, também, para fins de redimensionamento de sua rede assistencial, nos termos da Lei nº 9.656/98, mediante autorização expressa da ANS, proceder à redução da quantidade de hospitais credenciados e indicados no “Manual de Orientação do Beneficiário”.
- 8.6. Em ocorrendo os descredenciamentos a que aludem os itens 8.4 e 8.5 supra, os beneficiários terão o direito de prosseguir o seu tratamento com qualquer outro profissional ou estabelecimento de serviços de saúde, integrante da rede credenciada da **CONTRATADA**, sem que esta tenha a obrigação de efetuar qualquer indenização pela substituição havida.
- 8.7. Caso ocorra o descredenciamento de estabelecimento hospitalar durante a internação de quaisquer dos beneficiários regularmente inscritos no presente Contrato, o mesmo permanecerá internado, até a regular alta hospitalar, sendo certo que as despesas até então apuradas correrão por conta da **CONTRATADA**, na forma do Contrato.
- 8.8. Em caso de descredenciamento de estabelecimento hospitalar em razão de cometimento de infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, a **CONTRATADA** responsabilizar-se-á pela transferência imediata do beneficiário hospitalizado para outro estabelecimento equivalente, sem qualquer ônus adicional para o **CONTRATANTE**, garantindo-lhe a continuação da assistência, sem que haja qualquer outra indenização pela substituição havida.

CLÁUSULA NONA – DOS TIPOS DE PLANOS DE SAÚDE OFERECIDOS

- 9.1. Por determinação ou escolha exclusiva do **CONTRATANTE**, ele (a) e seus dependentes serão inscritos no PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE, oferecido pela **CONTRATADA**, que dará direito às coberturas assistenciais a seguir definidas:
- 9.2. **PLANO PERSONAL – BASICO com CO-PARTICIPAÇÃO (Plano Ambulatorial)**
REGISTRO ANS 419.989/99-8
- 9.2.1. Cobertura AMBULATORIAL, conforme Cláusula DÉCIMA;
 - 9.2.2. **NÃO prevê a opção por COBERTURA HOSPITALAR**, descrita na Cláusula DÉCIMA PRIMEIRA;
 - 9.2.3. Serviços Complementares de Diagnóstico e Tratamentos Especializados, conforme Cláusula DÉCIMA SEGUNDA;
 - 9.2.4. Tratamento de transtornos psiquiátricos, conforme Cláusulas DÉCIMA QUARTA;
 - 9.2.5. Emergências e Urgências, conforme Cláusulas DÉCIMA SEXTA;
 - 9.2.6. Doenças e Lesões Preexistentes, conforme Cláusula DÉCIMA OITAVA;

CLÁUSULA DÉCIMA – DA COBERTURA AMBULATORIAL

- 10.1. Está compreendido neste Contrato para optantes pela COBERTURA AMBULATORIAL, o atendimento AMBULATORIAL a todas as doenças relacionadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a saúde, cujo rol de procedimentos se encontra no anexo da Resolução CONSU no 10, de 03 de novembro de 1.998, publicada no Diário Oficial de 04 de novembro de 1.998, Suplemento ao no 211, e atualizado pelas Resoluções - RDC nº 68 e nº 81 da ANS, cujas cópias encontram-se a disposição dos interessados na Administração da **CONTRATADA**, e que passam a fazer parte integrante do contrato. Estão incluídas, no referido atendimento, as CONSULTAS MÉDICAS e PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS, em números ilimitados, em consultórios médicos e clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, **expressamente indicados no "Manual de Orientação do Beneficiário"**.
- 10.2. Todos os Exames e Procedimentos Ambulatoriais poderão ser submetidos a Auditoria Médica para fins de liberação, a critério da **CONTRATADA**. Os Exames e Procedimentos Ambulatoriais se dividem em Consultas Médicas, Exames e Procedimentos Simples, Exames e Procedimentos Médios e Exames e Procedimentos Especiais, assim definidos:
- 10.2.1. **CONSULTAS MÉDICAS:** serão realizadas nos consultórios médicos, mediante marcação de hora previamente e nos ambulatórios de hospitais ou clínicas especializadas, sempre dentro da rede credenciada;
 - 10.2.2. **EXAMES E PROCEDIMENTOS SIMPLES:** Todos os exames e procedimentos ambulatoriais relacionados na TABELA AMB-92 da Associação Médica Brasileira, ou equivalente, limitados a 150 (cento e cinquenta) CH (Coeficiente de Honorários), ressalvado o disposto na cláusula VIGÉSIMA PRIMEIRA deste Contrato;
 - 10.2.3. **EXAMES E PROCEDIMENTOS MÉDIOS:** Todos os exames e procedimentos ambulatoriais relacionados na TABELA AMB-92 da Associação Médica Brasileira, ou equivalente, limitados a 350 (trezentos e cinquenta) CH (Coeficiente de Honorários), ressalvado o disposto na cláusula VIGÉSIMA PRIMEIRA deste Contrato;
 - 10.2.4. **EXAMES E PROCEDIMENTOS ESPECIAIS:** Todos os exames e procedimentos ambulatoriais relacionados na TABELA AMB-92 da Associação Médica Brasileira, ou equivalente, acima de 350 (trezentos e cinquenta) CH (Coeficiente de Honorários), ressalvado o disposto na cláusula VIGÉSIMA PRIMEIRA deste Contrato.
- 10.3. Além dos procedimentos listados nos sub-itens 10.2.1 a 10.2.4 acima, terão cobertura também os seguintes exames e procedimentos, podendo igualmente ser submetidos a Auditoria Médica para fins de liberação, a critério da **CONTRATADA**:
- 10.3.1. Cobertura de serviços de apoio médico, tratamentos, sessões e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente ou cirurgião dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar;
 - 10.3.2. Procedimentos de fisioterapia em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente;
 - 10.3.3. Cobertura para os seguintes procedimentos, considerados especiais:
 - 10.3.3.1. Hemodiálise e diálise peritoneal;
 - 10.3.3.2. Quimioterapia oncológica ambulatorial;
 - 10.3.3.3. Radioterapia;
 - 10.3.3.4. Procedimentos de hemodinâmica ambulatorial;
 - 10.3.3.5. Hemoterapia ambulatorial;
 - 10.3.3.6. Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DA COBERTURA HOSPITALAR

- 11.1. **Não está compreendida neste Contrato a COBERTURA HOSPITALAR** descrita nesta cláusula Décima Primeira, que refere-se à cobertura de INTERNAÇÕES HOSPITALARES, sem limites de prazos de permanência, valor máximo e quantidade, em hospitais e clínicas básicas e especializadas indicadas no Manual de Orientação do Beneficiário, para procedimentos clínicos ou cirúrgicos reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina, relacionados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a saúde, cujo rol se encontra à disposição dos interessados na Administração da **CONTRATADA**, desde que solicitadas pelo médico assistente integrante do corpo clínico próprio e/ou credenciado pela **CONTRATADA**, e mediante guia de encaminhamento previamente emitida pela **CONTRATADA**.

- 11.2. As acomodações das internações hospitalares de que trata esta cláusula não estão optadas. Vide opção de acordo com a modalidade de plano referida na Cláusula Nona.
- 11.3. Caso o beneficiário utilize internação hospitalar no Plano no qual está inscrito, se responsabilizará pelo valor de todos os custos, diretamente, perante o prestador de serviços.
- 11.4. Caso o CONTRATANTE deseje optar por COBERTURA HOSPITALAR, deverá fazê-lo por escrito à CONTRATADA, situação em que deverá trocar de plano, podendo aproveitar eventual contagem de período de CPT por doenças e lesões pré existentes e carências já cumpridas no plano atual e cumprir integralmente as carências das novas coberturas a partir da assinatura de novo instrumento.
- 11.5. São normalmente incluídas para a COBERTURA HOSPITALAR, quando optada:
- 11.5.1. Cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, sem limites de prazos de permanência, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente integrante do corpo clínico próprio e/ou credenciado pela **CONTRATADA**, ressalvados os casos caracterizados como cobertura parcial temporária na forma da Lei;
- 11.5.2. Cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem, exceto quando em caráter particular, e alimentação;
- 11.5.3. Cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos nacionais e nacionalizados, anestésicos, oxigênio, gases medicinais e transfusões de sangue e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente integrante do corpo clínico próprio e/ou credenciado pela **CONTRATADA**, todos realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;
- 11.5.4. Cobertura de todas e quaisquer taxas, incluindo materiais utilizados e cobertos por este contrato, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, em território brasileiro, dentro dos limites de abrangência geográfica prevista na Cláusula VIGÉSIMA OITAVA do presente Contrato;
- 11.5.5. Cobertura de despesas de um acompanhante, no caso de pacientes menores de dezoito anos e maiores de sessenta anos, limitado a pernoite, conforme estipulado pela Lei no 9.656/98 e pelo Estatuto do Idoso respectivamente, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente, no local da internação, excetuado os casos de CTI ou similar;
- 11.6. **CIRURGIA PLÁSTICA REPARADORA:** Quando optada a COBERTURA HOSPITALAR, a cirurgia plástica reparadora terá cobertura para restauração de funções em órgãos e membros, como também cobertura para 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.
- 11.7. **CIRURGIAS CARDÍACAS:** Os beneficiários optantes pela COBERTURA HOSPITALAR também terão direito a cirurgias cardíacas e hemodinâmica.
- 11.7.1. As próteses cardíacas, autorizadas pela **CONTRATADA**, são as de natureza biológica e de fabricação nacional, exceto na hipótese em que haja necessidade, incontestável, reconhecida pela equipe médica integrante do corpo clínico próprio e/ou credenciado pela **CONTRATADA**, de utilização de prótese importada.
- 11.8. **TRANSPLANTES:** Os beneficiários optantes da COBERTURA HOSPITALAR terão direito a cirurgias de transplantes de CÓRNEA e de RIM e transplantes autólogos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, encontrando-se incluídas em tal cobertura todas as despesas com procedimentos vinculados e as necessárias à realização do transplante, tais como 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.
- 11.8.1. Os beneficiários sujeitos a esse procedimento cirúrgico deverão estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOS, integrantes do Sistema Nacional de Transplantes - SNT e estarão sujeitos aos critérios da fila de espera e de seleção para recepção de órgãos, somente de doador cadáver.
- 11.9. **CIRURGIA DE MIOPIA:** Somente terão direito a cirurgias para correção de miopias, observadas normas específicas sobre o tema, da ANS os beneficiários optantes pela COBERTURA HOSPITALAR.
- 11.10. **CIRURGIA BUCO-MAXILO-FACIAL:** realizada por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar;
- 11.10.1. Terá o beneficiário também direito a cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica;
- 11.11. Estão incluídas também na COBERTURA HOSPITALAR, quando optada, os seguintes procedimentos, considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:
- 11.11.1. Hemodiálise e diálise peritoneal;
- 11.11.2. Quimioterapia oncológica ambulatorial;
- 11.11.3. Radioterapia;
- 11.11.4. Hemoterapia;
- 11.11.5. Nutrição enteral ou parenteral;
- 11.11.6. Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
- 11.11.7. Embolizações e radiologia intervencionista;
- 11.11.8. Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- 11.11.9. Procedimentos de fisioterapia.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DOS SERVIÇOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO

- 12.1. Os beneficiários deste Contrato terão direito aos serviços de apoio diagnóstico e tratamentos especializados a NÍVEL AMBULATORIAL para optantes pela COBERTURA AMBULATORIAL, desde que solicitados pelo médico assistente, integrante do corpo clínico próprio e/ou credenciado pela **CONTRATADA**, relacionados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a saúde, conforme rol atualizado pelas Resoluções Normativas da ANS, cujas cópias encontram-se a disposição dos interessados na Administração da **CONTRATADA**.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DA COBERTURA OBSTÉTRICA

- 13.1. Este plano não contempla cobertura de procedimentos obstétricos, nem mesmo em regime ambulatorial.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DO TRATAMENTO DE TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS / AMBULATORIAL

- 14.1. Estão cobertos pelo presente Contrato os tratamentos básicos, em regime ambulatorial para os optantes da COBERTURA AMBULATORIAL de todos os transtornos psiquiátricos codificados pelo CID-10.
- 14.2. Para a COBERTURA AMBULATORIAL estão cobertos os seguintes procedimentos Psiquiátricos:
- 14.2.1. Atendimentos às emergências, assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos ao paciente ou a terceiros (inclusive ameaças, tentativas de suicídio e auto agressão) e/ou risco de danos morais e patrimoniais importantes.
- 14.2.2. Atendimentos à psicoterapia de crise, entendida esta como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, **com duração máxima de 12 (doze) semanas, tendo início imediatamente** após o atendimento de emergência, **limitadas a 12 (doze) sessões por ano contratual, não cumuláveis.**
- 14.2.3. Tratamento básico, prestado por médico, em número ilimitado de consultas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo médico assistente, integrante do corpo clínico próprio e/ou credenciado pela **CONTRATADA**.
- 14.3. Caso, por indicação médica, a necessidade dos serviços em regime ambulatorial exceda os limites previstos no presente contrato, esgotados esses limites, a responsabilidade financeira pelos atendimentos passará a ser do (a) **CONTRATANTE**, que fará os pagamentos diretamente à entidade ou profissional prestador dos serviços.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DO TRATAMENTO DE TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS / HOSPITALAR

- 15.1. Somente para optantes da COBERTURA HOSPITALAR estarão cobertas as internações para procedimentos Psiquiátricos abaixo especificadas e nos limites estabelecidos, que se realizarão sempre, em hospitais especializados ou unidades psiquiátricas de hospitais gerais credenciados, incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-infringidas:
- 15.1.1. O custeio integral de 30 (trinta) dias de internação, por ano de contrato, não cumuláveis, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral credenciado, para casos de transtornos psiquiátricos em situação de crise. Após este período, será aplicada a co-participação, que é a participação financeira do **CONTRATANTE** quando da utilização dos referidos serviços de assistência. A co-participação no valor de R\$ 60,00 (sessenta reais) para internação clínica e R\$ 30,00 (trinta reais) para internação cirúrgica, por dia de internação, descontada do associado titular no mês seguinte à apresentação da fatura pelo prestador sobre as despesas hospitalares e os honorários médicos de internação observados os tetos estabelecidos nos normativos vigentes à época da contratação.
- 15.1.2. O custeio integral de 15 (quinze) dias de internação, por ano de contrato, não cumuláveis, em hospital geral credenciado, para casos de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química, que ensejam internação hospitalar. Após este período, será aplicada a co-participação, que é a participação financeira do **CONTRATANTE** quando da utilização dos referidos serviços de assistência. A co-participação no valor de R\$ 60,00 (sessenta reais) para internação clínica e R\$ 30,00 (trinta reais) para internação cirúrgica, por dia de internação, descontada do associado titular no mês seguinte à apresentação da fatura pelo prestador sobre as despesas hospitalares e os honorários médicos de internação observados os tetos estabelecidos nos normativos vigentes à época da contratação.
- 15.1.3. Somente após 180 (cento e oitenta) dias do início de vigência do presente Contrato, os beneficiários, inscritos na presente cobertura terão direito à internação hospitalar para tratamento de transtornos psiquiátricos decorrentes do uso de substâncias químicas.
- 15.2. Estarão cobertos, na COBERTURA HOSPITALAR quando optada, 8 (oito) semanas, por ano contratual, não cumuláveis, de tratamento de regime de hospital-dia para os portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise, sendo certo que para os diagnósticos F10 e F14, F20 a F29, F30 e F31 e F84, relacionados no CID 10, a cobertura ora prevista será de 180 (cento e oitenta) dias por ano contratual, não cumuláveis.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DAS EMERGÊNCIAS E URGÊNCIAS / COBERTURA AMBULATORIAL

- 16.1. Estão cobertos pelo presente Contrato os casos de urgência e emergência, em REGIME AMBULATORIAL, entendendo-se, para os fins do presente Contrato, e nos termos da Lei, por urgência, os casos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional, e por emergência, os casos que impliquem risco imediato de vida ou lesões irreparáveis, caracterizado por declaração do

médico assistente, **por período igual ou inferior a 12 (doze) horas**, para garantir a preservação da vida, órgãos e funções dos beneficiários.

16.1.1. Transcorridas as 12 (doze) primeiras horas de atendimento ambulatorial de emergência ou urgência, ou a partir da necessidade da realização de procedimentos exclusivos da cobertura de internação hospitalar para a continuidade do atendimento, ainda que na mesma Unidade de Prestação de Serviços e em tempo menor que 12 (doze) horas, a responsabilidade da **CONTRATADA** cessará e a responsabilidade financeira passará a ser do **CONTRATANTE**.

16.1.2. Os casos de urgência e emergência ocorridos durante o prazo de cobertura parcial temporária de doença ou lesão pré-existente, assim definidas na Cláusula DÉCIMA OITAVA, terão cobertura somente em regime ambulatorial, durante as primeiras 12 (doze) horas de atendimento, conforme descrito nesta Cláusula.

16.2. A CONTRATADA garantirá os atendimentos AMBULATORIAIS decorrentes de acidentes pessoais, sem restrições, depois de decorridas 24 (vinte e quatro) horas de vigência do contrato.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – DAS EMERGÊNCIAS E URGÊNCIAS / COBERTURA HOSPITALAR

17.1. Este plano não oferece opção a cobertura em regime de internação hospitalar. Somente a optantes pela COBERTURA HOSPITALAR estarão cobertos os casos de urgência e emergência, em REGIME HOSPITALAR, entendendo-se, para os fins do presente Contrato, e nos termos da Lei, por urgência, os casos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional, e por emergência, os casos que impliquem risco imediato de vida ou lesões irreparáveis, caracterizado por declaração do médico assistente, para garantir a preservação da vida, órgãos e funções dos beneficiários.

17.1.1. Os casos de urgência e emergência ocorridos durante o prazo de cobertura parcial temporária de doença ou lesão pré-existente, assim definidas na Cláusula DÉCIMA OITAVA, terão cobertura somente em regime ambulatorial, **durante as primeiras 12 (doze) horas de atendimento**, conforme descrito na Cláusula DÉCIMA SEXTA.

17.1.2. Beneficiários optantes pela COBERTURA HOSPITALAR que ainda estiverem cumprindo carência para INTERNAÇÕES HOSPITALARES terão direito a cobertura de emergências e urgências em regime AMBULATORIAL, na forma da Cláusula DÉCIMA SEXTA, **limitada as 12 (doze) primeiras horas de atendimento**.

17.1.3. Quando dos atendimentos referidos nos subitens 17.1.1. e 17.1.2. supra houver evolução para INTERNAÇÃO, o **CONTRATANTE** e/ou seus dependentes, caso optantes pela COBERTURA HOSPITALAR, terão direito à remoção, sob responsabilidade da **CONTRATADA**, para uma Unidade de Atendimento do Sistema Único de Saúde – SUS, conforme disposto na cláusula DÉCIMA NONA do contrato.

17.2. Aos optantes pela COBERTURA HOSPITALAR a CONTRATADA garantirá os atendimentos decorrentes de acidentes pessoais, sem restrições, depois de decorridas 24 (vinte e quatro) horas de vigência do contrato.

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA – DAS DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES / COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA

18.1. Estão cobertas pelo presente Contrato as doenças e lesões preexistentes, que são aquelas das quais o beneficiário **CONTRATANTE**, seu representante legal e/ou seus dependentes saibam ser portadores ou sofredores à época da sua 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, da ANS, atendidas as condições abaixo:

18.1.1. O beneficiário deverá informar à **CONTRATADA**, por si, por outrem (titular/menor) e/ou por seus dependentes e agregados 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.

18.1.1.1. 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 sobre 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.

18.1.1.2. 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.

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

18.1.2. A constatação da doença ou lesão pré-existente, por perícia ou declaração expressa do beneficiário, resultará na COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA para as referidas doenças ou lesões.

18.1.2.1. Para fins do presente Contrato, entende-se por cobertura parcial temporária a suspensão, por um prazo máximo ininterrupto de 24 (vinte e quatro) meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, da cobertura para a doença ou lesão preexistente, de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, pela **CONTRATADA**, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal, e, dependendo do caso, ser-lhe-á facultada a oferta do agravo.

18.1.2.2. Os procedimentos de alta complexidade referidos no subitem anterior estarão identificados na DECLARAÇÃO DE SAÚDE, de acordo com a Regulamentação em vigor, e serão os únicos procedimentos de alta complexidade a sofrer cobertura parcial temporária.

18.1.2.3. 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.

- 18.1.2.4. Decorridos os primeiros 24 (vinte e quatro) meses contratuais, a cobertura à doença ou lesão preexistente será integral, nos limites deste contrato, cessando-se a cobertura parcial temporária.
- 18.2. Identificado indício de fraude por parte do beneficiário, 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.
- 18.3. A **CONTRATADA** poderá comprovar o conhecimento prévio do **CONTRATANTE** sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão, durante os primeiros 24 (vinte e quatro) meses do contrato, podendo para isto, utilizar-se de qualquer documento legal, inclusive documentos utilizados para cobrança de atendimentos realizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS).
- 18.4. A ANS efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação.
- 18.5. Se solicitado pela ANS, o **CONTRATANTE** deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.
- 18.6. 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.**
- 18.7. Fica a critério ainda da **CONTRATADA**, a solicitação a qualquer tempo durante a relação contratual, de documentação comprobatória das declarações do **CONTRATANTE**, prestadas por ocasião da celebração do contrato.
- 18.8. 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 DÉCIMA NONA – DA REMOÇÃO

- 19.1. A **CONTRATADA** garantirá a remoção do paciente nas seguintes hipóteses:
- 19.1.1. 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;
- 19.1.2. 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 nas cláusulas DÉCIMA SEXTA e DÉCIMA SÉTIMA, e este limite for atingido ou surgir a necessidade de internação.
- 19.2. 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.
- 19.3. 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.
- 19.4. A **CONTRATADA** disponibilizará 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.
- 19.5. 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.

CLÁUSULA VIGÉSIMA – ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES / REEMBOLSO

20.1. DO REEMBOLSO DE DESPESAS:

- 20.1.1. Nesta modalidade Contratual não há livre escolha de prestadores. Todo atendimento clínico se dará nos centros médicos próprios ou indicados pela **CONTRATADA**, que fará os encaminhamentos seguintes a seu critério. Nos casos exclusivos de URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA, quando da impossibilidade comprovada de utilização dos serviços próprios ou credenciados pela **CONTRATADA** dentro da área geográfica de abrangência e atuação do plano, cabendo ao **beneficiário titular** esta comprovação, a **CONTRATADA** assegurará o reembolso, no limite das obrigações contratadas, das despesas com assistência à saúde efetuada pelo beneficiário titular e/ou seus dependentes inscritos, na área de abrangência geográfica do plano conforme cláusula VIGÉSIMA OITAVA.
- 20.1.2. O reembolso de que trata o subitem anterior será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Reembolso da **CONTRATADA**, vigente à data do evento, e cuja cópia encontra-se a disposição do **CONTRATANTE** na sede da **CONTRATADA**. Sobre o valor reembolsado incidirá a dedução da co-participação correspondente.
- 20.1.3. O reembolso será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a entrega à **CONTRATADA**, pelo **CONTRATANTE** da seguinte documentação:
- 20.1.3.1. Via original do documento comprobatório do pagamento das despesas ao profissional e/ou instituição não credenciada pela **CONTRATADA** (Recibos e/ou Notas Fiscais);
- 20.1.3.2. Conta analítica médico-hospitalar, em caso de internação, contendo período de permanência hospitalar, data da alta, e discriminando materiais e medicamentos consumidos, com preços por unidade;
- 20.1.3.3. Relatório do médico assistente, indicando a patologia e o procedimento adotado;
- 20.1.3.4. Declaração do médico assistente especificando a razão da urgência e/ou emergência.

- 20.1.4. Se a documentação não contiver todos os dados necessários ou preenchidos, a **CONTRATADA** solicitará ao **CONTRATANTE** que providencie a documentação ou informações complementares, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, prorrogando-se, automaticamente o prazo para o reembolso, para 30 (trinta) dias após o recebimento da documentação complementar.
- 20.1.5. **Só serão reembolsáveis as despesas cobertas por este contrato** e vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao beneficiário, realizado enquanto perdurar o estado de urgência ou emergência.
- 20.1.6. Outrossim, quando da utilização de serviços cobertos por este Contrato, e para os quais a **CONTRATADA** não possua estabelecimentos de saúde e/ou profissionais contratados ou credenciados em localidades incluídas na área de abrangência do presente Contrato, a **CONTRATADA** procederá ao reembolso das despesas experimentadas pelo **CONTRATANTE** e/ou pelo seu dependente, devidamente inscrito no presente Contrato, de acordo com a Tabela de Reembolso da **CONTRATADA**, vigente à data do evento, nos prazos e condições descritos nesta cláusula.
- 20.1.7. O **CONTRATANTE** perderá o direito ao reembolso decorridos 12 (doze) meses da data do evento.

CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA – DAS EXCLUSÕES

- 21.1. Em conformidade com o que prevê a Lei nº 9.656/1998, e respeitando-se as coberturas mínimas obrigatórias previstas na citada Lei e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, estão **EXCLUÍDOS** da cobertura do Plano Contratado os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento e os provenientes de:
 - 21.1.1. **Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;**
 - 21.1.2. **Especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;**
 - 21.1.3. **Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, Inseminação artificial;**
 - 21.1.4. **Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;**
 - 21.1.5. **Tratamentos em "SPA", clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, casas sociais e clínicas de idosos;**
 - 21.1.6. **Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;**
 - 21.1.7. **Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, inclusive órteses e próteses para o mesmo fim;**
 - 21.1.8. **Cirurgia plástica estética de qualquer natureza;**
 - 21.1.9. **Fornecimento de órteses, próteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;**
 - 21.1.10. **Fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados, ou seja, sem registro vigente na ANVISA;**
 - 21.1.11. **Fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar, quando aplicável, cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde - CITEC;**
 - 21.1.12. **Fornecimento ou aplicação de vacinas, materiais e medicação de tratamento domiciliar;**
 - 21.1.13. **Home Care ou qualquer atendimento domiciliar, incluindo aluguel de equipamentos e similares para tratamento domiciliar, materiais e medicamentos para tratamento domiciliar, serviços de enfermagem em caráter particular ou domiciliar, cuidador de idosos e assemelhados, remoção domiciliar, exceto nos casos de internação domiciliar oferecida a critério exclusivo da operadora, em substituição à internação hospitalar, quando aplicável.**
 - 21.1.14. **Transplantes, à exceção daqueles expressamente previstos no Rol da ANS;**
 - 21.1.15. **Despesas com assistência odontológica de qualquer natureza (diagnóstica, clínica ou cirúrgica), inclusive relacionadas com acidentes, exceto em caso de optantes por COBERTURA HOSPITALAR e quando decorrentes da execução de procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar e as cirurgias buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar;**
 - 21.1.16. **Remoção aérea ou terrestre que não esteja explicitamente definida neste instrumento ou em legislação da ANS;**
 - 21.1.17. **Atendimentos ocorridos durante o período de Carência ou de cobertura Parcial Temporária a que o beneficiário eventualmente esteja sujeito.**
 - 21.1.18. **Partos, Cesáreas e procedimentos obstétricos;**
 - 21.1.19. **INTERNAÇÕES hospitalares de qualquer natureza, para não optantes da COBERTURA HOSPITALAR.**

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA – DAS CARÊNCIAS

- 22.1. O direito de atendimento aos beneficiários deste Contrato, de acordo com as coberturas escolhidas na Proposta de Inscrição, se encontra vinculado aos seguintes prazos de carência:
 - 22.1.1. Casos de urgência e emergência, definidos nas Cláusulas DÉCIMA SEXTA E DÉCIMA SÉTIMA deste Contrato, e devidamente caracterizadas através de declaração do médico assistente, credenciado, integrante do corpo clínico da **CONTRATADA**, expressamente indicado no "Manual de Orientação do Beneficiário": 24 horas;
 - 22.1.2. Consultas médicas, definida na Cláusula DÉCIMA, subitem 10.2.1.: 30 dias, quando houver opção pela cobertura Ambulatorial;
 - 22.1.3. Exames de Diagnose e Procedimentos Simples, definidos na Cláusula DÉCIMA, subitem 10.2.2.: 60 dias, quando houver opção pela cobertura Ambulatorial;
 - 22.1.4. Exames de Diagnose e Procedimentos Médios, definidos na Cláusula DÉCIMA, subitem 10.2.3.: 120 dias, quando houver opção pela cobertura Ambulatorial;
 - 22.1.5. Exames de Diagnose e Procedimentos Especiais, definidos na Cláusula DÉCIMA, subitem 10.2.4.: 180 dias, quando houver opção pela cobertura Ambulatorial;
 - 22.1.6. Internações hospitalares: 180 dias, **quando houver opção pela COBERTURA HOSPITALAR;**
 - 22.1.7. Para outros produtos oferecidos pela **CONTRATADA**, inclusive aqueles definidos na Cláusula DÉCIMA, subitem 10. 3: 180 dias, quando houver opção pela cobertura Ambulatorial;
 - 22.1.8. Doenças ou Lesões Preexistentes: até 24 meses, observadas as condições da Cláusula DÉCIMA OITAVA.

- 22.2. As carências explicitadas no subitem 22.1 serão contadas a partir da data da vigência contratual, ou seja, a partir da assinatura da proposta de adesão, da assinatura do contrato ou do primeiro pagamento, o que ocorrer primeiro.

CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCEIRA – DOS PREÇOS, REAJUSTES E FORMA DE PAGAMENTO

- 23.1. A contraprestação pecuniária que o **CONTRATANTE** pagará à **CONTRATADA**, decorrente deste Contrato, denomina-se TAXA MENSAL DE MANUTENÇÃO, e será devida por si e pelos demais BENEFICIÁRIOS, individualmente, inscritos no presente Contrato, cujo valor, na data da inscrição, corresponde ao indicado na Proposta de Inscrição respectiva, respeitadas as faixas etárias dos beneficiários inscritos e sua proporção na Taxa Global, e será cobrada através de boleto bancário, pelo sistema de PRÉ-PAGAMENTO, vencendo-se nas datas indicadas na Proposta de Inscrição;
- 23.1.1. O reajuste a que alude a presente Cláusula, fica condicionado, nos termos da Lei nº 9.656/98, à demonstração e aprovação pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, na forma da Regulamentação em vigor.
- 23.1.2. Os reajustes da Taxa Mensal de Manutenção serão efetivados anualmente, tendo como data-base de aniversário o mês de assinatura do Contrato, observado o limite máximo autorizado pela ANS.
- 23.1.3. Caso deixe de ser obrigatória a autorização da ANS para a aplicação do reajuste e, cumulativamente, não se estabeleça um percentual como limite máximo, o reajuste dar-se-á conforme regras vigentes a época.
- 23.1.4. Caso a nova legislação venha a estabelecer um período inferior a doze meses para o reajustamento, este será aplicado ao presente contrato.
- 23.1.5. Caso nova legislação venha a admitir o reequilíbrio econômico-atuarial do contrato, este será reavaliado, quando o nível de sinistralidade da carteira ultrapassar o índice de 70% (Sm), cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 meses consecutivos, anteriores à data base de aniversário considerado como data-base de aniversário o mês de assinatura do Contrato.
- 23.1.5.1. Neste caso, para o cálculo do percentual de reajuste será aplicada a seguinte fórmula:
- $$R = (S / Sm) - 1$$
- Onde:
- S - Sinistralidade apurada no período (Mínimo de 12 meses)
Sm - Meta de Sinistralidade expressa em contrato
- 23.2. Além das modalidades de reajuste estipuladas nos subitens anteriores, fica pactuado que a Taxa Mensal de Manutenção sofrerá, ainda, mais as seguintes majorações:
- 23.2.1. Aumento decorrente da impactação, na estrutura de custo da **CONTRATADA**, de fatores incontroláveis que incidam sobre a aquisição de insumos básicos para a execução dos serviços cobertos pelo presente Contrato; ou de novos procedimentos inseridos na medicina e odontologia ou, também, de novos métodos de diagnóstico e terapia; e avanços tecnológicos do setor, além daqueles advindos incremento de cobertura obrigatória pela ANS e de mudança de legislação, tributária ou não, mas com repercussão financeira e de aumento imprevisível da frequência de sinistralidade ou da utilização dos serviços. A apuração do percentual dessa impactação será feita anualmente e a sua aplicação estará sujeita à aprovação pela ANS.
- 23.2.2. 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 constante no Anexo 1 deste contrato, 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:
- 23.2.2.1. O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária.
- 23.2.2.2. A variação acumulada entre a sétima e a décima faixa não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.
- 23.3. Não haverá reajustes por mudança de faixa etária, quando o beneficiário completar sessenta (60) anos de idade ou mais;
- 23.4. Os valores previstos na Proposta de Inscrição foram fixados com base em cálculo atuarial, levando-se em consideração os preços dos serviços colocados à disposição dos beneficiários, a frequência de utilização desses serviços, o prazo contratual, os procedimentos não cobertos, as carências, os limites estipulados e a carga tributária que hoje recai sobre as Operadoras de Planos de Saúde. Assim, qualquer alteração desses itens ensejará novos valores, na forma da Regulamentação em vigor.
- 23.4.1. A **CONTRATADA** repassará mensalmente à **CONTRATANTE**, as despesas bancárias que lhe forem cobradas referentes à emissão, registro e liquidação dos títulos correspondentes às TAXAS MENSAIS DE MANUTENÇÃO, cujos valores serão expressos no referido boleto bancário.
- 23.5. Fica estabelecido que os valores relativos a inclusões de dependentes, ou de coberturas adicionais ou de Produtos Complementares, terão o primeiro reajuste, na data de aniversário de vigência do presente contrato, unificando-se as respectivas datas-base.
- 23.5.1. Os reajustes subsequentes à unificação das datas-base respeitarão as disposições contidas nesta Cláusula.
- 23.6. O não recebimento do boleto bancário ou outro instrumento de cobrança não desobriga o **CONTRATANTE** de efetuar o seu pagamento no prazo de vencimento mensal.
- 23.6.1. Caso o **CONTRATANTE** não receba instrumento de cobrança até 5 (cinco) dias úteis antes do vencimento, deverá comunicar à **CONTRATADA**, ou imprimir seu boleto pela internet, no sítio eletrônico da operadora.
- 23.7. Os pagamentos deverão ser feitos até o dia de cada mês, escolhido na Proposta de Inscrição, ou no primeiro dia útil subsequente quando o vencimento ocorrer em dia feriado ou que não haja expediente bancário, na rede bancária indicada pela **CONTRATADA**, ou outros locais, também por ela indicadas, sendo reconhecido como comprovante de pagamento qualquer documento determinado pela **CONTRATADA**.
- 23.8. Eventual recebimento pela **CONTRATADA** de parcelas em atraso constituirá mera tolerância, não implicando em novação contratual ou transação.

- 23.9. O pagamento antecipado das taxas mensais de manutenção não elimina nem reduz os prazos de carência deste Contrato.
- 23.10. Em caso de atraso no pagamento das Taxas Mensais de Manutenção, haverá incidência de multa no valor de 2% (dois por cento) sobre o valor do débito atualizado, que será cobrado com acréscimo de juros de 1% (hum por cento) ao mês, calculados proporcionalmente aos dias de atraso.
- 23.11. O pagamento da taxa mensal de manutenção referente a um determinado mês não significa estarem pagos ou quitados débitos anteriores.
- 23.12. O atraso no pagamento das taxas mensais de manutenção do plano, por período superior a sessenta (60) dias, consecutivos ou não, nos últimos doze (12) meses de vigência do presente Contrato, implicará na SUSPENSÃO TOTAL dos atendimentos até a efetiva liquidação do débito, ou na sua rescisão automática, desde que a CONTRATADA tenha comunicado ao (à) CONTRATANTE, sua condição de inadimplência até o quinquagésimo (50º) dia de atraso, acumulado ou consecutivo.
- 23.12.1. Caso a **CONTRATADA**, a seu critério, não comunique a **CONTRATANTE** sua condição de inadimplência na forma deste subitem, quando o fizer a partir do 50º dia, obrigatoriamente deverá conceder um prazo de no mínimo mais 10 (dez) dias a partir da comunicação para que o **CONTRATANTE** salde o seu débito ou para que a **CONTRATADA** aplique as sanções previstas no subitem 23.12.

CLÁUSULA VIGÉSIMA QUARTA – DA VIGÊNCIA E PRORROGAÇÃO

- 24.1. O presente Contrato terá prazo de duração de 12 (doze) meses, a contar da data da assinatura da Proposta de Inscrição formulada pelo **CONTRATANTE**. Considerar-se-á para início de vigência contratual a data da assinatura da proposta de Inscrição, da assinatura do instrumento jurídico em si ou da data de pagamento da mensalidade inicial, o que ocorrer primeiro, de forma a não haver prorrogação indevida dos prazos de carência admitidos pelo inciso V do art. 12 da Lei n.º 9.656/98.
- 24.1.1. A admissão do **CONTRATANTE** por parte da **CONTRATADA** se dará com a assinatura deste Contrato por parte do **CONTRATANTE**, que ocorrerá após a entrega de toda a documentação, inclusive da DECLARAÇÃO DE SAÚDE, com os documentos devidamente preenchidos e assinados.
- 24.1.2. A **CONTRATADA**, durante o período de análise dos documentos, poderá requerer a realização de exames clínicos ou perícias, quando declarado, pelo **CONTRATANTE**, ao responder na DECLARAÇÃO DE SAÚDE, que um (ou alguns) dos proponentes a beneficiários possuam alguma doença ou lesão, que possa ensejar a Cobertura Parcial Temporária, nos termos da Cláusula DÉCIMA OITAVA do presente Instrumento.
- 24.2. Findo o primeiro prazo contratual, o Contrato será prorrogado automaticamente por PRAZO INDETERMINADO.

CLÁUSULA VIGÉSIMA QUINTA – CONDIÇÕES DA PERDA DE QUALIDADE DO BENEFICIÁRIOS

- 25.1. O beneficiário dependente será excluído do plano de assistência à saúde nos casos de: Perda da condição de dependência definida nas condições gerais deste contrato; Infrações ou fraudes com o objetivo de obter vantagens ilícitas; A pedido do beneficiário titular. A extinção do vínculo do titular não extingue o contrato, sendo assegurado aos dependentes já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, com a assunção das obrigações decorrentes. O disposto no item anterior não se aplica às hipóteses de rescisão unilateral do contrato por fraude ou não-pagamento da mensalidade.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEXTA – DA RESCISÃO E PENALIDADES

- 26.1. A critério da **CONTRATADA**, este contrato poderá ser considerado rescindido, mediante notificação e/ou interpelação extrajudicial do **CONTRATANTE** até o 50º dia, se houver atraso no pagamento da Taxa Mensal de Manutenção por período igual ou superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do Contrato, sem prejuízo do direito de a **CONTRATADA** requerer judicialmente a quitação do débito com suas conseqüências moratórias, observadas as condições expressas na Cláusula VIGÉSIMA TERCEIRA, item 23.12 e sub-item.
- 26.2. Também será considerado rescindido este Contrato sempre que, por fraude, obtiver o **CONTRATANTE** e/ou alguns de seus dependentes qualquer vantagem indevida causadora ou não de lesões aos direitos da **CONTRATADA**, perdendo o **CONTRATANTE** e seus dependentes, quaisquer direitos dos benefícios previstos neste Contrato, assim como da devolução de qualquer quantia paga .
- 26.3. Rescinde-se também este Contrato, ocorrendo:
- 26.3.1. Qualquer ação ou omissão praticada pelos beneficiários, na utilização do objeto deste Contrato, que venha a trazer prejuízo para a **CONTRATADA**;
- 26.3.2. Utilização indevida do Cartão de Identificação de beneficiário;
- 26.3.3. A Má-Fé nas informações em prejuízo da **CONTRATADA**, ou do resultado de perícias ou exames, quando necessários;
- 26.3.4. A exclusão do beneficiário Titular.
- 26.4. Antes do término do primeiro período contratual (12 meses), é facultado ao **CONTRATANTE** denunciar o presente contrato, mediante comunicação escrita, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, sujeitando-se ao pagamento de multa pecuniária equivalente a 10% (dez por cento) do valor das mensalidades que seriam devidas até o término do citado prazo.
- 26.4.1. O contrato que estiver vigente por prazo indeterminado poderá ser denunciado pelo **CONTRATANTE**, por escrito, com 30 (trinta) dias de antecedência, sem quaisquer ônus, ressalvado o disposto no item 6.13.1 deste contrato;
- 26.4.2. A falta de comunicação, nos termos do subitem 26.4., implica na subsistência das obrigações assumidas;
- 26.4.3. Durante a situação prevista no subitem 26.4., não será admitido inclusão ou exclusão de beneficiários.

- 26.5. A responsabilidade da **CONTRATADA** sobre os atendimentos iniciados durante a vigência do contrato cessa no último dia do prazo de 30 (trinta) dias mencionado no subitem anterior, correndo as despesas a partir daí por conta do **CONTRATANTE**. As mesmas regras descritas nos subitens 26.2. e 26.3. são válidas para a exclusão de beneficiários dependentes do beneficiário titular no decorrer do Contrato.
- 26.6. O **CONTRATANTE** reconhece como dívida líquida, certa e exigível, inclusive por processo de execução, em favor da **CONTRATADA**, quaisquer despesas decorrentes de atendimento prestado a ele, seus dependentes e agregados, cessadas as responsabilidades da **CONTRATADA**, independentemente da data de início do tratamento, bem como aquelas coberturas deferidas liminar ou cautelarmente em procedimento judicial, e posteriormente revogadas ou decididas em contrário, e ainda, os procedimentos não cobertos explicitamente por este instrumento, o uso indevido da carteira de identificação, a permanência hospitalar após a alta médica e a utilização de serviços dentro dos prazos de carência definidos neste Contrato.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SÉTIMA – DO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR

- 27.1. O **CONTRATANTE** titular ao assinar este Contrato, declara ter prévio conhecimento do seu conteúdo, tendo considerado o mesmo adequado e capaz de suprir suas necessidades e de seus dependentes designados na Proposta de Inscrição, no que diz respeito à sua expectativa sobre PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE, conforme determina o Artigo 46 da Lei 8.078, de 11 de setembro de 1990 – CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR.

CLÁUSULA VIGÉSIMA OITAVA – DA ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA

- 28.1. As partes reconhecem, para os devidos fins de direito, que a área geográfica de abrangência do presente Contrato é a cidade de CURITIBA/PR e cidades específicas da REGIÃO METROPOLITANA onde a **CONTRATADA** mantenha Unidades Próprias e/ou contratadas, conforme relação constante no “Manual de Orientação do Beneficiário”.

CLÁUSULA VIGÉSIMA NONA – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

- 29.1. Os beneficiários com mais de 65 (sessenta e cinco) anos de idade, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até 5 (cinco) anos terão preferência na marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos.
- 29.2. Na eventualidade de insatisfação quanto ao Plano contratado ou atendimento dos profissionais ou serviços contratados, o **CONTRATANTE** deverá encaminhar reclamação escrita para sede da **CONTRATADA**, para apuração e providências.
- 29.3. A inserção de mensagens no recibo de cobrança das mensalidades valerá como notificação ao **CONTRATANTE**, para todos os efeitos deste contrato, a partir da data do respectivo pagamento.
- 29.4. O **CONTRATANTE**, por si, por outrem (titular menor) e/ou pelos dependentes e agregados, autoriza a **CONTRATADA** a prestar todas as informações cadastrais, inclusive quanto aos atendimentos, sempre que solicitadas pelos órgãos de fiscalização da assistência à saúde, em especial a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;
- 29.5. Integram este contrato, para todos os fins de direito, a Proposta de Inscrição e demais formulários e anexos firmados pelos contraentes.
- 29.6. A **CONTRATADA** não se responsabiliza por qualquer acordo ajustado particularmente pelos beneficiários com prestadores de serviço e profissionais credenciados ou não. Tais despesas correm por conta exclusiva do **CONTRATANTE**.
- 29.7. O **CONTRATANTE** se obriga a comunicar a **CONTRATADA** seu novo endereço em caso de mudança. Caso não o faça assumirá inteira responsabilidade por eventuais danos ou transtornos que ocorrerem por comunicados e cobranças que deixar de receber.
- 29.8. Qualquer tolerância das partes em relação a este Instrumento não importará em precedente, novação, renúncia ou alteração do pactuado, cujos termos continuarão exigíveis a qualquer tempo. Ressalva-se que não é admitida às partes qualquer presunção de conhecimento de circunstâncias que não constem deste Contrato e de seus Anexos ou de comunicações posteriores por escrito.
- 29.9. As presentes Condições Gerais deste Contrato poderão ser alteradas, mediante Termo Aditivo, desde que haja concordância, por escrito, de ambas as partes, passando então as alterações a fazer parte integrante deste instrumento.
- 29.10. O presente Contrato foi elaborado de acordo com a Lei 9656/98 e complementos, que trata da Regulamentação dos Planos Privados de Assistência à Saúde.

CLÁUSULA TRIGÉSIMA – DO FORO

30.1. As partes elegem, como privilegiado, o foro da Comarca de Curitiba/Paraná, para dirimir qualquer dúvida ou demanda judicial a respeito do presente Contrato, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

_____, _____ de _____ de _____.

CONTRATANTE

EVANGÉLICO SAÚDE LTDA.

TESTEMUNHA

TESTEMUNHA