

**CONTRATO DE OPERAÇÃO DE
PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
- Plano Ambulatorial e Hospitalar Com Obstetrícia Coparticipativo-**

Registro da Operadora na ANS nº 36.656-1

BEM FÁCIL – INDIVIDUAL E/OU FAMILIAR

Registro dos Produtos na ANS

Prata: nº 471.897/14-6

Ouro: nº 471.896/14-8

Pelo presente instrumento contratual e na melhor forma de direito, de um lado o **CONTRATANTE**, qualificado na Proposta de Admissão e Ficha de Inscrição, e de outro lado, na qualidade de **CONTRATADA, BENSAÚDE PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA HOSPITALAR LTDA**, com sede na cidade de São José do Rio Preto, São Paulo, na Rua XV de Novembro, nº 4.488, inscrita no CNPJ/MF sob n.º 02.849.393/0001-38, registrada, nos termos da Lei n.º 6.839/80, no Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo sob o n.º 24.311, E TAMBÉM REGISTRADA NOS TERMOS DA Lei n.º 9.656/98 e RN 100, de 03/06/2005, na Agência Nacional de Saúde Suplementar sob o n.º 36656-1, classificada nos termos da RDC 39, de 27/10/2000, como sendo MEDICINA DE GRUPO, neste ato, representada na forma de seus atos constitutivos, têm, entre si, justo e livremente contratado o presente instrumento, com formação de preço pré-estabelecido e, com Abrangência Geográfica de Grupo de Municípios, de forma que sua área de atuação encontra-se disposta na Cláusula Décima Quinta deste contrato, nos termos que seguem:

Cláusula Primeira
DO OBJETO

1.1. O presente Contrato de Operação de Plano Privado de Assistência à Saúde tem por objetivo, garantir a cobertura dos custos assistenciais, médico-hospitalares previstos em cláusula específica deste Contrato e de acordo com as disposições da Lei nº 9.656/98, pela **CONTRATADA**, aos beneficiários inscritos no presente contrato, através de uma rede assistencial credenciada para tanto.

1.2. O presente contrato regulamenta os direitos e as obrigações das partes, sobre o PLANO BEM FÁCIL, conforme determinação/escolha do (a) **CONTRATANTE** em relação ao plano contratado e seu respectivo padrão de conforto.

1.3. Os dependentes do (a) **CONTRATANTE**, juntamente com este (a), considerados beneficiários do Plano Privado de Assistência à Saúde, são melhor identificados na Proposta de Admissão e Ficha de Inscrição que acompanha o presente Contrato, que, rubricadas pelas partes, é peça integrante deste instrumento contratual, para todos os fins de direito.

Cláusula Segunda
DA NATUREZA JURÍDICA DESTE CONTRATO

2.1. O presente Contrato de Operação de Plano Privado de Assistência à Saúde, reveste-se de característica bilateral, pertencendo à classe de contrato de adesão, gerando direitos e obrigações individuais para as partes, na forma do disposto nos artigos 476 e 477 do Código Civil Brasileiro, considerando-se, ainda, esta

avença, como um Contrato Aleatório, regulado pelos artigos 458 a 461 do mesmo Código, assumindo o (a) **CONTRATANTE**, o risco de não vir a existir a cobertura da referida assistência, pela inocorrência do evento do qual será gerada a obrigação da **CONTRATADA** em garanti-la, sujeito também às disposições do Código de Defesa do Consumidor (Lei 8.078/90).

2.2. Outrossim, este Contrato sujeita-se às normas estatuídas na Lei Federal nº 9.656/98 e legislação específica que vier a sucedê-la.

Cláusula Terceira DA REDE CREDENCIADA

3.1. A **CONTRATADA** colocará à disposição dos beneficiários do Plano Privado de Assistência à Saúde a que alude este Contrato, para a cobertura assistencial ora contratada, centros médicos, ambulatorios, laboratórios, consultórios e hospitais e respectivos profissionais da área da saúde, constantes do "Guia Médico", disposto no site da **CONTRATADA**.

3.1.1. A relação dos prestadores de serviços vinculados ao respectivo plano é divulgada por meio eletrônico.

3.1.2. A **CONTRATADA** manterá sempre atualizada em seu site na Internet, para a consulta de seus beneficiários, a relação de seus prestadores de serviços vinculados ao respectivo plano.

3.2. A **CONTRATADA** poderá proceder à substituição de um ou de todos os hospitais e demais serviços credenciados, constantes do mencionado "Guia Médico", nos termos do disposto na Lei nº 9.656/1998, sendo certo que a substituição deverá ser feita por novos credenciados com qualificações técnicas equivalentes às dos substituídos.

3.2.1. Quando houver substituição de entidade hospitalar, a **CONTRATADA** deverá dar ciência escrita ao (à) **CONTRATANTE** e à ANS, assim como aos beneficiários inscritos no plano, 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.

3.3. 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 referenciados no referido "Guia Médico".

3.4. Em ocorrendo as substituições dos serviços, os beneficiários terão direito de prosseguir com 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.

3.5. Caso ocorra a substituição de estabelecimento hospitalar durante a internação de quaisquer dos beneficiários regularmente inscritos no presente Contrato, o mesmo permanecerá internado, até a regular alta hospitalar, a critério médico, sendo certo que as despesas até então apuradas correrão por conta da **CONTRATADA**.

3.6. Em caso de substituição 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, garantindo a continuação da assistência, sem qualquer ônus adicional.

Cláusula Quarta
DA DEFINIÇÃO, INSCRIÇÃO, INCLUSÃO E
IDENTIFICAÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS

4.1. São considerados beneficiários deste Contrato o (a) **CONTRATANTE**, identificado como TITULAR, e seus dependentes, indicados como tal na Proposta de Admissão e Ficha de Inscrição, e desde que passíveis de elegibilidade, conforme dispõe a Cláusula 4.2 abaixo.

4.2. Podem ser admitidos como dependentes:

4.2.1. Cônjuge ou companheiro (a) – pessoa do sexo oposto ou do mesmo sexo - comprovado através de documentação hábil prevista na Lei;

4.2.2. Filhos (as), enteados (as) e menores sob guarda judicial ou tutela, desde que solteiros (as) e menores de 18 (dezoito) anos, e se universitários, menores de 24 (vinte e quatro) anos;

4.2.3. Filhos (as), solteiros (as), absolutamente incapazes, mediante a devida comprovação.

4.3. Poderão ser incluídos, beneficiários dependentes, posteriormente à celebração deste Contrato, desde que na presença, cumulativa, dos seguintes requisitos:

4.3.1. As Taxas Mensais estejam rigorosamente em dia;

4.3.2. O (a) **CONTRATANTE**, assine Termo Aditivo de Inclusão; e

4.4. Em caso de inclusão de novo (s) dependente (s), este (s) deverá (ão) cumprir, por inteiro, os prazos de carência previstos neste Contrato, desde que sujeitos a eles.

4.5. Fica assegurado à **CONTRATADA** o direito de exigir, a qualquer tempo do (a) **CONTRATANTE** a comprovação da relação de dependência aqui especificada, responsabilizando pela veracidade das informações prestadas.

4.6. Os filhos recém-nascidos dos Beneficiários deste contrato, nascidos, adotados, sob guarda judicial ou tutelados na vigência deste Contrato, e incluídos no respectivo Plano em até 30 (trinta) dias após a data do nascimento, adoção, guarda ou tutela, ficarão isentos do cumprimento dos períodos de carência, não estando sujeitos a alegação pela **CONTRATADA** de doença ou lesão preexistente, não se sujeitando, portanto, a coberturas parciais temporárias.

4.6.1. Em caso de inscrição de filhos adotivos dos Beneficiários deste contrato, menores de (12) doze anos, ou seja, até 11 (onze) anos de idade, serão aproveitados, quando houver, os períodos de carência já cumpridos pelo (a) beneficiário (a) adotante.

4.6.1.1. O menor de 12 (doze) anos, ou seja, com 11 (onze) anos ou menos de idade, adotado por Beneficiário desse plano, ou sob guarda ou tutela deste, pode ser inscrito em até 30 (trinta) dias a contar da adoção, guarda ou tutela, aproveitados os períodos de carência já cumpridos pelo adotante, tutor ou detentor da guarda, observadas as condições de elegibilidade.

4.6.1.2. O filho menor de 12 (doze) anos, ou seja, com 11 (onze) anos ou menos de idade, cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente, pode ser inscrito no plano em até 30 (trinta) dias do reconhecimento, aproveitados os períodos de carência já cumpridos pelo beneficiário pai, observadas as condições de elegibilidade e desde que o pai seja o **CONTRATANTE** - Beneficiário Titular.

4.7. Os beneficiários dependentes poderão ser excluídos do plano que continuará vigente, ou não, quando:

- a) da perda da condição de dependência (caracterização da não-elegibilidade);
- b) de sua morte;
- c) da rescisão do contrato;
- d) nos casos de fraude comprovada, com o intuito de omitir a doença ou lesão preexistente;
- e) a critério exclusivo do (a) **CONTRATANTE**.

4.8. As exclusões dos beneficiários se operam automaticamente nos casos de fraude ou da perda do vínculo de dependência. Nos demais casos, dependerá de expressa solicitação escrita do (a) **CONTRATANTE**.

4.9. A exclusão por fraude dependerá do encerramento do processo administrativo por parte da ANS, com julgamento favorável à Operadora, ora **CONTRATADA**.

4.10. O (A) **CONTRATANTE** obriga-se a devolver, incontinentemente, à **CONTRATADA**, os cartões de identificação dos beneficiários deste Contrato, em caso de sua rescisão nos termos do item 13.2. Da Cláusula Décima Terceira, ou o (s) do (s) beneficiário (s) dependente (s) em caso de exclusão do Plano, no ato da sua exclusão, respeitada a manutenção do (s) dependente (s) em caso de extinção do vínculo do TITULAR, conforme previsto nas Cláusulas 4.12. e 4.12.1., sob pena de responsabilizar-se por eventual utilização indevida, bem como pelo pagamento dos valores correspondentes ao eventual uso indevido das coberturas assistenciais constantes do presente Contrato. No mesmo sentido, fica o (a) **CONTRATANTE** obrigado (a) a informar ao beneficiário sobre a proibição de utilização do cartão de identificação.

4.11. Pelas mesmas penas descritas na cláusula acima, responderá o (a) **CONTRATANTE**, em caso de extravio, entenda-se este como perda, roubo ou furto dos referidos cartões de identificação, desde que não efetue a comunicação imediata à **CONTRATADA**, para que esta tome as providências cabíveis.

4.12. A extinção do vínculo do (a) **CONTRATANTE**, beneficiário TITULAR, não extingue o contrato, sendo assegurado aos dependentes já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, com a assunção de obrigações decorrentes.

4.12.1. O previsto no item anterior não se aplica às hipóteses de rescisão unilateral do contrato por fraude ou não pagamento das mensalidades.

Cláusula Quinta DA IDENTIFICAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS

5.1. A **CONTRATADA** fornecerá ao (à) **CONTRATANTE** e a seus dependentes, regularmente inscritos no presente Contrato, Cartões de Identificação, que serão exibidos sempre que os serviços ora contratados forem necessitados, juntamente com o documento de identificação do beneficiário paciente.

Cláusula Sexta DOS SERVIÇOS COMPREENDIDOS NA COBERTURA ASSISTENCIAL DO PLANO

6.1. A **CONTRATADA** garantirá a cobertura dos custos, em conformidade com os limites, prazos de carências e condições estabelecidas neste Contrato, relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares e atendimentos obstétricos, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, para todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, (CID-10), nos termos do artigo 12, incisos I, II e III da Lei nº 9.656/98, devendo ser observadas, ainda, as especificidades do artigo 10-A da mesma Lei e o disposto na Resolução nº 13/98, do CONSU, no que se aplicam ao Plano e desde que realizados dentro da rede credenciada da **CONTRATADA**.

6.1.1. Todos os atendimentos, procedimentos, exames e internações ora contratados, descritos em toda extensão desse contrato, para que tenham cobertura, devem ocorrer, **EXCLUSIVAMENTE** dentro da rede credenciada da **CONTRATADA** (centros médicos, ambulatorios, laboratórios, consultórios e hospitais), bem como por médicos e profissionais da área de saúde, credenciados à **CONTRATADA**, constantes do "Guia Médico", disposto no site da **CONTRATADA**, respeitados os prazos e garantias de atendimentos.

6.2. A cobertura ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para o segmento ambulatorial, e desde que realizados dentro da rede credenciada da **CONTRATADA**, observadas as seguintes coberturas:

- a) cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- b) cobertura de consulta e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, conforme indicação do médico assistente, observadas as diretrizes de utilização fixadas pela ANS vigente à época do evento;
- c) cobertura de sessões de psicoterapia, que poderão ser realizadas tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento conforme indicação do médico assistente, observadas as diretrizes de utilização fixadas pela ANS vigente à época do evento;
- d) cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, em número ilimitado de sessões

por ano, que poderão ser realizadas tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente;

- e) cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar;
- f) cobertura dos atendimentos nos casos de planejamento familiar, de que trata o inciso III do artigo 35-C da Lei nº 9656/1998, e previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época;
- g) cobertura de tratamentos Antineoplásicos domiciliares de uso oral, incluindo medicamentos para controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes, desde que cumpridos os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, e, desde que realizados dentro da rede credenciada da **CONTRATADA**, observadas as diretrizes de utilização fixadas pela ANS vigente à época do evento;

6.3. Cobertura dos procedimentos considerados especiais, realizados dentro da rede credenciada da **CONTRATADA**, abaixo relacionados:

- a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- b) quimioterapia oncológica ambulatorial;
- c) radioterapia listados no Rol de Procedimentos vigente para a segmentação ambulatorial;
- d) procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais;
- e) hemoterapia ambulatorial;
- f) cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

6.4. Estão cobertos os tratamentos básicos em regime ambulatorial de todos os transtornos psiquiátricos codificados pelo CID-10, realizados dentro da rede credenciada da **CONTRATADA**, compreendendo:

- a) atendimento 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 autoagressão) e/ou risco de danos morais e patrimoniais importantes;
- b) atendimentos à psicoterapia, em conformidade com as Diretrizes de Utilização estabelecidas pela ANS vigente à época do evento, que poderão ser realizados tanto por psicólogo ou médico devidamente habilitado;
- c) 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.

6.5. Cobertura de todas as modalidades de internações hospitalares, em número ilimitado de dias, em hospitais básicos e especializados, reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina, desde que realizados dentro da rede credenciada da **CONTRATADA**.

6.6. Cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente, desde que realizados dentro da rede credenciada da **CONTRATADA**.

6.7. Garantia de acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional na indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos pertencentes à rede credenciada da **CONTRATADA**.

6.8. Fica garantida a participação de profissional médico anesthesiologista nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, caso haja indicação clínica, e desde que realizados dentro da rede credenciada da **CONTRATADA**.

6.9. Cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação, desde que referentes a procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, exceto em caráter particular e domiciliar.

6.10. Fica garantido o atendimento, DENTRO DA SEGMENTAÇÃO E DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA ESTABELECIDAS NO CONTRATO, independentemente do local de origem do evento, desde que realizados dentro da rede credenciada da **CONTRATADA**.

6.11. Cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar, desde que realizados dentro da rede credenciada da **CONTRATADA**.

6.12. Cobertura para remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, DENTRO DOS LIMITES DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA PREVISTOS NO CONTRATO, em território brasileiro, por via terrestre, respeitadas as coberturas asseguradas por norma específica, desde que cumpridas as exigências legais ali definidas.

6.13. Cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, contrastes, medicamentos entre outros, desde que referentes a procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e, ainda, desde que regularizados e registrados e suas indicações constem da bula/manual junto à ANVISA, e, por fim, desde que realizados dentro da rede credenciada da **CONTRATADA**, exceto em caráter particular e domiciliar (com exceção dos tratamentos/medicamentos Antineoplásicos e procedimentos radioterápicos orais, descritos no rol de procedimentos e eventos à saúde vigente à época do evento, observadas suas diretrizes de utilização vigentes à época do evento, desde que cumpridos os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, e, desde que realizados dentro da rede credenciada da **CONTRATADA**).

6.14. Cobertura de despesas com alimentação e acomodação de 1 (um) acompanhante, no caso de pacientes menores de 18 (dezoito) anos e com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, bem como para os portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente.

6.15. Cobertura de cirurgias odontológicas buco-maxilo-facial que necessitem de ambiente hospitalar, realizadas por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, e credenciado à **CONTRATADA**, incluindo o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho

de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica; assistência de enfermagem e alimentação ministradas durante o período de internação hospitalar.

6.16. 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, cobertura do fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar, desde que realizados dentro da rede credenciada da **CONTRATADA**.

6.17. Cobertura de cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, desde que realizados dentro da rede credenciada da **CONTRATADA**.

6.18. Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada como internação hospitalar e desde que realizados dentro da rede credenciada da **CONTRATADA**:

- a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- b) quimioterapia oncológica ambulatorial;
- c) radioterapia: todos os procedimentos descritos no Rol de Procedimentos vigente à época do evento, para ambas as segmentações ambulatorial e hospitalar;
- d) hemoterapia;
- e) nutrição parenteral ou enteral;
- f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos vigente à época do evento;
- g) embolizações listadas no Rol de Procedimentos vigente à época do evento e radiologia intervencionista;
- h) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- i) procedimentos de reeducação e reabilitação física: aqueles listados no Rol de Procedimentos vigente à época do evento;
- j) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos a transplantes de Rim, Córnea e transplantes autólogos e homogênicos, exceto medicação de manutenção;
- k) cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer.

6.19. Estão cobertos os tratamentos básicos em regime hospitalar de todos os transtornos psiquiátricos codificados pelo CID-10, compreendendo o custeio integral de, pelo menos, 30 (trinta) dias de internação psiquiátrica, por ano de contrato, não cumulativo, desde que realizados dentro da rede credenciada da **CONTRATADA**.

6.20. Para os casos em que o período de internação exceder o prazo definido acima no transcorrer de um mesmo ano de contrato, será devido pelo (a) **CONTRATANTE** a coparticipação financeira, no percentual

estabelecido por normativo da ANS, vigente a época do evento, sobre o valor contratado com o respectivo prestador.

6.20.1. Entende-se, para fins do presente Contrato, por coparticipação, a parte efetivamente paga pelo consumidor à operadora, referente à realização de procedimentos cobertos pelo Plano.

6.20.2. A coparticipação financeira deverá ser paga diretamente pelo (a) **CONTRATANTE** (beneficiário titular) através de boleto bancário a ser encaminhado pela **CONTRATADA**.

6.20.3. O percentual de coparticipação incidirá sobre os valores efetivamente praticados pela rede credenciada.

6.20.4. A informação da utilização ocorrerá até 60 (sessenta) dias da data do evento, através de extrato de coparticipação que será encaminhado ao (à) **CONTRATANTE** (beneficiário titular).

6.21. Estão cobertos todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, aí incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões autoinflingidas.

6.22. Cobertura de hospital-dia para os transtornos mentais de acordo com as Diretrizes de Utilização na forma estabelecida no Rol de Procedimentos e Eventos à Saúde da ANS vigente à época do evento.

6.23. Os beneficiários do presente contrato terão direito à cobertura de transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos à Saúde vigente a época do evento, bem como das despesas com os procedimentos vinculados, incluindo todas aquelas necessárias à realização do transplante, em conformidade com as Diretrizes de Utilização vigente à época do evento, desde que realizados dentro da rede credenciada da **CONTRATADA**, incluindo:

- a) despesas assistenciais com doadores vivos, as quais correrão sob as expensas da Operadora de Plano de Saúde do Beneficiário Receptor;
- b) medicamentos utilizados durante a internação;
- c) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato, mediato e tardio, exceto medicamento de manutenção;
- d) despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde – SUS;

6.24. Estão cobertos ainda os transplantes autólogos e alogênicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, bem como em conformidade com as Diretrizes de Utilização vigente à época do evento, e desde que realizados dentro da rede credenciada da **CONTRATADA**.

6.25. Os candidatos a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica, deverão obrigatoriamente estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de órgãos - CNCDO's, integrantes do Sistema Nacional de Transplantes - SNT, e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de seleção.

6.26. Os procedimentos necessários ao tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas, decorrentes de procedimentos não cobertos, têm cobertura obrigatória quando constarem no Rol de Procedimentos e eventos em Saúde vigente à época do evento, respeitadas as segmentações e os prazos de carência e Cobertura Parcial Temporária – CPT, e desde que realizados dentro da rede credenciada da **CONTRATADA**.

6.27. Estão cobertos os atendimentos por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo assistente.

6.28. Estão cobertas as órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, em conformidade com a Resolução nº 1956/2010 do Conselho Federal de Medicina.

6.29. Terão, ainda, direito, à assistência pré-natal e assistência ao parto e puerpério, desde que realizadas dentro da rede credenciada da **CONTRATADA**. Fica assegurada a cobertura de despesas de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de pré-parto, parto, e pós-parto imediato (salvo contraindicação do médico ou até 10 (dez) dias quando indicado pelo médico assistente), compreendendo assistência imediata ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, sendo vedada qualquer alegação de Doença e/ou Lesão Preexistente - DLP ou aplicação de Cobertura Parcial Temporária - CPT.

6.30. Cobertura para tratamentos Antineoplásicos ambulatoriais e domiciliares de uso oral, procedimentos radioterápicos para tratamento de câncer e hemoterapia, na qualidade de procedimentos cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada no âmbito de internação hospitalar, desde que cumpridos os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, e, desde que realizados dentro da rede credenciada da **CONTRATADA**, observadas as diretrizes de utilização fixadas pela ANS vigente à época do evento.

6.31. A **CONTRATADA** não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelos beneficiários (Titular e/ou Dependentes) com médicos, hospitais ou entidades, pertencentes ou não à rede credenciada da **CONTRATADA**.

6.32. EMERGÊNCIAS E URGÊNCIAS: estão cobertos pelo presente Contrato os atendimentos, em regime ambulatorial e de internação para casos de emergência e urgência, entendendo-se, para os fins do presente Contrato, e nos termos da lei, por emergência, todos aqueles casos que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizada por declaração do médico assistente; e por urgência, todos aqueles casos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

6.32.1. Os atendimentos estão consubstanciados na execução das atividades e procedimentos destinados à preservação da vida, órgãos e funções, desde o primeiro atendimento ambulatorial até a resolução hospitalar necessária, observados os seguintes termos:

6.32.2. Os casos de emergência e os de urgência ocorridos durante o prazo de **cobertura parcial temporária de doença ou lesão preexistente**, terão cobertura, EM REGIME AMBULATORIAL,

durante as primeiras 12 (doze) horas de atendimento, exclusivamente para a doença ou lesão preexistente DECLARADA.

6.32.3. Os casos de emergência, e os casos de urgência decorrentes de complicações no processo gestacional, ocorridos durante o cumprimento de prazos de carência para a internação hospitalar, TAMBÉM terão cobertura, EM REGIME AMBULATORIAL, durante as primeiras 12 (doze) horas de atendimento.

6.32.3.1. Fica assegurada a garantia de atendimento, limitada às primeiras 12 (doze) horas, EM REGIME AMBULATORIAL, nos casos em que o atendimento de urgência e emergência for efetuado no decorrer dos períodos de carência para internação.

6.32.3.2. Fica garantida a remoção, quando necessária por indicação médica, para outra unidade da Operadora ou para uma unidade do Sistema Único de Saúde – SUS, quando não houver cobertura para a continuidade do atendimento.

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

6.32.4. Transcorridas as 12 (doze) primeiras horas de atendimento, a responsabilidade da **CONTRATADA** cessará, sendo certo que caso o atendimento evolua para internação hospitalar, a responsabilidade financeira pela internação passará a ser do (a) **CONTRATANTE** (beneficiário titular).

6.32.5. Após os atendimentos de urgência e emergência durante as primeiras 12 (doze) horas, EM REGIME AMBULATORIAL, ou, antes desse período quando caracterizada pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente, ou, quando caracterizada a necessidade de internação – após o atendimento de urgência e emergência, ou, ainda, caso o beneficiário esteja cumprindo carência, o beneficiário-paciente terá direito, sob a responsabilidade da **CONTRATADA**, à remoção para uma unidade de atendimento do Sistema Único de Saúde - SUS.

6.32.5.1. Ficam garantidos os atendimentos de urgência e emergência durante as primeiras 12 (doze) horas, EM REGIME AMBULATORIAL, caso o beneficiário-paciente esteja cumprindo Cobertura Parcial Temporária que resulte na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, bem como nos casos de carência para internação. Nesses casos, o beneficiário-paciente terá direito, sob a responsabilidade da **CONTRATADA**, à remoção para uma unidade de atendimento do Sistema Único de Saúde – SUS, após realizados os atendimentos de urgência e emergência.

6.32.5.2. Quando não possa haver remoção por risco de vida do beneficiário-paciente, este e/ou seus responsáveis e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se assim, a operadora, ora **CONTRATADA**, desse ônus.

6.32.5.3. Caso o beneficiário-paciente e/ou seus responsáveis optarem, expressamente, pela continuidade de atendimento em unidade diferente, a **CONTRATADA** estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

6.32.5.4. Na remoção, a **CONTRATADA** deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS.

6.32.5.5. Os casos de **urgência decorrentes de acidentes pessoais**, ocorridos durante o cumprimento de prazos de carência, terão o seu atendimento AMBULATORIAL e HOSPITALAR integralmente coberto pelo presente Plano, após decorridas 24 (vinte e quatro) horas da adesão ao plano.

6.32.6. Em todos os casos acima, fica assegurada a cobertura remoção, via terrestre, assegurada por norma específica, desde que cumpridas as exigências legais ali definidas.

6.33. DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES À DATA DA ASSINATURA DO PRESENTE CONTRATO: estão cobertas pelo presente Contrato, as doenças e lesões preexistentes, que são aquelas das quais o beneficiário titular e/ou seus dependentes ou seu representante legal saibam ser portadores ou sofredores, no momento da contratação ou adesão ao plano. Essa cobertura se dará da seguinte forma:

6.33.1. Caso, quando do preenchimento da Proposta de Admissão e Ficha de Inscrição do **CONTRATANTE** (beneficiário titular), no presente Contrato, ou de seu(s) dependente(s) – se houver, seja declarada pelo pretense beneficiário e/ou por seus dependentes ou representante legal, em entrevista qualificada, ou seja constatada, através de exames ou perícias que algum (ns) dos beneficiários a serem inscritos, seja (m) portador (es) de qualquer doença ou lesão passíveis de eventos cirúrgicos, procedimentos de alta complexidade, e internações em leitos de alta tecnologia, o(a) **CONTRATANTE** (beneficiário titular), seus dependentes ou seu representante legal, ou seja, o portador da doença e/ou lesão preexistente, se sujeitará à cobertura parcial temporária de referida doença ou lesão, optando a **CONTRATADA** por não oferecer cobertura total nesses casos.

6.33.1.1. A **CONTRATADA** reserva-se o direito de não oferecer Agravo como opção à Cobertura Parcial Temporária, conforme lhe faculta o artigo 6º, parágrafo primeiro, da Resolução Normativa nº 162, de 17 de outubro de 2007, emanada da ANS – Agência Nacional de Saúde.

6.33.2. Para fins do presente Contrato, entende-se por cobertura parcial temporária, a suspensão, por um prazo ininterrupto de 24 (vinte e quatro) meses, dos eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia, e procedimentos de alta complexidade classificados como tal através de norma específica da ANS, relacionados exclusivamente à doença ou lesão preexistente, contados a partir da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.

6.33.2.1. Decorridos os primeiros 24 (vinte e quatro) meses contratuais, a cobertura à doença ou lesão preexistente será integral, não cabendo cobertura parcial temporária.

6.33.2.2. Em havendo declaração de doença e/ou lesão preexistente, o Declarante estará sujeito à Cobertura Parcial Temporária (CPT), que é 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 e lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário, (CONTRATANTE - beneficiário titular - dependentes ou seu representante legal).

6.34. DA ENTREVISTA QUALIFICADA: A **CONTRATADA** entregará ao (à) **CONTRATANTE**, os formulários de Entrevista Qualificada, para que o (a) **CONTRATANTE** (beneficiário titular) e seus dependentes, se houver, ou seu representante legal no ato da contratação ou adesão ao plano, possam preenchê-los.

6.34.1. O (A) **CONTRATANTE** e dependentes, se houver, ou seu representante legal são obrigados (as) a informar à **CONTRATADA**, no ato da sua inclusão, quando solicitado, a condição sabida de lesão ou doença preexistente, no momento da adesão ao Plano, sob pena de imputação de fraude sujeito à perda da condição de beneficiário do plano, sem prejuízo de medidas judiciais cabíveis.

6.34.2. É facultado à **CONTRATADA**, o direito de examinar ou periciar quaisquer dos beneficiários inscritos no plano, (**CONTRATANTE** - beneficiário titular e dependentes, se houver) para fins de identificação de lesões ou doenças preexistentes.

6.34.2.1. Fica vedada a alegação de omissão de informação de doença e/ou lesão preexistente pela **CONTRATADA** quando realizado qualquer tipo de exame ou perícia no (a) **CONTRATANTE** (beneficiário titular) e dependentes, se houver.

6.34.3. A **CONTRATADA** reserva-se o direito de comprovar, nos termos e pelos meios permitidos por lei, a existência de doença e/ou lesão preexistente que acomete o (a) **CONTRATANTE** - beneficiário titular e dependentes, se houver, inscrito (s) no presente plano.

6.34.4. Caso seja identificado pela **CONTRATADA**, indício de fraude em que o (a) **CONTRATANTE** - beneficiário titular e dependentes, se houver, ou seu representante legal omitiu (ram) a informação na declaração de saúde sobre seu conhecimento da existência de doença ou lesão preexistente, na ocasião da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a **CONTRATADA** deverá dar ciência desse fato ao (à) **CONTRATANTE** - beneficiário titular ou dependentes, se houver, ou seu representante legal, imediatamente, comunicando-os por escrito, sobre o referido comportamento, através do Termo de Comunicação ao Beneficiário, ocasião em que também será oferecida Cobertura Parcial Temporária.

6.34.5. Caso o(a) **CONTRATANTE** - beneficiário titular e dependentes, se houver, ou seu representante legal não concorde com a alegação de que omitiu a informação na declaração de saúde sobre seu conhecimento da existência de doença ou lesão preexistente, deverá responder a notificação da **CONTRATADA** no prazo de até 10 (dez) dias, contados do recebimento da notificação, para que a **CONTRATADA** possa encaminhar toda documentação à ANS que fará o

juízo administrativo da alegação de omissão de informação na declaração de saúde, nos termos legais.

6.34.6. Não será permitida, sob qualquer alegação, a negativa de cobertura assistencial, assim como a suspensão ou rescisão unilateral do contrato, até a publicação pela ANS do encerramento do processo administrativo.

6.34.7. Sendo o julgamento final favorável à **CONTRATADA**, o beneficiário que foi parte no processo administrativo poderá ser excluído do contrato, passando 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 realizada pela **CONTRATADA**.

Cláusula Sétima **DAS EXCLUSÕES**

7.1. NÃO ESTÃO INCLuíDOS NESTE CONTRATO, como obrigação da **CONTRATADA** de cobrir os procedimentos relativos a:

7.1.1. TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO EXPERIMENTAL;

7.1.2. PROCEDIMENTOS CLíNICOS OU CIRÚRGICOS PARA FINS ESTÉTICOS, BEM COMO ÓRTESES E PRÓTESES PARA O MESMO FIM;

7.1.3. INSEMINAÇÃO ARTIFICIAL E FERTILIZAÇÃO IN VITRO;

7.1.4. TRATAMENTO DE REJUVENESCIMENTO OU DE EMAGRECIMENTO COM FINALIDADE ESTÉTICA, assim como, SPAS, CLíNICAS DE REPOUSOS E ESTÂNCIAS HIDROMINERAIS;

7.1.5. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS E PRODUTOS PARA A SAÚDE IMPORTADOS NÃO NACIONALIZADOS;

7.1.6. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS PARA TRATAMENTO DOMICILIAR, COM EXCEÇÃO DOS TRATAMENTOS/MEDICAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS E PROCEDIMENTOS RADIOTERÁPICOS ORAIS, DESCRITOS NO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS À SAÚDE VIGENTE À ÉPOCA DO EVENTO;

7.1.7. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS PRESCRITOS DURANTE INTERNAÇÃO HOSPITALAR CUJA EFICÁCIA E/OU EFETIVIDADE TENHAM SIDO REPROVADAS PELA COMISSÃO DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE;

7.1.8. FORNECIMENTO DE PRÓTESES, ÓRTESES E SEUS ACESSÓRIOS, NÃO LIGADOS AO ATO CIRÚRGICO, INCLUSIVE AQUELAS UTILIZADAS EM MÉTODOS/TÉCNICAS/ABORDAGENS ESPECIAIS DE TRATAMENTOS TERAPÊUTICOS, COMO EXEMPLO: TREINI, MÉTODO DE INTEGRAÇÃO GLOBAL (MIG), PENGUIN SUIT,

THERASUIT, ADELISUIT, PEDIASUIT, UPSUIT, THERATOLGS, ÓRTESE DE TECIDO ELASTOMÉRICO DINÂMICO (DEFO – DYNAMIC ELASTOMERIC FABRIC ORTHOSIS), TRAJE DE CORPO INTEIRO (FBS - FULL BODY SUIT), ÓRTESE DE ENTRADA DE PRESSÃO ESTABILIZADORA (STABILIZING PRESSUREINPUT ORTHOSIS – SPIO), SECOND SKIN, ÓRTESES DE TIRA EXTERNA, ÓRTESE CRANIANA INFANTIL, ENTRE OUTROS;

7.1.9. TERAPIAS QUE POR SUAS CARACTERÍSTICAS CONCEITUAIS ÍNTRISECAS SEJAM REALIZADAS FORA DO AMBIENTE AMBULATORIAL, COMO EXEMPLO: EQUOTERAPIA E HIDROTERAPIA;

7.1.10. TÉCNICAS CINESIOTERÁPICAS ESPECÍFICAS, COMO EXEMPLO: PILATES, REEDUCAÇÃO POSTURAL GLOBAL (RPG), MUSCULAÇÃO, NATAÇÃO, CROSSFIT, FUNCIONAL;

7.1.11. TRATAMENTOS ILÍCITOS OU ANTIÉTICOS, ASSIM DEFINIDOS SOB O ASPECTO MÉDICO, OU NÃO RECONHECIDOS PELAS AUTORIDADES COMPETENTES;

7.1.12. CASOS DE CATACLISMOS, GUERRAS E COMOÇÕES INTERNAS, QUANDO DECLARADOS PELA AUTORIDADE COMPETENTE;

7.1.13. TRANSPLANTES, exceto aqueles previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde emanado da ANS, vigente à época do evento;

7.1.14. CONSULTAS e INTERNAÇÕES DOMICILIARES, INCLUSIVE HOME CARE;

7.1.14.1. ATENDIMENTO DOMICILIAR DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM, FISIOTERAPIA, NUTRIÇÃO, FONOAUDIOLOGIA E MÉDICOS, ASSIM COMO ENFERMAGEM PARTICULAR EM CARÁTER HOSPITALAR OU DOMICILIAR;

7.1.15. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO DE MANUTENÇÃO PARA PACIENTES TRANSPLANTADOS;

7.1.16. TRATAMENTOS ODONTOLÓGICOS AMBULATORIAIS;

7.1.17. ESTABELECIMENTOS PARA ACOLHIMENTO DE IDOSOS E INTERNAÇÕES QUE NÃO NECESSITEM DE CUIDADOS MÉDICOS EM AMBIENTE HOSPITALAR;

7.1.18. EXAMES MÉDICOS ADMISSIONAIS, PERIÓDICOS, DE RETORNO AO TRABALHO, DE MUDANÇA DE FUNÇÃO E DEMISSIONAIS.

Cláusula Oitava **DO TIPO DE PLANO**

8.1. Por determinação/escolha do (a) **CONTRATANTE**, ele e seu (s) dependente (s) será (ão) inscrito (s) em um dos seguintes planos, que dará direito a:

8.1.1. PRATA (com registro na ANS sob nº 471.897/14-6) com direito a utilização de toda a rede credenciada para esta modalidade de plano e nos casos de internação hospitalar, os beneficiários terão direito a **ACOMODAÇÕES COLETIVAS** (TIPO ENFERMARIA - 2 (dois) LEITOS OU MAIS);

8.1.2. OURO (com registro na ANS sob nº 471.896/14-8) com direito a utilização de toda a rede credenciada para esta modalidade de plano e nos casos de internação hospitalar, os beneficiários terão direito a **ACOMODAÇÕES PRIVATIVAS** (APARTAMENTO - 1 (um) LEITO).

8.2. Caso o (a) **CONTRATANTE** e/ou seus dependentes inscritos num plano de padrão de conforto inferior, optem expressamente por acomodação hospitalar superior à prevista no Plano no qual está inscrito (se houver), se responsabilizará pelo valor da diferença de custos, diretamente, perante o hospital.

8.3. As mudanças de plano de padrão de conforto inferior para um outro de padrão de conforto superior e vice e versa deverá abranger tanto o (a) **CONTRATANTE** como também os dependentes, se houver.

Cláusula Nona **DA DINÂMICA DE ATENDIMENTO**

9.1. Para a utilização dos serviços cobertos pelo presente Contrato, o (a) **CONTRATANTE** - beneficiário titular - ou dependentes, se houver, deverá entrar em contato diretamente com estabelecimento ou profissional prestador dos serviços credenciados pela **CONTRATADA**, para a marcação prévia da consulta ou exame, e apresentar os seguintes documentos:

- a) cartão de Identificação do beneficiário; e
- b) documento de identidade do beneficiário-paciente.

9.2. Caso o (a) **CONTRATANTE** - beneficiário titular - ou dependentes, se houver, encontre dificuldade na marcação da consulta ou exame, deverá informar imediatamente a **CONTRATADA** através do Setor de Ouvidoria para que a mesma possa solucionar a demanda dentro dos prazos previstos na legislação vigente.

9.3. Para os procedimentos relacionados abaixo, o (a) **CONTRATANTE** - beneficiário titular - ou dependentes, se houver, deverá apresentar ao estabelecimento ou profissional prestador dos serviços credenciado pela **CONTRATADA**, além dos documentos acima relacionados, a guia de autorização prévia, devidamente emitida e assinada pela **CONTRATADA**:

- a) serviços Complementares de Diagnóstico e Terapia;
- b) procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais;
- c) internações Clínicas Hospitalares;
- d) internações Cirúrgicas Eletivas Hospitalares;
- e) partos.

9.3.1. Nos procedimentos que exigem autorização prévia, a resposta à solicitação de autorização prévia do procedimento, quando caracterizada urgência ou emergência, será dada imediatamente, a partir da data da demanda pelo serviço ou procedimento.

9.3.2. A guia de autorização prévia descrita na cláusula 9.3. possui validade de 90 (noventa) dias corridos a contar da sua emissão. Ultrapassado este prazo, sem a concretização do procedimento, o pedido médico deverá ser apresentado novamente à **CONTRATADA** para emissão de uma nova guia de autorização.

9.3.3. Quando da emissão da guia de autorização, somente serão aceitos pela **CONTRATADA** pedidos médicos emitidos há menos de 180 (cento e oitenta) dias corridos.

9.4. Em casos de divergências médicas a respeito de autorização prévia, a definição do impasse será feita através de junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo usuário, por médico da operadora e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da operadora, ora **CONTRATADA**.

9.5. As internações feitas em caráter de emergência, deverão ser comunicadas à **CONTRATADA** em até 72 (setenta e duas) horas da internação, mediante declaração do médico assistente, para que seja emitida a guia correspondente.

9.5.1. Caso seja necessário, a critério da **CONTRATADA**, esta poderá solicitar a realização de exames clínicos, ou perícias, que deverá se realizar no prazo máximo de 1 (um) dia útil.

9.6. REEMBOLSO: Quando da impossibilidade de utilização, pelo(a) **CONTRATANTE** - beneficiário titular - ou dependentes, se houver, dos serviços credenciados pela **CONTRATADA**, para atendimentos de assistência à saúde relativos aos procedimentos cobertos pelo presente Contrato - em casos de urgência e de emergência ocorridos dentro da área geográfica de abrangência do contrato - a **CONTRATADA** procederá ao reembolso das despesas experimentadas pelo(a) **CONTRATANTE** - beneficiário titular - ou dependentes, se houver, devidamente inscritos no presente Contrato, de acordo com a relação de preços dos serviços médicos e hospitalares.

9.6.1. O reembolso das despesas será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a entrega à **CONTRATADA**, pelo (a) **CONTRATANTE** - beneficiário titular - ou dependentes, se houver, da seguinte documentação: via original do documento comprobatório do pagamento das despesas ao profissional e/ou instituição não credenciada pela **CONTRATADA** (Recibos e/ou Notas Fiscais):

- a) conta analítica médico-hospitalar, em caso de internação;
- b) relatório do médico assistente, indicando a patologia e o procedimento adotado;
- c) declaração do médico assistente especificando a razão da urgência e/ou emergência, quando for o caso.

9.7. A **CONTRATADA** não se responsabilizará pelas despesas extraordinárias experimentadas pelo (a) **CONTRATANTE** - beneficiário titular - ou dependentes, se houver.

9.8. O prazo para o (a) **CONTRATANTE** - beneficiário titular - ou dependentes, se houver, requerer o reembolso é de 12 (doze) meses contados da realização do evento.

9.9. A **CONTRATADA** se obriga a dar completa assistência e orientação ao (à) **CONTRATANTE**, para a livre adesão e correta utilização dos serviços contratados.

9.10. A **CONTRATANTE** se obriga a esclarecer, plenamente, aos beneficiários elegíveis, sobre as condições de adesão e de utilização dos serviços ora contratados, visando prevenir erros de expectativa e interpretação.

Cláusula Décima **DAS CARÊNCIAS**

10.1. O direito de atendimento aos beneficiários deste Contrato, se encontra vinculado aos seguintes prazos de carência:

10.1.1. Atendimento AMBULATORIAL E HOSPITALAR, nos casos de URGÊNCIA DECORRENTES DE ACIDENTE PESSOAL: **24 (vinte e quatro) horas;**

10.1.2. Atendimento exclusivamente AMBULATORIAL durante as primeiras 12 (doze) horas de atendimento para os casos de EMERGÊNCIA ocorridos durante o período de carência, e os casos de complicações no processo gestacional ocorridos durante o período de carência para a internação hospitalar, e os casos de emergência e urgência, relativos à doença preexistente durante o prazo de Cobertura Parcial Temporária: **24 (vinte e quatro) horas;**

10.1.3. Consultas médicas: **30 (trinta) dias;**

10.1.4. Exames auxiliares de rotina, assim considerados aqueles cujo valor não ultrapassem a quantia de 149 (cento e quarenta e nove) Coeficientes de Honorários (CHs) e NÃO sejam definidos como Procedimento de Alta Complexidade (PAC) pela ANS, como exemplo: exames de análises clínicas de Urina e Fezes, Hemograma, Raio X sem contraste e Eletrocardiograma: **60 (sessenta) dias;**

10.1.5. Exames em geral, exames auxiliares de diagnóstico, todos os outros Procedimentos de Alta Complexidade (PAC) assim definidos pela ANS, bem como, todos os exames e procedimentos que sejam iguais ou superiores à quantia de 150 (cento e cinquenta) Coeficientes de Honorários (CHs), como exemplo: Ressonância Magnética, Tomografia Computadorizada, Ultrassonografia, Endoscopias, Ecocardiograma, Uretrocistografia, Cintilografias, Ecodoppler e Polissonografia: **180 (cento e oitenta) dias;**

10.1.6. Sessões de tratamento de psicologia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, fisioterapia e acupuntura, sejam pelo método convencional ou através de métodos/técnicas/abordagens especiais, como exemplo: Psicopedagogia, *Applied Behavior Analysis* (ABA), Denver, Terapia Sensorial Ayres, *Treatment and Education of Autistic and related Communication-handicapped Children* (TEACCH), Psicomotricidade, *Picture Exchange Communication System* (PECS), Prompt, Bobath, além de outras técnicas que vierem a ser incorporadas ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS: **180 (cento e oitenta) dias;**

10.1.7. Medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso: **180 (cento e oitenta) dias;**

10.1.8. Procedimentos ambulatoriais: **180 (cento e oitenta) dias;**

10.1.9. Internações clínicas hospitalares: **180 (cento e oitenta) dias;**

10.1.10. Internações cirúrgicas eletivas hospitalares: **180 (cento e oitenta) dias;**

10.1.11. Partos a termo: **300 (trezentos) dias;**

10.1.12. Para alteração de padrão de conforto, quando a alteração tratar de padrão inferior para padrão superior: **180 (cento e oitenta) dias.**

10.2. O início da contagem do prazo de carência começa a partir da data de inscrição do (a) **CONTRATANTE** ou dependente ao plano.

Cláusula Décima Primeira **DA COPARTICIPAÇÃO FINANCEIRA**

11.1. A coparticipação é a participação na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário (**CONTRATANTE**) diretamente à **CONTRATADA**, após a realização do procedimento, recebimento dos medicamentos Antineoplásicos ou administração de medicamentos inerentes ao exame/procedimento e nas condições estabelecidas no presente contrato.

11.2. A coparticipação que ora se estabelece refere-se a consultas, exames, procedimentos, terapias, sessões, medicamentos Antineoplásicos, medicamentos inerentes ao exame/procedimento e internação, de acordo com as especificações descritas no Anexo I desse instrumento e disponível eletronicamente no site da **CONTRATADA**, www.bensaude.com.br, que passa a fazer parte integrante desse Contrato.

11.3. Os percentuais/valores de coparticipação estipulados serão cobrados por cada procedimento/exame/medicamento realizado, recebido ou administrado e por Beneficiário, possuindo como base de cálculo os valores efetivamente praticados pela Rede Credenciada da **CONTRATADA** e/ou fornecedores.

11.4. O (A) **CONTRATANTE** responsabiliza-se pelo pagamento da coparticipação financeira, em conformidade com o estabelecido no Anexo I desse contrato, de acordo com a quantia estabelecida para cada procedimento, realizado por si ou por qualquer (quaisquer) de seu (s) dependente (s), devendo ser paga à **CONTRATADA**, através de boleto bancário, juntamente com o pagamento da Taxa de Manutenção Mensal.

11.4.1. Mensalmente será encaminhado um extrato especificando a utilização da coparticipação financeira referente ao período cobrado.

11.5. A informação da utilização, ou seja, os valores referentes à coparticipação e o(s) eventos realizados, medicamentos Antineoplásicos ou administração de medicamentos inerentes ao exame/procedimento,

serão devidamente discriminados e ocorrerá até 60 dias (sessenta dias) da data do evento, através de extrato de coparticipação que será encaminhado ao **CONTRATANTE** juntamente com o respectivo boleto de pagamento, de acordo com o valor vigente no mês em que foi realizado o evento/procedimento/medicamento.

11.6. A coparticipação financeira será devida pelo (a) **CONTRATANTE** sempre que um evento for realizado por si ou por qualquer (quaisquer) de seu (s) dependente (s), obrigando-se o **CONTRATANTE** ao seu pagamento, ainda que a cobrança, ou emissão do boleto, seja realizada em mês diverso daquele em que ocorreu o evento.

11.7. O reajuste dos percentuais/valores relativos à coparticipação financeira operar-se-á nos mesmos moldes e critérios estabelecidos para o reajuste anual, conforme Cláusula abaixo, item 12.3.1.

Cláusula Décima Segunda **DOS PREÇOS, REAJUSTES E FORMA DE PAGAMENTO**

12.1. A contraprestação pecuniária que o (a) **CONTRATANTE** pagará à **CONTRATADA**, decorrente deste Contrato, denomina-se TAXA DE MANUTENÇÃO MENSAL, cujo valor corresponderá à faixa etária que cada **BENEFICIÁRIO** inscrito no presente contrato apresentar, cujo valor, nesta data, corresponde ao indicado na Proposta de Admissão e Ficha de Inscrição respectiva, além dos valores relativos à coparticipação sua e/ou dos Beneficiários devidamente inscritos no plano.

12.2. As Taxas de Manutenção Mensal - constarão na Proposta de Admissão e Ficha de Inscrição anexa ao Contrato e que pelas partes assinado, fica fazendo parte integrante do mesmo – devendo ser pagas pela cobertura assistencial - sendo cobradas pelo sistema de pré-pagamento.

12.2.1. A responsabilidade pelo pagamento total da contraprestação pecuniária (Taxa de Manutenção Mensal e Coparticipação) será do (a) **CONTRATANTE**.

12.3. A Taxa Mensal de Manutenção, que é cobrada pelo sistema de pré-pagamento, vencendo-se nas datas indicadas na Proposta de Admissão e Ficha de Inscrição, será reajustada, ANUALMENTE, NA DATA DE ANIVERSÁRIO DO CONTRATO, INDEPENDENTEMENTE da idade ou faixa etária em que se enquadrar o (a) **CONTRATANTE** e/ou seus dependentes inscritos no plano, se houver, nos termos da legislação vigente que regula a matéria, em conformidade com o índice AUTORIZADO pela ANS, ou, na sua falta, o presente contrato será reajustado pelo índice FIPE SAÚDE (Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas) acumulado nos últimos 12 (doze) meses, também na data de aniversário do contrato e, na sua falta, por outro índice que venha a substituí-lo.

12.3.1. Os valores/percentuais referentes à coparticipação serão reajustados anualmente em conformidade com o índice AUTORIZADO pela ANS, na data de aniversário do contrato, nas mesmas condições descritas na Cláusula imediatamente acima.

12.4. Os reajustes da Taxa Mensal de Manutenção serão efetivados nos termos da Lei 8.880/94, e legislação subsequente, anualmente. Entretanto, em havendo permissivo legal, desde já fica pactuado que a referida mensalidade será reajustada com a menor periodicidade legalmente permitida.

12.5. Além da modalidade de reajuste Anual estipulada acima, fica pactuado que a Taxa Mensal de Manutenção sofrerá, ainda, mais as seguintes majorações:

12.5.1. Em havendo alteração de faixa etária de qualquer beneficiário inscrito no presente Contrato, a Taxa Mensal de Manutenção será reajustada, automaticamente, no mês subsequente ao de seu aniversário, de acordo com os percentuais de reajuste discriminados na **TABELA DE FAIXAS ETÁRIAS** constante abaixo, em que será acrescentado o respectivo percentual sobre o valor da última Taxa de Manutenção Mensal:

	Faixa Etária	Acréscimos	Incidência
1	00 a 18 anos	Sem acréscimos	
2	19 a 23 anos	16,7%	Sobre o preço estabelecido para faixa 1
3	24 a 28 anos	16,7%	Sobre o preço estabelecido para faixa 2
4	29 a 33 anos	10,2%	Sobre o preço estabelecido para faixa 3
5	34 a 38 anos	16,7%	Sobre o preço estabelecido para faixa 4
6	39 a 43 anos	14,3%	Sobre o preço estabelecido para faixa 5
7	44 a 48 anos	22,5%	Sobre o preço estabelecido para faixa 6
8	49 a 53 anos	24,7%	Sobre o preço estabelecido para faixa 7
9	54 a 58 anos	32,7%	Sobre o preço estabelecido para faixa 8
10	59 anos ou mais	47,85%	Sobre o preço estabelecido para faixa 9

12.5.2. Fica estabelecido que o valor fixado para a faixa 10 (Dez) não poderá ser superior a 6 (seis) vezes o valor da faixa 1 (um) e que a variação acumulada entre a faixa 7 (sete) e a faixa 10 (dez), não poderá ser superior à variação acumulada entre a faixa 1 (um) e a faixa 7 (sete).

12.5.2.1. A variação do valor na contraprestação pecuniária não poderá atingir o usuário com mais de 60 (sessenta) anos de idade que participa de um plano ou seguro há mais de 10 (dez) anos, exclusivamente em relação ao reajuste por faixa etária.

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

12.7. Nenhum contrato poderá receber reajuste em periodicidade inferior a 12 (doze) meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária.

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

12.9. O não recebimento do carnê ou outro instrumento de cobrança não desobriga o (a) **CONTRATANTE** de efetuar o seu pagamento no prazo de vencimento mensal (seja referente à Taxa de Manutenção Mensal ou aos valores correspondentes à coparticipação). Assim, caso o (a) **CONTRATANTE** não receba o documento que possibilite realizar o pagamento de sua obrigação até 5 (cinco) dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo junto à **CONTRATADA** para que não se sujeite às consequências da mora.

12.9.1. Os pagamentos, seja referente à Taxa de Manutenção Mensal ou aos valores correspondentes à coparticipação, deverão ser feitos até o dia de vencimento, pactuado na Proposta de Admissão e Ficha de Inscrição anexa. No caso de a data de vencimento cair em dia feriado ou que não haja expediente bancário,

o pagamento poderá ser realizado no primeiro dia útil subsequente, na rede bancária indicada pela **CONTRATADA**, ou outras localidades, também por ela indicadas, sendo reconhecido como comprovante de pagamento qualquer documento determinado pela **CONTRATADA**.

12.9.2. O recebimento pela **CONTRATADA** de parcelas em atraso (seja referente à Taxa de Manutenção Mensal ou aos valores correspondentes à coparticipação), constituirá mera tolerância, não implicando em novação contratual ou transação.

12.10. O pagamento antecipado das taxas mensais de manutenção não elimina nem reduz os prazos de carência deste Contrato.

12.11. Em caso de atraso na liquidação (pagamento das Taxas de Manutenção Mensal e ou valores referentes à coparticipação, o (a) **CONTRATANTE**, deverá pagar uma multa moratória de 2% (dois por cento) do débito em aberto, e juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês, calculado dia a dia.

12.12. O pagamento da Taxa de Manutenção Mensal ou coparticipação referente a um determinado mês não significa estarem pagos ou quitados débitos anteriores.

12.13. O atraso no pagamento das Taxas de Manutenção Mensal do plano, por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do presente Contrato, implicará na sua rescisão de pleno direito, observado o disposto no subitem abaixo.

12.13.1. Para que a **CONTRATADA** possa rescindir o presente Contrato ao 60º (sexagésimo) dia de atraso, nos termos do que dispõe o subitem 12.13... supra, deverá notificar o (a) **CONTRATANTE**, da sua condição de inadimplência até o 50º (quingüagésimo) dia de atraso, cumulado ou consecutivo.

12.14. As segundas vias do cartão de identificação serão cobradas, pela **CONTRATADA**, de acordo com o valor praticado à época do evento.

Cláusula Décima Terceira
DA VIGÊNCIA, DA PRORROGAÇÃO,
DAS PENALIDADES E DA RESCISÃO DO CONTRATO

13.1. O presente contrato terá prazo de vigência mínima de 12 (doze) meses, contados a partir da data da assinatura do contrato, ou da Proposta de Admissão e Ficha de Inscrição, ou do pagamento da primeira mensalidade, o que ocorrer primeiro.

13.1.1. A renovação do presente contrato será automática e por prazo indeterminado, isento do pagamento de qualquer taxa ou outro valor em razão da renovação, desde que o (a) **CONTRATANTE** não manifeste o interesse pela denúncia do contrato, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

13.1.2. Junto com a Proposta de Admissão e Ficha de Inscrição o (a) **CONTRATANTE** e seus dependentes, se houver, deverá (ão) entregar o questionário de “Entrevista Qualificada”, devidamente respondido por cada beneficiário ou seu representante legal.

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

13.2.1. Nos casos de fraude comprovada na declaração de saúde, com o intuito de omitir a existência de doença e/ou lesão anterior à assinatura do contrato, após a apuração processual por parte da ANS;

13.2.2. Nos casos de atraso, por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do Contrato, na quitação das mensalidades do plano, desde que a **CONTRATADA** tenha notificado o (a) **CONTRATANTE**, sua condição de inadimplência até o 50º (quinquagésimo) dia de atraso, cumulado ou consecutivo.

13.3. De acordo com o disposto na Lei nº 9.656/98, a vigência mínima do presente contrato será de 12 (doze) meses, sendo certo que, em caso de rescisão contratual, antes de seu término de vigência, por iniciativa do (a) **CONTRATANTE**, este (a) fica obrigado (a) ao pagamento de multa equivalente a 10% (dez por cento) das mensalidades restantes para completar 12 (doze) meses de contrato.

13.3.1. A rescisão contratual, por iniciativa do (a) **CONTRATANTE**, somente poderá se dar mediante solicitação escrita a ser encaminhada à **CONTRATADA**, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias da data em que pretende ver rescindido o presente contrato.

13.4. O (A) **CONTRATANTE** admite a natureza da dívida líquida, certa e exigível, cobrável inclusive por processo de execução dos valores oriundos das suas taxas, do uso indevido, do excesso de permanência, por serviços não cobertos, por utilização dentro dos prazos de carências, referentes a este Contrato.

13.5. Além da rescisão acima descrita, nos casos de atraso, por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do Contrato, na quitação das mensalidades do plano, notificado o (a) **CONTRATANTE**, sua condição de inadimplência até o 50º (quinquagésimo) dia de atraso, cumulado ou consecutivo, a **CONTRATADA** reserva o direito de enviar os dados referentes ao inadimplemento do **CONTRATANTE** para Bancos Restritivos de Crédito ou Serviços de Proteção ao Crédito, em até 90 (noventa) dias após a rescisão do presente contrato, sem qualquer necessidade de interpeção, aviso ou comunicação quanto ao envio dos dados. Para tanto, o **CONTRATANTE** fica, desde já ciente, dando inclusive, sua anuência em relação ao aqui disposto. Caso ocorra alteração de endereço do **CONTRATANTE** sem prévio aviso à **CONTRATADA**, os Bancos ou Serviços de Proteção ao Crédito farão uso do último endereço fornecido, para todos os efeitos legais.

Cláusula Décima Quarta **DO TRATAMENTO DE DADOS**

14.1. Para fins deste contrato adota-se como conceito dos termos Dados Pessoais, Dados Pessoais Sensíveis, Dado Anonimizado, Titular dos Dados, Tratamento, Controlador, Operador, Autoridade Nacional de Dados e Incidentes, as definições previstas no artigo 5º da Lei nº 13.709/2018.

14.2. O tratamento de dados pela **CONTRATADA**, em especial, seu compartilhamento com as entidades da rede (prestadores de serviços de assistência à saúde, sejam pessoas físicas ou jurídicas) e Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS são imprescindíveis para a execução deste contrato, pelo que

qualquer manifestação contrária do (a) **CONTRATANTE** e/ou beneficiário, em relação a eles, inviabiliza a própria prestação de serviços.

14.3. A parte **CONTRATADA** se compromete a tratar os dados pessoais envolvidos na confecção e necessários à execução do presente contrato, única e exclusivamente para cumprir com a finalidade a que se destinam e em respeito a toda a legislação aplicável sobre segurança da informação, privacidade e proteção de dados, inclusive, mas não se limitando à Lei Geral de Proteção de Dados (Lei Federal nº 13.709/2018).

14.4. A **CONTRATADA** assegurará que os Dados Pessoais não sejam acessados, compartilhados ou transferidos para terceiros (incluindo subcontratados, agentes autorizados e afiliados) de forma a violar a finalidade de tratamento de dados previsto na execução deste contrato.

14.5. A **CONTRATADA** reconhece que os Dados Pessoais Sensíveis e Dados Pessoais de Crianças e Adolescentes estão sujeitos a um maior rigor legal e, portanto, exigem maior proteção técnica e organizacional. Assim, quando houver operações de Tratamento de Dados Pessoais Sensíveis e de Crianças e Adolescentes, deve ser garantido que as proteções técnicas apropriadas, aptas a manter a integridade, confidencialidade e segurança destas informações sejam implementadas. A **CONTRATADA** concorda em realizar o Tratamento de Dados Pessoais Sensíveis e de Crianças e Adolescentes apenas quando estritamente necessário para cumprir com as disposições contratuais.

14.6. A **CONTRATADA** é Controladora e Operadora dos Dados do beneficiário titular e dependentes em relação às atividades abaixo, mas, não limitadas a:

- a) Cadastramento do cartão nacional de saúde;
- b) Auditoria, de qualquer tipo, em especial, para imputação de Cobertura Parcial Temporária no caso de doenças ou lesões preexistentes no ato ou posteriormente à adesão do beneficiário ao contrato;
- c) Coleta de dados da Declaração de Saúde para eventual imputação de Cobertura Parcial Temporária – CPT;
- d) Estudo de dados para eventual abertura de processo administrativo na ANS em razão de dados informados na Declaração de Saúde;
- e) Emissão do cartão de identificação;
- f) Análise de carências;
- g) Recebimento dos dados pessoais para armazenamento nos sistemas da **CONTRATADA**, a fim de que seja possível a prestação de serviços;
- h) Recebimento, uso, análise, armazenamento, dos dados de eventos e procedimentos de saúde realizados pelo titular de dados na rede da **CONTRATADA**;
- i) Para os procedimentos internos de autorização ou negativa de cobertura de atendimentos assistenciais;
- j) Execução de perícia e junta médica;
- k) Atendimento de demandas, oriundas do legítimo interesse da **CONTRATADA** ou advindas dos beneficiários, prestadores de serviços de assistência à saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, inclusive com a possibilidade de compartilhamento de dados com Operadores contratados para esse tipo de serviço;

- l) Análises de segurança, prevenção de fraudes, segurança nos processos;
- m) Para fazer contatos telefônicos, envio de e-mails, SMS, contatos via aplicativos de mensagens, carta, atendimento pessoal nas unidades de atendimento;
- n) Recebimento, análise dos dados do ressarcimento ao SUS;
- o) Recebimento dos dados de execução do plano de saúde para a satisfação das necessidades dos titulares dos dados ou da **CONTRATADA** – em especial dados relacionados aos valores das mensalidades (faturas) e coparticipações - que poderão ser compartilhados entre as partes via e-mail, telefone, SMS, aplicativos de mensagens, carta, atendimento pessoal nas unidades de atendimento ou por quaisquer outros meios definidos formal ou tacitamente pelas partes;
- p) Recebimento, uso, armazenamento, análise, reprodução e todo e qualquer tratamento dos relatórios relacionados à execução do contrato de plano de saúde, inclusive contendo dados financeiros, de sinistralidade, coparticipação e etc.

14.7. A **CONTRATADA** adotará as melhores técnicas, processos, controles de acesso, treinamentos, campanhas educativas e quaisquer outras, a fim de evitar violação do sigilo dos dados de que trata a presente cláusula, arcando com os prejuízos a que der causa em razão de ações ou omissões quanto às obrigações contidas na Lei nº 13.709/2018.

14.8. O tratamento de dados pessoais e dados pessoais sensíveis é imprescindível para prestação dos serviços objeto deste contrato. O tratamento de dados ora mencionado está vinculado às seguintes finalidades:

- a) Para a própria contratação - a correta identificação dos beneficiários é primordial para a prestação de serviços. Os dados são preenchidos em documentos físicos ou eletrônicos e arquivados/armazenados em sistemas informatizados que dão suporte à rotina operacional da **CONTRATADA**;
- b) Comunicação para pagamento de mensalidades em atraso - a **CONTRATADA**, por si ou por intermédio de empresa terceirizada contratada para tal finalidade, poderá acionar o beneficiário para informar o atraso no pagamento de sua mensalidade, inclusive, destacando as consequências da falta de pagamento, tal como o cancelamento do plano de saúde e/ou a inclusão do seu nome no cadastro de inadimplentes;
- c) Consulta e inclusão de dados em cadastros de restrição ao crédito, por intermédio de empresa terceirizada prestadora de serviços da **CONTRATADA**, que atuará na qualidade de Operadora de Dados;
- d) Preenchimento da Declaração de Saúde - o beneficiário ou seu representante legal, em algumas situações, tem de preencher a Declaração de Saúde informando as doenças e lesões preexistentes de que saiba ser portador no momento da contratação. Os dados são preenchidos em documentos físicos e/ou eletrônicos e arquivados/armazenados em sistemas informatizados que dão suporte à rotina operacional da **CONTRATADA**;
- e) Análise de carência, Cobertura Parcial Temporária, análise dos dados da contratação com emissão de declarações, termos e assemelhados;
- f) Perícia Médica - a **CONTRATADA** pode requisitar que o beneficiário passe por perícia médica, onde serão gerados documentos físicos e/ou eletrônicos, ocasião na qual o médico perito pode pedir exames, laudos e outros documentos relacionados à saúde do beneficiário. Os dados são

- preenchidos em documentos físicos e/ou eletrônicos e arquivados/armazenados em sistemas informatizados que dão suporte à rotina operacional da **CONTRATADA**;
- g) Para a emissão dos cartões de identificação - com a contratação do plano de saúde cada beneficiário receberá um cartão, com um número de identificação específico, que será um dos responsáveis por identificá-lo;
 - h) Identificação do beneficiário - o beneficiário para fazer jus à prestação de serviços, quando de solicitações via telefone, e-mail, *chatbots*, aplicativos e outros canais de comunicação disponibilizados pela **CONTRATADA** ou por terceiros por ela contratados, poderá identificar-se civilmente por todo e qualquer documento que seja hábil para essa identificação, por intermédio de confirmação de dados cadastrais e cartão do plano de saúde;
 - i) Auditoria, a ser realizada por, mas, não se limitando a médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, fonoaudiólogos, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais, para investigação de doenças ou lesões preexistentes não comunicadas no ato da adesão ao contrato, segurança do paciente, análise da obrigatoriedade de cobertura de procedimento, busca de leitos, aquisição de órteses/próteses e materiais especiais, monitoramento de epidemias/pandemias e dados epidemiológicos, análise sobre a prestação de serviços da rede prestadora, otimização de atendimento, conferência de contas, estudos sobre fraudes e desperdício de recursos;
 - j) Auditoria e avaliações *in loco* de beneficiários – a **CONTRATADA** por intermédio de seus funcionários ou empresa especializada terceirizada, poderá realizar auditorias e avaliações *in loco*, na busca por garantir a cobertura do melhor tratamento/atendimento ao beneficiário. As auditorias e avaliações mencionados neste item poderão ser realizadas por, mas, não se limitando a profissionais médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, fonoaudiólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e etc. Os dados obtidos das auditorias e avaliações poderão ser compartilhados com empresas ou profissionais prestadores de serviços assistenciais, uma vez que a **CONTRATADA**, na qualidade de Operadora de Plano de Saúde, não realiza o tratamento/atendimento de seus beneficiários, mas, sim, garante a cobertura dos mesmos;
 - k) Realização de contatos telefônicos, envio de e-mails, mensagens por aplicativos, SMS, cartas ou atendimento presencial em uma das unidades de atendimento da **CONTRATADA**, para solução de demandas/requisições oriundas do próprio beneficiário, da rede prestadora de serviços assistenciais ou oriundas do legítimo interesse da **CONTRATADA**;
 - l) Acesso a dados para solução de demandas requeridas pelo próprio beneficiário com o compartilhamento de dados com entidades da rede assistencial credenciada ou não à **CONTRATADA**;
 - m) Todos os dados necessários para os eventos de cobrança e pagamento das mensalidades e coparticipações do plano de saúde, assim como eventuais reembolsos, conforme solicitação aberta pelo beneficiário. A **CONTRATADA** pode fazer estudos, relatórios, painéis informativos sobre toda a movimentação de receitas e despesas dos planos de saúde;
 - n) Auditoria/Análise das contas dos atendimentos assistenciais enviadas pelos prestadores de serviços credenciados ou não à **CONTRATADA** (hospitais, laboratórios, clínicas e outros), as quais são abertas, com discriminação de item a item, procedimento a procedimento, e servem como forma de remuneração dos mencionados prestadores;
 - o) Cumprimento de obrigações regulatórias junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar, tais como, mas não se limitando ao envio do SIB (Sistema de Informação de Beneficiários), envio

- do TISS (Troca de Informações de Saúde Suplementar), envio do SIP (Sistema de Informações de Produtos), envio do DIOPS (Documento de informações periódicas das Operadoras de Planos de Saúde) e/ou novas obrigações requeridas pelo Órgão Regulador;
- p) Garantir a cobertura assistencial, por intermédio dos hospitais pertencentes ao denominado Sistema Abrange, aos beneficiários que estejam em trânsito, fora da área de abrangência do plano de saúde, nas hipóteses de atendimentos caracterizados como urgência e/ou emergência – para tanto, faz necessário a troca de informações entre **CONTRATADA**, hospital prestador do serviço, Operadora prestadora do serviço (intermediária) e a Abrange – Associação Brasileira de Plano de Saúde;
 - q) Preenchimento de guias físicas e eletrônicas de solicitação de procedimentos, sua análise e/ou auditoria, armazenamento e estudos relacionados - as quais são remetidas para a **CONTRATADA**, para verificação de conformidade contratual com o Rol de Procedimentos e Eventos da Agência Nacional de Saúde Suplementar e/ou suas Diretrizes de Utilização;
 - r) Análise de relatórios, prontuários, laudos, pareceres, atestados, declarações, justificativas/detalhamento de procedimentos ou medicamentos emitidos por profissionais credenciados ou não à **CONTRATADA** - para subsidiar os processos de autorização e quaisquer outros necessários para a execução do contrato de plano de saúde, inclusive compartilhando os referidos documentos com terceiros (prestadores de serviços da **CONTRATADA**) para emissão de pareceres técnicos;
 - s) Avaliações, estudos, análises, construção de indicadores, levantamento de custos, sinistralidade, eventos que sejam necessários para a realização da atividade empresarial da **CONTRATADA**, pagamento de prestadores de serviços (rede e outros), elaboração de orçamentos, estudos e regras contábeis, provisões técnicas e financeiras;
 - t) Para o cumprimento de leis, regulamentos, normas, recomendações, portarias e assemelhados;
 - u) Para a realização de auditorias de processos - essas auditorias têm por objetivo a melhoria contínua, aprimoramento constante na área assistencial, de segurança, prevenção de fraude, atendimento ao cliente, ouvidoria, governança e segurança do beneficiário;
 - v) Investigação de fraudes, controles de acessos, segurança eletrônica, desenvolvimento de sistemas/algoritmos para otimização dos serviços prestados objetos deste contrato;
 - w) Processo de aferição do valor a ser pago de coparticipações, emissão dos competentes documentos de cobrança (boletos, extratos de utilização/relatórios de utilização) elaboração e confecção da carteira de identificação do plano e quaisquer outros relatórios que sejam necessários para alcançar o escopo da atividade;
 - x) Para uso em respostas à ofícios, notificações, contranotificações, intimações, citações ou quaisquer atos oficiais de autoridades, entidades ou órgãos públicos, bem como, defesas no âmbito judicial e administrativo, tal como em sede de Notificação de Investigação Preliminar, processos administrativos em qualquer instância e impugnações/recursos de cobranças relativas ao Ressarcimento ao SUS;
 - y) Para instauração/condução de ações judiciais, processos administrativos, ofícios a entidades públicas ou privadas e órgãos públicos;
 - z) Alimentação de sistemas informatizados, aplicativos com resultados de exames, laudos, dados de saúde e todas as demais movimentações ou solicitações relacionadas ao contrato de plano de saúde;
 - aa) Divulgação e/ou oferta de produtos, serviços e benefícios oferecidos pela **CONTRATADA**;

- bb)** Divulgação e/ou oferta de participação em eventos, programas sociais ou assistenciais, grupos de apoio e cursos educacionais aos quais a **CONTRATADA** seja idealizadora ou participante;
- cc)** Acompanhamento/monitoramento e auditoria de planos terapêuticos, inclusive, quando necessário para tanto, realizando o compartilhamento de dados com terceiros – profissionais da área da saúde credenciados ou não a **CONTRATADA** – na busca por garantir a cobertura do melhor tratamento/atendimento ao beneficiário;
- dd)** Remoção de beneficiários entre estabelecimentos de saúde, por meio de transporte terrestre em UTI Móvel, nos termos da regulação vigente.

14.9. O (A) **CONTRATANTE** está ciente da existência do canal de e-mail: dpo@bensaude.com.br para contato com o Encarregado de Proteção de Dados da **CONTRATADA** nas hipóteses de notificações, comunicados, denúncias e sugestões.

Cláusula Décima Quinta **DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

15.1. A **CONTRATADA** não se responsabilizará por qualquer procedimento do beneficiário que contrarie as normas e rotinas contidas neste Contrato, bem como nas correspondências que complementarmente vierem a ser trocadas entre as partes **CONTRATANTES**.

15.2. Modificações das Cláusulas deste Contrato serão admitidas APENAS POR ADITAMENTO AO CONTRATO, DESDE QUE NÃO VIOLE AS DISPOSIÇÕES LEGAIS E NORMATIVAS DA ANS.

14.3. Os casos omissos no presente instrumento contratual serão resolvidos de comum acordo entre as partes **CONTRATANTES**.

15.4. Nos termos da legislação vigente que regulamenta a matéria, as partes **CONTRATANTES** se comprometem a agir de acordo com os princípios éticos, estabelecidos na Resolução CFM nº 2.217 de 01 de novembro de 2018, principalmente no que se refere ao sigilo médico.

15.5. A inserção de mensagens nos avisos bancários de pagamento das mensalidades ou correspondências anexas a esta, serão consideradas, para todos os efeitos, como forma inequívoca de comunicação aos beneficiários, acerca de assuntos relativos à presente contratação.

15.6. Este contrato, bem como os demais documentos dele integrantes, acha-se devidamente protocolados e arquivados na ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Cláusula Décima Sexta **DA ABRANGÊNCIA**

16.1. As partes reconhecem, para os devidos fins de direito, que a área geográfica de abrangência do presente Contrato é de GRUPO DE MUNICÍPIOS e inclui os municípios de Jales, Mirassol, Santa Fé do Sul e São José do Rio Preto localizadas no estado de São Paulo e Aparecida do Taboado, Cassilândia e Paranaíba, localizadas no estado do Mato Grosso do Sul.

Cláusula Décima Sétima
DO FORO

17.1. As partes elegem, o Foro da Comarca do domicílio do (a) **CONTRATANTE** para dirimir qualquer dúvida ou demanda judicial a respeito do presente Contrato.

SEM EFEITO *
Para simples conferência, válido após sua celebração

ANEXO I

TABELA DE COPARTICIPAÇÃO DOS PRODUTOS BEM FÁCIL COPARTICIPATIVO PRATA E OURO

Coparticipação é a participação financeira na despesa assistencial a ser paga pelo Beneficiário diretamente ao Bensaúde. Os valores incidirão sobre CADA consulta, exame, terapia, procedimento medicamentos antineoplásicos e internação.

A coparticipação não é paga no momento da realização do procedimento, e deverá ser cobrada posteriormente, junto com a Taxa de Manutenção Mensal do plano contratado.

A Tabela de Coparticipação Exemplificativa com a descrição dos procedimentos e os respectivos valores em moeda corrente, serve como base para identificação dos valores dos procedimentos, exames, internações, consultas, medicamentos antineoplásicos e terapias, encontrando-se disponível no site www.bensaude.com.br, no link http://www.bensaude.com.br/bem_facil_coparticipacao, local em que estão definidos os Exames de Baixo, Médio e Alto Custo.

Observações:

Os reajustes dos valores dar-se-ão conforme estabelecido em contrato.

Os valores relativos a exames/procedimentos, já contemplam os medicamentos inerentes aos procedimentos citados.

As coberturas estão sujeitas às condições contratuais, ficando assegurada a garantia de cobertura de todos os procedimentos previstos no Rol de Procedimento e Eventos emanado da ANS, desde que ocorridos dentro da Rede Credenciada e da Área de Abrangência Geográfica do produto e dentro dos parâmetros definidos contratualmente.



Operadora: Bensaúde Plano de Assistência Médica
Hospitalar Ltda.

CNPJ: 02.849.393/0001-38

Nº de registro na ANS: 36656-1

Nº de registro do produto: 471.897/14-6 e 471.896/14-8

Site: <http://www.bensaude.com.br>

Tel.: (17) 3214-6499

Guia de Leitura Contratual

		<i>Página do Contrato</i>
CONTRATAÇÃO	Determina se o plano destina-se à pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser individual/familiar, Coletivo por Adesão ou Coletivo Empresarial.	01
SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL	Define a amplitude da cobertura assistencial do plano de saúde. A segmentação assistencial é categorizada em: referência, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, ambulatorial, odontológica e suas combinações.	01
PADRÃO DE ACOMODAÇÃO	Define o padrão de acomodação para o leito de internação nos planos hospitalares; pode ser coletiva ou individual.	01, 15 e 16
ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA E ATUAÇÃO	Área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. À exceção da nacional, é obrigatória a especificação nominal do (s) estado (s) ou município (s) que compõem as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal.	01 e 28
COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura mínima obrigatória, e no contrato firmado com a operadora, conforme a segmentação assistencial do plano contratado. O beneficiário deve analisar detalhadamente as coberturas a que tem direito.	05, 06, 07, 08, 09, 10, 11, 12, 13 e 14
EXCLUSÕES DE COBERTURAS	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário não tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar, conforme a segmentação assistencial do plano contratado.	14 e 15
DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES (DLP)	Doenças e lesões preexistentes – DLP – são aquelas existentes antes da contratação do plano de saúde, e que o beneficiário ou seu responsável saiba ser portador.	12, 13 e 14
CARÊNCIAS	Carência é o período em que o beneficiário não tem direito a cobertura após a contratação do plano. Quando a operadora exigir cumprimento de carência, este período deve estar obrigatoriamente escrito, de forma clara, no contrato. Após cumprida a carência, o beneficiário terá acesso a todos os procedimentos previstos em seu contrato e na legislação, exceto eventual cobertura parcial temporária por DLP.	18 e 19
MECANISMOS DE REGULAÇÃO	São os mecanismos financeiros (franquia e/ou coparticipação), assistenciais (direcionamento e/ou perícia profissional) e/ou administrativos (autorização prévia) que a operadora utiliza para gerenciar a demanda e/ou utilização dos serviços de saúde.	08, 09, 16, 17, 19 e 20



Operadora: Bensaúde Plano de Assistência Médica
Hospitalar Ltda.

CNPJ: 02.849.393/0001-38

Nº de registro na ANS: 36656-1

Nº de registro do produto: 471.897/14-6 e 471.896/14-8

Site: <http://www.bensaude.com.br>

Tel.: (17) 3214-6499

VIGÊNCIA	Define o período em que vigorará o contrato.	22 e 23
RESCISÃO/ SUSPENSÃO	A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.	22 e 23
REAJUSTE	O reajuste por variação de custos é o aumento anual de mensalidade do plano de saúde em razão de alteração nos custos, ocasionada por fatores tais como inflação, uso de novas tecnologias e nível de utilização dos serviços. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário.	20, 21 e 22
CONTINUIDADE NO PLANO COLETIVO EMPRESARIAL (ART. 30 E 31 DA LEI Nº 9.656/1998)	A existência da contribuição do empregado para o pagamento da mensalidade do plano de saúde, regular e não vinculada à coparticipação em eventos, habilita ao direito de continuar vinculado por determinados períodos ao plano coletivo empresarial, nos casos de demissão sem justa causa ou aposentadoria, observadas as regras para oferecimento, opção e gozo, previstas na Lei e sua regulamentação.	Não se aplica

Para informar-se sobre estes e outros detalhes do contrato, o beneficiário deve contatar sua operadora.
Permanecendo dúvidas, pode consultar a ANS pelo site www.ans.gov.br ou pelo
Disque –ANS (0800-701-9656)

ESTE GUIA NÃO SUBSTITUI A LEITURA INTEGRAL DO CONTRATO.

O Guia de Leitura Contratual é uma exigência da Resolução Normativa 195/2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar.



Ministério
da Saúde



Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)
Av. Augusto Severo, 84 – Glória – CEP 20021-040
Rio de Janeiro – RJ

Disque –ANS: 0800 701 9656
www.ans.gov.br
Ouvidoria@ans.gov.br



Operadora: Bensaúde Plano de Assistência Médica Hospitalar Ltda
 CNPJ: 02.849.393/0001-38
 Nº de registro na ANS: 36656-1
 Site: <http://www.bensaude.com.br>
 Tel.: (17) 3214-6499

Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde

Diferenças entre planos individuais e coletivos.

Os planos com contratação individual ou familiar são aqueles contratados diretamente da operadora de planos de saúde: é o próprio beneficiário quem escolhe as características do plano a ser contratado.

Os planos com contratação coletiva são aqueles em que o beneficiário ingressa no plano de saúde contratado por uma empresa ou órgão público (coletivo empresarial); associação profissional, sindicato ou entidade assemelhada (coletivo por adesão). Nos planos coletivos é um representante dessas pessoas jurídicas contratantes, com a participação ou não de uma administradora de benefícios, que negocia e define as características do plano a ser contratado. Assim, é importante que o beneficiário antes de vincular-se a um plano coletivo, em especial o por adesão, avalie a compatibilidade entre os seus interesses e os interesses da pessoa jurídica contratante.

Aspectos a serem observados na contratação ou ingresso em um plano de saúde.

CARÊNCIA	PLANOS INDIVIDUAIS OU FAMILIARES	
	É permitida a exigência de cumprimento de período de carência nos prazos máximos estabelecidos pela Lei nº 9.656/1998: 24h para urgência/emergência, até 300 dias para parto a termo e até 180 dias para demais procedimentos.	
	PLANOS COLETIVOS	
	Coletivo Empresarial	
	Com 30 participantes ou mais	Não é permitida a exigência de cumprimento de carência, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante.
	Com menos de 30 participantes	É permitida a exigência de cumprimento de carência nos mesmos prazos máximos estabelecidos pela lei.
	Coletivo por Adesão	
Não é permitida a exigência de cumprimento de carência desde que o beneficiário ingresse no plano em até trinta dias da celebração do contrato firmado entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde. A cada aniversário do contrato será permitida a adesão de novos beneficiários sem o cumprimento de carência, desde que: (1) os mesmos tenham se vinculado à pessoa jurídica contratante após os 30 dias da celebração do contrato e (2) tenham formalizado a proposta de adesão até 30 dias da data de aniversário do contrato.		
COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)	Sendo constatado no ato da contratação que o beneficiário tem conhecimento de doença ou lesão preexistente (DLP), conforme declaração de saúde, perícia médica ou entrevista qualificada e Carta de Orientação ao Beneficiário de entrega obrigatória, a operadora poderá oferecer cobertura total, após cumpridas eventuais carências, sem qualquer ônus adicional para o beneficiário. Caso a operadora opte pelo não oferecimento de cobertura total, deverá neste momento, oferecer a Cobertura Parcial Temporária (CPT) que é a suspensão, por até 24 meses, das coberturas para procedimentos de alta complexidade, internações cirúrgicas ou em leitos de alta tecnologia, relacionados exclusivamente à DLP declarada. Como alternativa a CPT é facultado à operadora oferecer o Agravo, que é um acréscimo no	

COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)	valor da mensalidade paga ao plano privado de assistência à saúde para que o mesmo tenha acesso regular à cobertura total, desde que cumpridas as eventuais carências. A operadora de planos de saúde não pode negar a cobertura de procedimentos relacionados a DLP não declaradas pelo beneficiário antes do julgamento de processo administrativo na forma prevista pela RNº 162/2007.	
	Coletivo Empresarial	
	Com 30 participantes ou mais	Não é permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravo, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante.
	Com menos de 30 participantes	É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravo.
	Coletivo por Adesão	
É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravo, independente do número de participantes.		

MECANISMOS DE REGULAÇÃO
É importante que o beneficiário verifique: (1) se o plano a ser contratado possui coparticipação e/ou franquia. Em caso positivo, é obrigatório constar no contrato quais os serviços de saúde e como será a sua participação financeira. (2) como é o acesso aos serviços de saúde, no plano que deseja contratar. Exigência de perícia por profissional de saúde, autorização administrativa prévia e/ou direcionamento a prestadores só são permitidas se houver previsão em contrato.

REAJUSTE	Os planos individuais ou familiares precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual, exceto para os de cobertura exclusivamente odontológica que devem ter cláusula clara elegendo um índice de preços divulgado por instituição externa. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário, segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contrato e atendendo a RN nº 63/2003.
	Os planos coletivos não precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual. Assim, nos reajustes aplicados às mensalidades dos contratos coletivos, prevalecerá o disposto no contrato ou índice resultante de negociação entre as partes contratantes (operadora de plano de saúde e pessoa jurídica), devendo a operadora obrigatoriamente comunicar os reajustes à ANS. O beneficiário deverá ficar atento à periodicidade do reajuste que não poderá ser inferior a 12 meses, que serão contados da celebração do contrato ou do último reajuste aplicado e não do ingresso do beneficiário ao plano. Embora não haja a necessidade de prévia autorização da ANS, esta faz um monitoramento dos reajustes anuais aplicados nos contratos coletivos. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário, segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contrato e atendendo a RN nº 63/2003.

ALTERAÇÕES NA REDE ASSISTENCIAL DO PLANO
Alterações na rede de prestadores de serviço devem ser informadas pela operadora, inclusive as inclusões. No caso de redimensionamento por redução de prestador hospitalar, a alteração necessita ser autorizada pela ANS antes da comunicação aos beneficiários. Esta comunicação deve observar 30 dias de antecedência no caso de substituição de prestador hospitalar para que a equivalência seja analisada pela ANS.

VIGÊNCIA	A vigência mínima do contrato individual ou familiar é 12 meses com renovação automática.
	A vigência mínima do contrato coletivo é negociada e tem renovação automática.
REGRAS DE RESCISÃO E/OU SUSPENSÃO	Nos planos individuais ou familiares a rescisão ou suspensão contratual unilateral por parte da Operadora somente pode ocorrer em duas hipóteses: por fraude; e/ou por não pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o beneficiário seja comprovadamente notificado até o 50º dia de inadimplência.
	Nos planos coletivos as regras para rescisão ou suspensão contratual unilateral são negociadas entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde. É importante que o beneficiário fique atento às regras estabelecidas no seu contrato. A rescisão unilateral imotivada, por qualquer das partes, somente poderá ocorrer após a vigência do período de 12 meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de 60 dias. Na vigência do contrato e sem anuência da pessoa jurídica contratante, a operadora só pode excluir ou suspender assistência à saúde de beneficiário em caso de fraude ou perda do vínculo de titular ou de dependência.

Perda da condição de beneficiário nos planos coletivos

Nos planos coletivos os beneficiários titulares e seus dependentes podem ser excluídos do plano de saúde, que continua vigente, quando perdem o vínculo com a pessoa jurídica contratante, ou seja, com o sindicato, associação profissional ou congênere, órgão público ou empresa.

Direitos dos artigos 30 e 31, da Lei nº 9656/1998, nos planos coletivos empresariais

Nos planos coletivos empresariais em que há participação financeira do beneficiário no pagamento da mensalidade, regular e não vinculada à coparticipação em eventos, é assegurado ao mesmo o direito de permanência neste plano coletivo no caso de demissão sem justa causa ou aposentadoria. No caso de morte do titular demitido ou aposentado em gozo do benefício decorrente dos artigos 30 e 31 é assegurada a permanência do grupo familiar. O beneficiário tem um prazo máximo de 30 dias, após seu desligamento, para se manifestar junto à empresa/órgão público, com a qual mantinha vínculo empregatício ou estatutário, sobre a sua vontade de permanecer no plano de saúde. O beneficiário assume integralmente o pagamento da mensalidade quando opta pela permanência.

O período de manutenção da condição de beneficiário do plano é de 6 meses no mínimo, e proporcional ao período em que o mesmo permaneceu vinculado e contribuindo para o plano de saúde como empregado ou servidor. Salientamos que o beneficiário perde o direito de permanência no plano de saúde do seu ex-empregador ou órgão público quando da sua admissão em um novo emprego ou cargo.

Direito de migrar para plano individual ou familiar aproveitando carência do plano coletivo empresarial

Os beneficiários de planos coletivos empresariais que tiverem o benefício de plano de saúde extinto, terão o direito de se vincular a um plano da mesma operadora com contratação individual ou familiar, sem a necessidade de cumprimento de novos prazos de carência. Essa prerrogativa não se aplica aos planos de autogestões.

A condição para exercer esse direito é que a operadora comercialize plano individual ou familiar. O beneficiário tem um prazo máximo de 30 dias, após a extinção do benefício, para contratar, junto à operadora, o plano individual ou familiar. Esse direito não existe caso tenha havido apenas a troca de operadora por parte do contratante (órgão público ou empresa).

Cobertura e segmentação assistencial

Define o tipo de assistência à qual o beneficiário terá direito. Os planos podem ter assistência ambulatorial, hospitalar, obstétrica e odontológica. Essas assistências à saúde isoladas ou combinadas definem a segmentação assistencial do plano de saúde a ser contratado pelo beneficiário. A Lei 9.656/1998 definiu como referência o plano com assistência ambulatorial, hospitalar, obstétrica e urgência/emergência integral após 24h, em acomodação padrão enfermagem.

O contrato pode prever coberturas mais amplas do que as exigidas pela legislação, mas as exclusões devem estar limitadas às previstas na Lei nº 9.656/1998.

A cobertura para acidente do trabalho ou doença profissional em planos coletivos empresariais é adicional e depende de contratação específica.

Abrangência geográfica

Aponta para o beneficiário a área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. A abrangência geográfica pode ser nacional, estadual, grupo de estados, municipal ou grupo de municípios.

Área de atuação

É a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõem as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal.

É importante que o beneficiário fique atento a estas informações, uma vez que as especificações da área de abrangência e da área de atuação do plano, obrigatoriamente, devem constar no contrato de forma clara.

Administradora de Benefícios

Quando houver participação Administradora de Benefícios na contratação de plano coletivo empresarial, a verificação do número de participantes para fins de carência ou CPT considerará a totalidade de participantes eventualmente já vinculados ao plano estipulado.

Se a contratação for de plano coletivo por adesão, para fins de carência considerar-se-á como data da celebração do contrato coletivo a data de ingresso da pessoa jurídica contratante ao contrato estipulado pela Administradora de Benefícios.

Para informar-se sobre estes e outros detalhes da contratação de planos de saúde, o beneficiário deve contatar a operadora. Permanecendo dúvidas, pode consultar a ANS pelo site www.ans.gov.br ou pelo Disque -ANS (0800-701-9656).

ESTE MANUAL NÃO SUBSTITUI O CONTRATO.

O Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde é uma exigência da Resolução Normativa 195/2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar.



Ministério
da Saúde



Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)
Av. Augusto Severo, 84 – Glória – CEP 20021-040
Rio de Janeiro - RJ

Disque – ANS: 0800 701 9656
www.ans.gov.br
Ouvidoria@ans.gov.br

ANS Nº36656-1