
1 CLÁUSULA PRIMEIRA QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA

1.1– INTERCLÍNICAS DO BRASIL ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA, Tem como nome comercial INTERCLINICAS com sede administrativa localizada no município de São Paulo, no Estado de São Paulo, á AV Itaquera 2595 cj 03 cep 03526 000 Talarico SP, devidamente inscrita no Ministério da Fazenda sob numero de CNPJ 22.694 698/0001-25 classificada como Medicina de Grupo, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar **420 841** qualificada na Proposta Contratual e neste ato devidamente representada na forma de seus atos constitutivos, doravante designada INTERCLINICAS.

2 CLÁUSULA SEGUNDA QUALIFICAÇÃO DA CONTRATANTE

2.1– A CONTRATANTE é a pessoa jurídica, ou pessoa física qualificada e identificada conforme dados constantes na proposta contratual, que é parte integrante deste instrumento contratual, e que mantém na condição de BENEFICIÁRIOS a população que com ela mantém vínculo de caráter empregatício estatutário ou familiar, definidos nos termos da cláusula 10.2.

2.2– A CONTRATANTE deve incluir, na data de início da vigência deste contrato, no mínimo 2 (dois) BENEFICIÁRIOS entre titulares e dependentes e até o máximo de 99 (noventa e nove) BENEFICIÁRIOS, sendo esta quantidade mínima condição para início e manutenção do contrato.

2.3 - É BENEFICIÁRIO titular a pessoa habilitada como tal na Proposta Contratual ou que venha a ser incluída posteriormente, que mantenha com a CONTRATANTE relação empregatícia, estatutária ou familiar, de acordo com as condições previstas neste contrato.

2.4– É BENEFICIÁRIO dependente, a pessoa vinculada ao BENEFICIÁRIO titular, tal como definido na cláusula 10, deste contrato.

2.5– No conjunto, tanto os titulares como os dependentes serão denominados, simplesmente, BENEFICIÁRIOS.

3 CLÁUSULA TERCEIRA NOME COMERCIAL E NUMERO DE REGISTRO NO PLANO DA ANS

3.1- Os planos da INTERCLINICAS, indicados a seguir, asseguram a cobertura de custos de despesas médicas e hospitalares na rede credenciada, mediante pagamento por contra e ordem do BENEFICIÁRIO ou o reembolso, quando este for previsto no plano escolhido pela CONTRATANTE, no momento da assinatura da Proposta Contratual.

3.2- A escolha do plano será feita exclusivamente entre os planos oferecidos na Proposta Contratual e Tabela de Vendas vigente na região de atuação correspondente ao endereço da CONTRATANTE, selecionados entre as seguintes opções:

3.2.1 – Plano REFERÊNCIA:

Plano VIP (REFERÊNCIA), segmentação assistencial Referência (Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia e acomodação padrão de quarto coletivo), rede credenciada no orientador médico INTERCLINICAS e reembolso com abrangência geográfica nacional, acomodação quarto coletivo não havendo previsão de nenhuma modalidade de reembolso. O plano INTERCLINICAS REFERÊNCIA sujeita-se aos programas especiais de Atendimento e Direcionamento, nos termos da cláusula 18.4.1.

Plano ESPECIAL , segmentação assistencial Referência (Ambulatorial + Hospitalar sem Obstetrícia e acomodação padrão de quarto coletivo), rede credenciada no orientador médico,e reembolso com abrangência geográfica nacional, acomodação quarto coletivo este plano tem previsão atendimento com a modalidade de reembolso. O plano PLENO sujeita-se aos programas especiais de Atendimento e Direcionamento, nos termos da cláusula 18.4.1.

Plano PLENO, segmentação assistencial Referência (Ambulatorial, atendimento em rede credenciada, reembolso de despesas ambulatoriais somente para atendimentos em urgências e emergências quando utilizada fora da abrangência geográfica, conforme normas e cláusulas de atendimento em anexo a este contrato com abrangência geográfica nacional,

3.3 – O número de registro da ANS de cada plano consta descrito na Proposta Contratual, que é peça integrante deste instrumento contratual para todos os fins de direito.

4 CLÁUSULA QUARTA TIPO DE CONTRATAÇÃO

4.1 - O tipo de contratação deste plano é Coletivo Empresarial, ou Coletivo Grupo Familiar, ou seja, aquele que oferece cobertura de atenção prestada ao BENEFICIÁRIO que integre uma população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária, definido nos termos da cláusula 10.2. ou vinculada por relação de consanguinidade – parentesco direto

5 CLÁUSULA QUINTA SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO E SAÚDE

5.1 – A segmentação assistencial dos planos incluídos neste contrato segue as alternativas previstas na legislação vigente e as especificações contidas na cláusula que trata de nome comercial e número de registro de plano na ANS, estabelecidos no item 3.2.:

- a) Segmentação Referência (Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia e acomodação padrão de enfermaria).
- b) Segmentação Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia.

c) Segmentação Ambulatorial + Hospitalar sem Obstetrícia.

6 CLÁUSULA SEXTA ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE

6.1 – Com base na lei nº 9.656/98 e regulamentações, as coberturas previstas neste contrato serão efetuadas em toda a rede credenciada na abrangência geográfica especificada para cada plano listado na cláusula terceira em consonância com a classificação estabelecida na legislação vigente.

6.2 – A INTERCLINICAS disponibilizará Orientador Médico de cada plano com a lista de todos os prestadores – médicos, clínicas, laboratórios e hospitais, com os serviços de especialidades, de acordo com sua rede de atendimento aos quais poderá ter acesso sem precisar solicitar reembolso de despesas.

7 CLÁUSULA SÉTIMA ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE

7.1 – As áreas de comercialização dos planos INTERCLINICAS são somente aquelas onde a INTERCLINICAS tem filiais operacionais ou sede, distribuídas no território nacional para os produtos comercializados vigentes na época da contratação.

8 CLÁUSULA OITAVA PADRÃO DE ACOMODAÇÃO

8.1 – O BENEFICIÁRIO terá direito, em caso de internação hospitalar, à cobertura para acomodação coletiva (enfermaria) ou privativa (quarto ou apartamento), de acordo com o plano contratado.

8.1.1 - Havendo disponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos credenciados pelo plano, é garantido ao consumidor o acesso à acomodação, em nível superior, sem ônus adicional.

8.2 – O BENEFICIÁRIO que optar por internação hospitalar em acomodação superior à do seu plano, se tornará direta e unicamente o responsável pelas despesas complementares dos serviços médicos e hospitalares (diferença de acomodação e honorários médicos).

8.2.1 - Os valores da diferença serão acertados diretamente pelo BENEFICIÁRIO com o serviço/hospital e a equipe médica assistente.

9 CLÁUSULA NONA ATRIBUTOS DO CONTRATO

9.1 – A INTERCLINICAS, operadora de planos privados de assistência à saúde, de acordo com o § 1º, do artigo 1º, da Lei nº 9.656/98, compromete-se, nos termos do plano escolhido, a cobrir os custos das despesas correspondentes aos serviços médico-hospitalares previstos no Rol de Procedimentos e suas Diretrizes, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e vigente à época do evento para tratamento de todas

as doenças da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde. Os serviços serão prestados por terceiros aos BENEFICIÁRIOS do contrato obedecendo à rede credenciada do plano escolhido, aos limites de reembolso, caso esse se aplique ao plano escolhido, à abrangência contratual, aos parâmetros estabelecidos pela legislação vigente e às demais condições, exclusões e limites definidos neste contrato.

9.2 – O presente Contrato de Cobertura de Custos Médicos e Hospitalares reveste-se de características bilateral, gerando direitos e obrigações às partes, sendo um contrato aleatório, de adesão, na forma do disposto no artigo 5, do Código de Defesa do Consumidor, e nos artigos 458 a 461, do Código Civil de 2002, assumindo o BENEFICIÁRIO o risco de não vir a existir a cobertura da referida assistência, pela inocorrência do evento do qual será gerada a obrigação da INTERCLINICAS em garanti-la ou em razão de o evento não constar do Rol de Procedimentos e suas Diretrizes, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), vigente.

9.3 – Este contrato é regido pela Lei nº 9.656/98 e regulamentação setorial vigente, bem como subsidiariamente pelo Código de Defesa do Consumidor e pelo Código Civil de 2002.

10 CLÁUSULA DE ADMISSÃO

10.1 – São considerados, BENEFICIÁRIOS deste contrato todos aqueles comprovadamente elegíveis e que forem expressamente nomeados pela CONTRATANTE e cadastrados pela INTERCLINICAS, de acordo com as normas estabelecidas neste contrato.

10.1.1 – À INTERCLINICAS é concedido o prazo de 15 (quinze) dias, contados a partir do recebimento da Proposta Contratual ou da Solicitação de Inclusão de BENEFICIÁRIOS prevalecendo, após a aceitação, a data de inclusão indicada na solicitação mencionada.

10.2 – Poderão ser incluídos como BENEFICIÁRIOS, as seguintes pessoas físicas que mantenham vínculo com a CONTRATANTE:

I - a população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária; ou a população com vínculos de grupo familiar.

II – os sócios da pessoa jurídica contratante;

III – os administradores da pessoa jurídica contratante;

IV – os agentes políticos;

V – os trabalhadores temporários;

VI – os estagiários e menores aprendizes;

VII – demitidos ou aposentados que tenham sido vinculados à pessoa jurídica contratante por relação empregatícia ou estatutária, ressalvado o disposto no caput dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998.

10.2.1 – São considerados BENEFICIÁRIOS, dependentes, com relação ao BENEFICIÁRIO titular, podendo ser incluídos apenas no mesmo plano do BENEFICIÁRIO titular, as seguintes pessoas:

a) Esposa(o) ou companheira(o), comprovada a relação estável pelos documentos pertinentes, respeitado a conceito de família previsto no artigo 226, parágrafo 3º, da Constituição da República Federativa do Brasil.

b) Os(as) filhos(as) com idade de até 58 (cinquenta e oito) anos completos.

10.2.2 - São equiparados aos filhos, para fins deste contrato, os menores adotados judicialmente, os enteados e os tutelados, na forma da lei.

10.2.3 – Em caso de inscrição pelo BENEFICIÁRIO, de filho(s) natural(is) nascido(s) sob vigência do presente contrato ou de filho(s) adotivo(s), menor(ES) de 12 (doze) anos de idade, serão aproveitados os mesmos períodos de carência já cumpridos pelo BENEFICIÁRIO.

10.2.3.1 – Para fins de aplicação do item anterior deve ser realizada a solicitação da CONTRATANTE à INTERCLINICAS no prazo máximo de 30 (trinta) dias, a contar do parto, da guarda provisória ou da sentença de adoção, com a apresentação da documentação comprobatória e com o conseqüente acréscimo da contraprestação pecuniária.

10.2.3.2 – A extinção da adoção confere a INTERCLINICAS o direito de exclusão do BENEFICIÁRIO do plano contratado.

10.3 – Todos os BENEFICIÁRIOS preencherão a Proposta Contratual e a Declaração de Saúde.

10.4 – Com relação aos BENEFICIÁRIOS vigem, ainda, as seguintes disposições:

a) Os dependentes para serem incluídos no contrato dependerão da participação do BENEFICIÁRIO titular no plano de assistência à saúde.

b) Sem prejuízo das declarações feitas pela CONTRATANTE e BENEFICIÁRIOS, as quais devem observar a boa-fé objetiva, a INTERCLINICAS poderá solicitar à CONTRATANTE, a qualquer tempo, os documentos comprobatórios de vínculo trabalhista, por exemplo: a Carteira Profissional e/ou CAGED, cadastro de inscrição no FGTS, os documentos que comprovem o grau de parentesco dos dependentes, certidão de sentença de adoção, entre outros, cabendo à CONTRATANTE, em 48 horas, enviar à CONTRATADA os documentos solicitados.

10.5 – A CONTRATANTE, quando do cadastramento, deverá indicar os nomes e classificação dos BENEFICIÁRIOS, sejam eles titulares ou dependentes diretos, bem como a respectiva data de nascimento e o grau de parentesco.

10.5.1 – Nenhuma indicação de BENEFICIÁRIOS terá valor sem a prévia autorização escrito do CONTRATANTE, aprovada pela INTERCLÍNICAS.

10.5.2 – A CONTRATANTE se obriga a informa à INTERCLINICAS e promover as respectivas inclusões e exclusões cadastrais, no prazo de até 30 (trinta) dias, da ocorrência de qualquer alteração na qualificação/condição dos BENEFICIÁRIOS, tais como: nascimento ou casamento, demissão ou admissão de novo empregado.

10.5.3 – O BENEFICIÁRIO incluído no curso do contrato somente terá direito à cobertura, nos termos e limites do plano escolhido, a partir do primeiro dia útil posterior à movimentação cadastral que o tiver incluído. Devendo ser observados os prazos de carência estipulados na cláusula das Carências.

10.5.4 – As inclusões ou exclusões cadastrais obedecerão o previsto neste contrato e seus termos aditivos.

10.5.4.1 – Não serão permitidas inclusões de BENEFICIÁRIOS que estejam cumprindo aviso prévio ou que não comprovem o vínculo de elegibilidade com a CONTRATANTE.

10.5.4.2 – A CONTRATANTE se responsabiliza pela solicitação de inclusão e exclusão de BENEFICIÁRIO, bem como pelo envio da documentação correspondente, sem a qual a CONTRATADA não poderá proceder à movimentação cadastral.

10.5.4.3 – Para fins de movimentação cadastral, esta poderá, ainda, ser feita através do envio de documentação pertinente à inclusão ou exclusão do BENEFICIÁRIO, por funcionário indicado pela CONTRATANTE, que se responsabiliza pela informação, bem como pela entrega do respectivo comprovante em papel, layout, arquivo, e-mail ou qualquer outro meio que demonstre a veracidade da solicitação.

10.5.4.4 – Na hipótese de movimentação cadastral eletrônica, e para este fim, a CONTRATADA disponibilizará à CONTRATANTE, senha de uso pessoal e intransferível, que permitirá o acesso a sistema próprio, ficando acertado desde já que o CONTRATANTE, através do detentor da mencionada senha, se responsabiliza por todas as movimentações realizadas, bem como pelo uso adequado do sistema.

10.5.5 – A INTERCLINICAS fornecerá identificação específica aos BENEFICIÁRIOS incluídos no contrato, que os habilitará ao uso dos benefícios previstos no seu plano. A INTERCLINICAS poderá, a seu critério, cobrar pelo fornecimento dessa documentação.

10.5.6 – As exclusões cadastrais somente serão autorizadas em casos de demissão, falecimento, separação e a perda das condições de elegibilidade, as quais implicarão a perda imediata do direito à cobertura do atendimento, O ônus decorrente de utilização indevida do sistema por BENEFICIÁRIO excluído do contrato será de responsabilidade exclusiva do CONTRATANTE, ficando a INTERCLINICAS autorizada, desde logo, a efetuar a cobrança à mesma dos custos incorridos.

10.5.7 – No caso de extinção automática do contrato ou no caso de encontrar-se o contrato no decurso do prazo da denúncia prévia de extinção, não será permitida qualquer movimentação cadastral até o efetivo cancelamento do mesmo.

11 CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

11.1 – A cobertura se dará nos limites do plano escolhido, observando-se, entre outros, a segmentação, a área de abrangência estabelecida no contrato e as disposições previstas no Rol de Procedimentos e suas Diretrizes, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e vigente à época do evento, sendo certo, ainda, que essa cobertura, desde que realizado nos limites do contrato, é assegurada independentemente do local de origem do evento.

11.1.1 – Serão garantidas as coberturas assistenciais dos eventos e procedimentos que necessitem de anestesia, com ou sem a participação de profissional médico anestesiológico, caso haja indicação clínica.
A – Procedimentos ambulatoriais

11.2 – Está compreendida neste contrato a cobertura para o atendimento de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, bem como planejamento familiar, assim definido na Lei nº 11.935/2009 e legislação vigente.

11.3 – A cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais:

a) Hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD.
b) Quimioterapia oncologia ambulatorial, como definida no Rol de Procedimentos e suas Diretrizes, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

c) Radioterapia, incluindo todos os procedimentos descritos no Rol de procedimentos e suas Diretrizes, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e vigente para ambas as segmentações: ambulatorial e hospitalar.

d) Hemoterapia ambulatorial.

e) Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e suas Diretrizes, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e vigente à época do evento.

f) Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

B – Serviços complementares de diagnóstico e tratamentos

11.4 - Os BENEFICIÁRIOS deste contrato terão direito, nos limites dos planos escolhidos e observando-se, entre outros, a segmentação, a área de abrangência estabelecida no contrato e as hipóteses previstas no Rol de Procedimentos e suas Diretrizes, editado pela Agência Nacional de saúde Suplementar (ANS) e vigente à época do evento, à cobertura para os custos dos serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista devidamente habilitado, desde que não se caracterize como internação, observando-se:

11.4.1 – Cobertura para os custos de consultas e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, psicólogo e terapeuta ocupacional, de acordo com o número estabelecido no Rol de Procedimentos e suas Diretrizes, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e vigente à época do evento.

11.4.2 – Cobertura de psicoterapia, de acordo com o número de sessões estabelecidas no Rol de Procedimentos e suas Diretrizes, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e vigente, que poderá ser realizada tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado.

11.4.3 – Cobertura de procedimentos de reeducação e reabilitação física listada no Rol de Procedimentos e suas Diretrizes, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e vigente á época do evento, em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizadas tanto por fisiatra como por fisioterapeuta.

11.4.4 – Os BENEFICIÁRIOS deste contrato terão direito, ainda, à cobertura para os custos dos procedimentos de hemodinâmica ambulatorial que não necessitem de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares.

C – Internações hospitalares

11.5 A INTERCLINICAS garante ao BENEFICIÁRIO, desde que solicitado pelo médico assistente, observadas as demais condições deste contrato, aqui incluída a previsão no Rol de Procedimentos e suas Diretrizes, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), a cobertura para os seguintes serviços hospitalares:

11.5.1 – Para a cobertura nas internações de caráter de urgência e/ou emergência. O BENEFICIÁRIO ou seu responsável fará comunicar à Central de Atendimento INTERCLINICAS, no prazo máximo de 2 (dois) dias úteis, as razões da internação, encaminhando também a declaração do médico assistente para apreciação, de acordo com o que estabelece o presente contrato.

11.5.2 – As internações eletivas ou programadas somente terão cobertura quando autorizadas pela INTERCLINICAS até 5 (cinco) dias úteis ANTES da data da internação.

11.5.3 – A cobertura de internações hospitalares, conforme o padrão de acomodação contratado, sem limites de prazos, valores e quantidades, desde que devidamente justificadas através de relatório médico e consoante com a boa prática médica, em hospitais e clínicas básicas e especializadas, para procedimentos clínicos ou cirúrgicos reconhecido pelo Conselho Federal de Medicina, incluindo os procedimentos obstétricos e de alta complexidade, na segmentação que inclui previsão obstétrica, relacionados no Rol de Procedimentos e suas Diretrizes, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que se encontra definido e listado em Resolução Normativa e suas atualizações, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

11.5.4 – A 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 devidamente justificadas através de relatório médico e consoante com a boa prática médica.

11.5.5 – Cobertura de cirurgias odontológicas buco-maxilo-facial e procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, que necessitem de ambiente hospitalar por imperativo clínico.

11.5.6- Cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que, por imperativo clínico, necessitem de internação hospitalar, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante a internação.

11.5.6.1 – Caracteriza-se o imperativo clínico por atos que se impõem em função das necessidades do BENEFICIÁRIO, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção.

11.5.6.2 – O cirurgião-dentista e o médico assistente deverão justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao paciente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades pelos atos praticados.

11.5.6.3 - Estão excluídos, desta cobertura, os honorários do cirurgião-dentista

e os materiais odontológicos utilizados na execução destes procedimentos odontológicos.

11.5.7 – A cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:

a) Hemodiálise e diálise peritoneal– CAPD.

b) Quimioterapia oncologia ambulatorial, como definida no Rol de Procedimentos e suas Diretrizes, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

c) Radioterapia, incluindo todos os procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e suas Diretrizes, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e vigente para ambas as segmentações: ambulatorial e hospitalar.

d) Nutrição parenteral ou enteral. Hemoterapia.

e) Nutrição parenteral ou enteral.

f) Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e suas Diretrizes, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e vigente à época do evento.

g) Embolizações listadas no Rol de Procedimentos e suas Diretrizes, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e vigente à época do evento.

h) Exames de Radiologia intervencionista.

i) Exames Pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos.

j) Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e suas Diretrizes, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e vigente à época do evento.

k) Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes cobertos, exceto fornecimento de medicação de manutenção.

11.5.8 - A cobertura de toda e qualquer taxa relacionada ao procedimento médico ocorrerá de acordo com o plano contratado, incluindo materiais utilizados (nacionalizados e reconhecidos pelo órgão governamental competente-ANVISA)

11.5.9 – A cobertura de despesas relativas a um acompanhante, no caso de pacientes menores de 18(dezoito) anos e com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, gestantes (durante o trabalho de parto e pós-parto imediato) , e os portadores de necessidades especiais, estes últimos mediante indicação do médico assistente.

11.5.9.1 entende-se por despesas de acompanhante a mesma acomodação do paciente e alimentação, quando fornecida pelo hospital e incluída na conta hospitalar.

11.5.9.2 A cobertura das despesas com acompanhante durante o pós- parto imediato se dará por 48h, podendo estender-se por até 10 dias, quando indicado pelo médico assistente .

11.5.10 A cobertura de exames complementares indispensáveis para

diagnóstico e controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, constantes na Resolução Normativa e suas atualizações (Rol de Procedimentos e suas Diretrizes, editada pela Agência Nacional de Saúde (ANS) , fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizadas ou ministradas durante o período de internação.

11.5.11 Cobertura dos custos de honorários médicos através de utilização de rede credenciada , de acordo com os termos e condições do contrato.

11.5.12 A cobertura dos serviços gerais de enfermagem, exceto em caráter particular.

11.5.13 A cobertura para leitos especiais, monitores e toda aparelhagem e materiais indispensáveis ao tratamento.

11.5.14 O custeio com a alimentação específica ou normal, fornecida pelo hospital, até a alta hospitalar limitada aos recursos do estabelecimento.

11.5.15 A cobertura de cirurgia plástica reconstrutiva de mama utilizando todos os meios e técnicas necessárias para o tratamento de mutilação decorrente de utilização técnica de tratamento do câncer, abrangendo, inclusive, a mama colateral.

11.5.16 A cirurgia plástica reparadora terá cobertura contratual quando efetuada, exclusivamente, para restauração total ou parcial de funções em órgãos e membros, seja na lesão decorrente de enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita.

11.5.17 O BENEFICIÁRIO terá o direito à cobertura de próteses, órteses e seus acessórios , nacionalizados e reconhecidos pelo órgão governamental competente-Anvisa-, exclusivamente ligados ao ato cirúrgico, utilizados e necessárias à realização do ato cirúrgico objeto da cobertura, observando-se os requisitos previstos na cláusula que trata dos mecanismos de regulação, estabelecidos na cláusula 18.3.4.

11.5.18 A cobertura dos custos dos transplantes, previstos no Rol de Procedimentos e suas Diretrizes, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, somente será autorizada na rede credenciada específica descrita no orientador médico INTERCLINICAS para a realização de transplantes de órgãos. Não haverá nenhuma cobertura para transplante não previsto no Rol de Procedimentos e suas Diretrizes, editados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), ou realizado fora da rede credenciada específica.

11.5.18.1 Entende-se como despesas a serem cobertas com procedimentos vinculados, todas aquelas necessárias à realização do transplante, incluindo:

a) As despesas assistências com doadores vivos, pré-operatórias e durante a internação para o transplante.

b) O custeio dos medicamentos utilizados durante a internação.

c) A cobertura com o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção.

d) As despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.

11.5.18.2 Não estão cobertas as despesas relativas à identificação e seleção de doadores .

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

11.5.20 Fica assegurada a cobertura para remoção do BENEFICIÁRIO , realizada por serviços credenciados e por meio de ambulância terrestre, DE HOSPITAL PARA OUTRO HOSPITAL, dentro dos limites de abrangência geográfica previsto no contrato, desde que comprovadamente necessária e após a prévia autorização da INTERCLINICAS. Não haverá cobertura para remoção de residência ou local de trabalho para hospital.

11.5.21 as internações sob o regime de hospital-dia ou de curta permanência dar-se-ão de acordo com a solicitação do médico assistente.

D- Obstetrícia

11.6 Nos planos com segmentação assistencial Referencia ou Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia , a BENEFICIARIA , na forma do presente, terá direito à cobertura da assistência OBSTETRICA, nos limites do plano escolhido, observando-se, entre outras, a segmentação, a área de abrangência estabelecida no contrato e as hipóteses previstas no Rol de Procedimentos e suas Diretrizes, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), compreendendo essa cobertura o pré-natal, as intercorrências da gravidez, o parto e o puerpério, desde que solicitada pelo médico assistente e mediante guia de encaminhamento previamente emitida pela INTERCLINICAS e respeitando as carências estabelecidas.

11.6.1 É assegurada ao recém-nascido, filho natural do titular ou de qualquer outro BENEFICIÁRIO do contrato, a cobertura assistencial durante os primeiros 30(trinta) dias após o parto, na vigência e de acordo com os termos do contrato, cumprida a carência de 300 (trezentos) dias para parto a termo ou 180(cento e oitenta) dias para situações obstétricas de urgência. Não caberá qualquer alegação de doença ou lesão preexistente, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou da adoção.

11.6.2 A continuidade da cobertura de atendimento após o 30º (trigésimo) dia do nascimento, somente será devida quando:

- a) o recém-nascido filho do titular for incluído no plano do mesmo.
- b) o recém-nascido filho do dependente do titular for incluído em um plano pessoa física, respeitando as condições comerciais vigentes á época esta contratação.

c) nas duas situações as inclusões só serão aceitas de realizadas no período de até 30(trinta) dias após o nascimento.

E- - Do tratamento dos transtornos psiquiátricos.

11.7 - Estão cobertos pelo presente contrato, nos limites do plano escolhido, observando-se, entre outros, a segmentação, a área de abrangência estabelecida no contrato e as hipóteses contempladas no Rol de Procedimentos e suas Diretrizes, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), os tratamentos básicos (em regime ambulatorial) e da internação (em regime hospitalar) de todos os transtornos psiquiátricos

codificados pelo CID-10, incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões autoinfligidas.

Em regime ambulatorial estão cobertos:

11.8 – Atendimento às emergências, assim consideradas as situações que impliquem risco de morte ou de danos físicos para a própria ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e autoagressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes.

11.8.1 – Atendimento à psicoterapia, entendida esta como a atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência, limitadas a 12 (doze) sessões por ano contratual, não cumuláveis.

11.8.2 – Considera-se para a situação acima descrita a pessoa que estiver sob risco de dano pessoal imediato provocado por transtorno mental, conforme atestado pelo médico assistente, em consonância com as diretrizes de utilização de acordo com o Rol de Procedimentos e suas Diretrizes, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e vigente à época do fato.

11.8.3 - Tratamento básico, prestado por médico, em número ilimitado de consultas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente.

Em regime hospitalar estão cobertas:

11.9 – As internações em hospital-dia para transtornos mentais que se realizarem nos limites estabelecidos pelo contrato, pelo Rol de Procedimentos e suas Diretrizes, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), sempre em hospitais especializados ou unidades psiquiátricas de hospitais gerais.

11.9.1 - O custeio dos 30 (trinta) primeiros dias de internação por ano em hospital psiquiátrico, ou em unidade ou enfermaria em hospital geral para internação psiquiátrica, será realizado nos mesmos moldes das demais internações, sendo aplicáveis franquia e coparticipação quando houver essa previsão.

11.9.2 – Após os 30 (trinta) dias de internação, caberá ao CONTRATANTE arcar com coparticipação de 50% das despesas médico-hospitalares, conforme estabelecido na legislação vigente.

11.9.3 - A cobertura de internações em hospital-dia para transtornos mentais é definido como recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, com programas de atenção e cuidados multiprofissionais, visando à substituição da internação convencional, de acordo com as Diretrizes de Utilização vigente publicadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

12 CLAÚSULA DÉCIMA SEGUNDA EXCLUSÕES DE COBERTURA

12.1 – Este contrato não prevê cobertura de custos ou reembolso para eventos excluídos ou sem cobertura obrigatória pela Lei nº 9.656/98 e sua

regulamentação, entre os quais as seguintes:

12.1.1- Eventos ocorridos em casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declaradas pela autoridade competente.

12.1.2 Internações hospitalares, tratamentos ambulatoriais, exames diagnósticos, terapias e consultas médicas realizadas por profissionais de especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

12.1.3 – Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes.

12.1.4 - Tratamento clínico ou cirúrgico experimental.

12.1.4.1 - São experimentais aqueles assim considerados pelo Conselho Federal de Medicina; os que empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registradas/não regularizadas no país e aqueles cujas indicações não constem na bula/manual registrado na Anvisa.

12.1.5 - Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, ou seja, aqueles que não visam à restauração parcial ou total da função de órgão ou parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita.

12.1.6 – Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgicos, bem como medicamentos e próteses e órteses não nacionalizadas ou não reconhecidas pela Anvisa.

12.1.7 – Enfermagem particular e assistência médica ou odontológica domiciliar.

12.1.8 - Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, tratamentos clínicos e cirúrgicos para emagrecimento com finalidade estética, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, SPA, estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em regime hospitalar.

12.1.9 - Inseminação artificial, assim definida como técnica de reprodução assistida, que inclui a manipulação de oócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas.

12.1.10 – Despesas com acompanhante, exceto no caso de internação de BENEFICIÁRIOS menores de 18 (dezoito) anos, ou com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, ou gestantes (no trabalho de parto, parto e pós-parto imediato) ou, por fim, os portadores de necessidades especiais (desde que haja indicação do médico assistente).

12.1.11 – Transplantes, exceto os listados no Rol de Procedimentos e suas Diretrizes, editado pela Agência Nacional de Saúde suplementar (ANS) vigente à data do evento.

12.1.12 – Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, isto é, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro na Anvisa.

12.1.13 - Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar ou ambulatorial (consultório), entendidos como os que não requerem administração assistida, ou seja, não necessitam de intervenção ou supervisão direta de profissional de saúde habilitado ou cujo uso não é exclusivamente

hospitalar, podendo ser adquiridos por pessoas físicas em farmácias de acesso ao público e administradas em ambiente externo ao de unidade de saúde (hospitais, clínicas, ambulatórios e urgência e emergência).

12.1.14 - Fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar, cuja eficácia e /ou efetividade tenham sido reprovadas pela comissão de incorporação de tecnologias do Ministério da Saúde (Citec).

12.1.15 - Fornecimento de quimioterápicos orais, não nacionalizados e não reconhecidos pelo órgão governamental competente (Anvisa), e os ministrados em regime domiciliar, de acordo com o artigo 10,VI, da lei nº 9.656/98.

12.1.16 - Consultas, aluguel de equipamentos, aluguel de aparelhos e tudo que for relacionado à assistência médica domiciliar.

12.1.17 - Cobertura de cirurgia refrativa (PRK ou LASIK) para pacientes, exceto se preenchidas as condições previstas no Rol de Procedimentos e suas Diretrizes, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e vigente à época do evento.

12.1.18 – Procedimentos odontológicos, salvo os previstos no Rol de Procedimentos e suas Diretrizes, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e vigente à época do evento.

12.1.19 Remoção por via aérea, exceto quando contratada através de aditivo específico.

12.1.20 - Todos e quaisquer procedimentos não constantes ou não realizados nos termos do previsto no Rol de Procedimentos e suas Diretrizes da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vigente à época do evento.

13 CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA DA DURAÇÃO DO CONTRATO

13.1 – O período de vigência do contrato será de 12 (doze) meses, contados a partir da data da sua assinatura.

13.2 – O contrato tem renovação automática e por prazo indeterminado, a partir do prazo inicial de vigência, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação, bem como a incidência de qualquer período adicional de carências.

13.3 – A data do início da vigência será a data da assinatura de contrato, para efeito do reajuste anual, de acordo com o artigo 16,II da lei nº9.656/98.

13.3.1 – As partes contratantes podem negociar o início da vigência do contrato, desde que até o início não tenha havido nenhum pagamento.

14. CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA PERÍODO DE CARÊNCIAS

14.1 Carência é o período ininterrupto durante o qual o BENEFICIÁRIO não terá direito a determinadas coberturas previstas no contrato. Os prazos de carência não se confundem com o prazo da Cobertura Parcial Temporária (CPT), correndo eles de maneira independente e não podendo ser somados.

14.2- Para os contratos firmados com número de participantes igual ou superior a 30 (trinta) BENEFICIÁRIOS, e enquanto mantida quantidade mínima, não poderá ser exigido o cumprimento de prazos de carência. Após decorrido o prazo de 30(trinta) dias supramencionado, a inclusão de beneficiários ocorrerá com a exigência do cumprimento dos prazos de carência.

14.3- A observância das carências será feita sempre em conformidades com os limites, as condições e o início da vigência estabelecidos no plano contratado,

sendo contadas a partir do ingresso do BENEFICIÁRIO no contrato de plano de saúde, sendo os seguintes os prazos:

a) 24(vinte e quatro) horas, após a assinatura do contrato, sendo que:

a.1) No Plano de Segmentação Referência, a cobertura será integral após este período, nos termos da legislação vigente.

a.2)_ no Plano de Segmentação Hospitalar sem Obstetrícia, a cobertura será integral após este período para as urgências decorrentes de acidente pessoal. Nas demais hipóteses de urgência e emergência, a cobertura será apenas para as 12(doze) primeiras horas em regime de ambulatório, nos termos da legislação vigente.

a.3) No Plano de Segmentação Hospitalar com Obstetrícia, a cobertura será integral após este período para as urgências decorrentes de acidente pessoal e para as complicações do processo gestacional. Nas demais hipóteses de urgência e emergência, a cobertura será apenas para as primeiras 12(doze) horas em regime de ambulatório, nos termos da legislação vigente.

a.4) No Plano de Segmentação Ambulatorial a cobertura para urgência e emergência será apenas para as primeiras 12 (doze) horas em regime de ambulatório, nos termos da legislação vigente.

b) 30(trinta) dias para cobertura de consultas em consultórios, clínicas e centros médicos, exames básicos de apoio diagnóstico e procedimentos terapêuticos ambulatoriais básicos.

c) 180 (cento e oitenta) dias para cobertura de procedimentos de alta complexidade, exames especiais de apoio diagnóstico, procedimentos terapêuticos ambulatoriais e especiais, exames e procedimentos de alta complexidade, honorários médicos de internações e custos hospitalares de internações.

d) 180(cento e oitenta) dias para custeio de internação hospitalar para tratamento de transtornos psiquiátricos.

e) 300(trezentos) dias para cobertura de parto a termo

15 CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

15.1- Para fins do presente contrato, são consideradas doenças e lesões preexistentes aquelas das quais o(s) BENEFICIÁRIO(s) ou o seu representante legal saiba ser portador(es) ou sofredor(es) , no momento da contratação ou adesão ao plano de saúde.

15.2 Para os contratos firmados com número de participantes igual ou superior a 30(trinta) BENEFICIÁRIOS , e enquanto mantida essa quantidade mínima, não poderá ser exigido o cumprimento de cláusula de agravo ou Cobertura Parcial Temporária, nos casos de doenças ou lesões preexistentes, desde que o BENEFICIÁRIO formalize o pedido de ingresso em até 30(trinta) dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante.

15.3- No momento da adesão contratual, o BENEFICIÁRIO ou seu representante legal deverá preencher a Declaração de Saúde informando a INTERCLINICAS a condição sabida de doença ou lesão preexistente, previamente à época da assinatura do contrato ou adesão contratual, sob pena de caracterização de fraude, sujeito a suspensão ou rescisão do contrato, conforme disposto no inciso II do parágrafo único do artigo 13 da lei nº

9.656/98.

15.4 – O BENEFICIÁRIO será orientado a preencher a Declaração de Saúde através da Carta de Orientação ao BENEFICIÁRIO, a qual é parte integrante obrigatória deste contrato e padronizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

15.5- O BENEFICIÁRIO poderá escolher um médico para auxiliá-lo no preenchimento da Declaração de Saúde, pertencente à lista de profissionais médicos da rede de prestadores credenciadas ou referenciados pela BMG, sem qualquer ônus para o mesmo.

15.6 Caso o BENEFICIÁRIO opte por ser orientado por médico não pertence à lista de profissionais da rede assistencial BMG, poderá fazê-lo, desde que assumo o ônus desta entrevista.

15.7- A entrevista qualificada não é obrigatória, sendo uma opção do cliente, e se constitui no preenchimento da Declaração de Saúde, elaborada pela INTERCLINICAS, e terá como objetivo principal relacionar, se for o caso, todas as doenças de conhecimento prévio do consumidor em relação a ele próprio e a todos os dependentes integrantes de seu contrato.

15.8 – O médico escolhido atuará como orientador, esclarecendo no momento do preenchimento do formulário, todas as questões relativas às principais doenças ou lesões passíveis de serem classificadas como preexistentes, as alternativas de coberturas e demais consequências em relação à sua omissão.

15.9 Sendo constada por perícia ou na entrevista qualificada, ou através de declaração do BENEFICIÁRIO a existência de doenças ou lesões preexistentes, a INTERCLINICAS oferecerá a Cobertura Parcial Temporária (CPT).

15.10 Cobertura Parcial Temporária (CPT) é aquela que admite a suspensão, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes, contados da inclusão do BENEFICIÁRIO, da cobertura para procedimentos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia (UTI, CTI, Unidade Coronariana, Unidade Intermediária e outros) e procedimentos de alta complexidade (PAC), assim definidos no Rol de Procedimentos e suas Diretrizes, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, exclusivamente relacionados às doenças ou lesões preexistentes.

15.10.1- Findo o prazo de 24 (vinte e quatro) meses da contratação do plano de saúde, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme segmentação contratada.

15.10.2- Caso ocorra uma urgência ou emergência durante o período de CPT, haverá cobertura após 24 (vinte e quatro) horas de assinatura do contrato, somente para as primeiras 12 horas em regime de ambulatório, independentemente da segmentação do plano, estando, portanto, excluídas, entre outras, a internação e todos os procedimentos da cláusula 15.10.

15.11- A opção do CONTRATANTE ou BENEFICIÁRIO pela Cobertura Parcial Temporária (CPT) não exclui a obrigatoriedade do cumprimento dos prazos de carência previstos neste contrato e vice-versa.

15.12- Fica definida a proibição de alegação de omissão de informação de doença ou lesão preexistente quando for realizado, com vistas à admissão do BENEFICIÁRIO no plano de saúde, qualquer tipo de exame ou perícia do

consumidor BENEFICIÁRIO pela INTERCLINICAS.
15.13 – Sendo constatado indício de fraude por parte do BENEFICIÁRIO, referente a omissão de conhecimento de doenças e/ou lesões preexistentes por ocasião de contratação ou adesão ao plano de saúde, a INTERCLINICAS comunicará imediatamente a constatação da omissão de informação através do Termo de Comunicação, conforme legislação vigente.
15.13.1- Neste momento, a INTERCLINICAS poderá:
a) oferecer a Cobertura Parcial Temporária (CPT), a partir da data de recebimento do Termo de Comunicação, até completar o período máximo de 24(vinte e quatro) meses da assinatura contratual ou adesão ao plano;e/ou.
b) solicitar abertura de processo administrativo junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) visando à rescisão contratual e/ou responsabilizar o BENEFICIÁRIO pela utilização indevida.
-15.14- Acolhida a alegação da INTERCLINICAS pela Agência Nacional de Saúde Suplementar(ANS) ou pelo Judiciário, o BENEFICIÁRIO passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas pela INTERCLINICAS com a assistência médico-hospitalar prestada em razão de omissão/fraude(todas as despesas com procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos) e que tenham relação com a doença ou lesão preexistente, a partir da comunicação citada na cláusula 15.13.
15.15- Até a publicação pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) do encerramento do processo administrativo, não haverá, sob qualquer alegação, a negativa de cobertura assistencial, assim como a suspensão ou rescisão unilateral do contrato.

16 CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

16.1 Nos limites do plano escolhido, observando-se, entre outros, a segmentação, a área de abrangência geográfica estabelecida no contrato, e as hipóteses previstas no Rol de Procedimentos editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), estão cobertos pelo presente contrato os atendimentos nas unidades credenciadas para esse fim, em regime ambulatorial e de internação, os casos de urgência e emergência(definidos abaixo), nos termos limitadas das cláusulas seguintes:
16.1.1 Urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.
16.1.2 Emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.
16.2 Nos contratos onde os prazos de carência ainda não tenham sido cumpridos, deverão ser observadas as seguintes regras de cobertura para urgência e emergência, nos termos da regulamentação vigente:

- a) os acidentes pessoais (urgência) terão cobertura integral após 24 (vinte e quatro) horas da assinatura do contrato, nos contratos de segmentação hospitalar.
- b) as complicações do processo gestacional (urgência) terão cobertura de

12(doze) horas para atendimento em regime ambulatorial.
c) as emergências terão cobertura limitada as primeiras 12 (doze) horas para atendimento em regime ambulatorial.

d) no Plano Segmentação Referência é garantida a cobertura integral, ambulatorial e hospitalar para urgência e/ou emergência, após 24(vinte e quatro) horas de vigência do contrato, somente para os casos que não forem considerados doenças e lesões preexistentes.

16.3- Nos contratos que envolvam acordo de Cobertura Parcial Temporária para doenças e lesões preexistentes, a cobertura do atendimento de urgência e emergências para esta doença, ou lesão será igual àquela estabelecida para os planos ambulatoriais, ou seja, estará limitada às primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internação e que resulte na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade.

16.3.1- Caso seja necessário, para a continuidade do atendimento de urgência ou emergência, a realização de procedimento exclusivo da cobertura hospitalar, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e mesmo que em tempo menor do que 12 (doze) horas, a cobertura cessará, passando a responsabilidade financeira, a partir da internação a ser do BENEFICIÁRIO, não cabendo nenhum, ônus a INTERCLINICAS.

16.4 Após o período de 12 (doze) horas estabelecido nos itens acima, o BENEFICIÁRIO deverá ser removido por via terrestre, às expensas da INTERCLINICAS, para uma unidade do Sistema Único de Saúde(SUS) , dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, desde que comprovadamente necessária a remoção e após prévia autorização da INTERCLINICAS

REMOÇÃO

16.5 Haverá garantia de cobertura para remoção terrestre, depois de realizados os atendimento classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada, pelo medico assistente, a falta de recursos oferecidos pelo serviço prestador para continuidade de atenção ao paciente.

16.6- Nos termos das cláusulas 16.3 e 16.4 haverá garantia de cobertura para remoção terrestre para unidade do SUS, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, limitada até as 12(doze) primeiras horas de atendimento, quando caracterizada, pelo médico assistente, nos seguintes casos:

a) O BENEFICIÁRIO estar cumprindo período de carência para internação;
b) Em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças e lesões preexistentes;

16.7 Se não for possível a remoção, em face de risco iminente de morte do paciente e não havendo cobertura contratual para o evento, o custeio será de exclusiva responsabilidade do BENEFICIÁRIO, do CONTRATANTE ou de terceiro(s) responsável(S) perante o serviço prestador, pelo que deverão ajustar a obrigação financeira dos procedimentos, estando a INTERCLINICAS isenta desse ônus e coberturas.

16.8- Fica ainda certo de que não haverá cobertura de custos para remoção de paciente de sua residência ou local de trabalho para um hospital, nem de um hospital para a sua residência e/ou local de trabalho.

16.9 Na remoção, a INTERCLINICAS deverá disponibilizar cobertura em ambulância com os recursos técnicos necessários à segurança da manutenção da vida.

16.10 Quando o BENEFICIÁRIO ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura do Termo de Responsabilidade, pela continuidade do tratamento em uma unidade diferente daquela estipulada, a INTERCLINICAS estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

16.11 O ressarcimento dos custos pelo atendimento realizado por serviço médico-hospitalar não credenciado será efetuado, nos limites das obrigações contratuais e na abrangência geográfica contratada, para as despesas efetuadas pelo BENEFICIÁRIO com assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência comprovada através dos documentos relacionados nos itens abaixo, credenciados ou referenciados pela **INTERCLINICAS**, em conformidade com o artigo 12, VI da lei nº 9.656/1998.

16.12 O ressarcimento de que trata o item anterior será efetuado de acordo com a Tabela INTERCLINICAS de Reembolso, que representa os preços de serviços médicos-hospitalares adotados pelo plano contratado, pagáveis no prazo máximo de 15(quinze) dias contados da data do recebimento dos documentos originais, conforme cada um dos eventos abaixo relacionados:

a) Atendimento de pronto-socorro hospitalar: nota fiscal válida como recibo, com a especificação e discriminação do atendimento realizado(procedimento, material, medicamento, taxa, etc.) laudo médico, nome do paciente, valor cobrado, valor de desconto, quando houver, assinatura do responsável pelo serviço, CPF e/ou CNPJ, CRM, ISS, endereço legível e data da realização do evento.

b) Honorários médicos durante a internação: recibos ou notas fiscais válidas como recibo, contendo todos os dados do médico ou assistente e de cada um dos componentes de sua equipe, separadamente, declarando o tipo de atendimento prestado e o procedimento realizado, laudo médico, laudo de exame anatomo patológico, nome do paciente, valores cobrados, valor de desconto, quando houver, assinatura, CPF e/ou CNPJ, CRM e endereço legível e data da realização do evento.

c) Internação: Nota fiscal e respectivo comprovante de pagamento da conta hospitalar discriminada, inclusive relação de material e medicamentos consumidos, exames e taxas, nome do paciente, data de início do evento, data de alta hospitalar e relatório médico da internação, com o(s) respectivo(s) diagnóstico(s) e procedimento(s) realizado(s),

16.13 Os documentos (recibos, laudos e relatórios médicos) deverão ser entregues à INTERCLINICAS (diretamente ou em um endereço local indicado pela INTERCLINICAS) no prazo máximo de até 12(doze) meses corridos, contados a partir da data em que ocorrer o evento médico ou após a alta hospitalar, O decurso do prazo de 12(doze) meses acarretará a perda do direito de ressarcimento.

16.14 Se a documentação não contiver todos os dados comprobatórios que permitam o cálculo correto do ressarcimento, a INTERCLINICAS poderá

solicitar à CONTRATANTE documentação ou informações complementares sobre o procedimento a ser ressarcido, o que acarretará novo prazo de 15(quinze) dias úteis da data da juntada do novo documento

16.15 O ressarcimento será pago à CONTRATANTE ou ao BENEFICIÁRIO solicitante em até 15 (quinze) dias, a contar da entrega dos documentos pertinentes, sendo indispensável a indicação do número do CPF, em obediência às normas estabelecidas pela Secretaria da Receita Federal do Ministério da Fazenda.

16.16 Só serão ressarcidas as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao BENEFICIÁRIO.

17 CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA ACESSO À LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES

17.1 O cálculo do reembolso quando devido e na utilização de livre escolha é feito em função dos multiplicadores definidos no plano escolhido, conforme o quadro a seguir, que serão aplicados sobre os valores previstos na Tabela INTERCLINICAS de Reembolso nos limites e condições estabelecidas no plano contratado, conforme especificado na cláusula terceira.

17.2 Os múltiplos de reembolso previstos para os planos descritos na cláusula 3.2 serão os seguintes:

Tipo	Vip	Especial	Pleno
Consultas	80 %	80%	50%
Exames	70%	70%	50%

17.2.1- Nos planos mencionados, o BENEFICIÁRIO poderá, em consonância com o plano escolhido, utilizar os serviços médicos auxiliares de diagnóstico e tratamento de sua livre escolha e também os integrantes da rede credenciada.

17.3- Fica certo que, para os serviços integrantes da rede credenciada do plano escolhido, a INTERCLINICAS pagará os serviços diretamente ao prestador por conta e ordem do BENEFICIÁRIO, nos limites e condições do plano escolhido, não sendo cabível nesta hipótese qualquer pedido de reembolso.

17.4 – O reembolso dos custos pelo atendimento realizado por serviço médico hospitalar não credenciado será efetuado, nos limites das obrigações contratuais e na abrangência geográfica INTERCLINICAS, e seu cálculo é feito em função de multiplicadores definidos no plano escolhido, que serão aplicados sobre os valores previstos na tabela INTERCLINICAS de Reembolso.

17.4.1 –O Orientador Médico dos planos INTERCLINICAS estão disponibilizados no site www.interclinicas.net.br, e na sede da INTERCLINICAS para consulta dos BENEFICIÁRIOS, constando a lista de todos os prestadores de serviços aos quais o BENEFICIÁRIO poderá ter acesso sem precisar solicitar reembolso das despesas, bem como os quantitativos de Coeficientes Honorários (CH) reembolsáveis, e eventuais dúvidas acerca desta tabela poderão ser sanadas através do teleatendimento da INTERCLINICAS.

17.4.2 – A tabela INTERCLINICAS de Reembolso que rege os múltiplos de reembolso encontra-se registrada no Cartório de Registro de Títulos e Documentos.

17.4.3 O valor de reembolso é obtido através da seguinte fórmula: fator multiplicador de reembolso X quantitativo em Ur (Unidade de Reembolso INTERCLINICAS, expressa na tabela INTERCLINICAS de reembolso) X quantidade de unidades de serviço X valoração da UR(unidade de reembolso).

17.4.4 – O valor de reembolso das despesas médicas provenientes do sistema de livre escolha não será inferior ao praticado diretamente na rede credenciada ou referenciada do local da prestação do serviço médico realizado.

17.5 Os documentos (recibos, laudos e relatórios médicos) deverão ser entregues a INTERCLINICAS (diretamente ou em um endereço local indicado pela INTERCLINICAS) no prazo máximo de até 12(doze) meses corridos, contados a partir da data em que ocorrer o evento médico ou após a alta hospitalar:

a) Consulta: recibos ou nota fiscal válidos como recibo (quitação da nota fiscal), com a especificação de consulta, com o nome do paciente, valor cobrado, valor de desconto, quando houver, assinatura e carimbo do médico CPF r/ ou CNPJ, CRM endereço legível do médico assistente e data de realização do evento. Não será aceito o desmembramento de recibos para o mesmo evento.

b) atendimento de pronto-socorro hospitalar: nota fiscal válida como recibo (quitação da nota fiscal) com a especificação e discriminação do atendimento realizado, nome do paciente, valor cobrado, valor de desconto, quando houver, assinatura do responsável pelo serviço, CPF e/ ou CNPJ,CRM ISS legível e data da realização do evento.

c)Exames complementares e serviços de diagnósticos e tratamento:recibos ou nota fiscal válida como recibo(quitação da nota fiscal) com a especificação e discriminação de cada exame realizado, nome do paciente, valor cobrado, valor de desconto, quando houver, assinatura do responsável pelo serviço, CPF e/ou CNPJ, CRM , ISS, endereço legível e data de realização do evento.

d)honorários médicos durante a internação recibos ou nota fiscal válida como recibo(quitação da nota fiscal) contendo todos os dados do médico assistente e de cada um dos componentes de sua equipe, separadamente, declarando o tipo de atendimento prestado, vinculados ao laudo médico, nome do paciente, valor cobrado, valor de desconto, quando houver, assinatura, CPF e/ou CNPJ, CRM e endereço legível e data da realização do evento.

17.5.1 Se a documentação não contiver todos os dados comprobatórios que permitam o calculo correto do reembolso, a INTERCLINICAS poderá solicitar do BENEFICIÁRIO essa documentação ou informações complementares sobre o procedimento a ser ressarcido, passando a ser contados novos prazos para pagamentos a partir da Dara de entrega ou complementação do documento.

17.5.2 O reembolso será pago à CONTRATANTE ou ao BENEFICIÁRIO solicitante em até 15 (quinze) dias da entrega dos documentos pertinentes, sendo indispensável a indicação do número do CPF em obediência as normas estabelecidas pela Secretaria da Receita Federal do Ministério da Fazenda.

17.5.3 –Só serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao BENEFICIÁRIO.
17.6 a INTERCLINICAS se reserva ao direito de analisar todo e qualquer valor apresentado para fins de reembolso, comparando-os com os valores levantados para práticas idênticas ou similares.
17.7 Após a entrega de toda a documentação, os valores aprovados para reembolso serão pagos ao BENEFICIÁRIO titular, no prazo máximo de 15 (quinze) dias, sendo indispensável a apresentação de identidade e CPF em obediência às normas estabelecidas pela Secretaria da Receita Federal do Ministério da Fazenda .

18 CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA MECANISMOS DE REGULAÇÃO

18.1 a INTERCLINICAS fornecerá para cada BENEFICIÁRIO um cartão de identificação que o habilitará ao uso do sistema, desde que acompanhado com documento de identificação expedido pelos órgãos oficiais.

18.1.1 A INTERCLINICAS poderá cobrar pelo fornecimento da segunda via da documentação acima.

18.2 Mecanismos de regulação- consultas e exames.

18.2.1 A data e a hora da consulta serão determinadas por iniciativa do BENEFICIÁRIO e de acordo com a agenda do médico.

18.2.2 As consequências do não comparecimento à consulta marcada são de inteira responsabilidade do BENEFICIÁRIO, pois poderá prejudicar o diagnóstico, continuidade e prognóstico do tratamento.

18.2.3 Para aplicação e cobertura deste contrato, as consultas são classificadas nos seguintes tipos:

a) Consultas em consultório médico.

b) consultas em clínica ou centro médico.

c) Consultas de urgência / emergência em pronto-socorro hospitalar.

18.2.4 Estão incluídas nas consultas de urgência/emergência em pronto-socorro hospitalar, a consulta, os exames de apoio diagnóstico, os procedimentos e os recursos terapêuticos realizados ou utilizados somente durante este atendimento.

18.2.5 a INTERCLINICAS definirá em tabela própria os exames e procedimentos que necessitam de autorização prévia, disponibilizando-a no site www.interclinicas.net.br ou através do teleatendimento.

18.3 Mecanismos de regulação das internações hospitalares e procedimentos realizados sob internação.

18.3.1 a INTERCLINICAS cobrirá os custos médico-hospitalares de acordo com a rede credenciada estabelecida no Orientador Médico e nos termos de contato.

18.3.2 Todas as solicitações de internações eletivas e exames que necessitem de autorização da INTERCLINICAS deverão ser feitas em formulário específico e disponibilizado pela INTERCLINICAS ou, quando não credenciado em receituário, contendo dados do BENEFICIÁRIO, descrição dos exames e sua indicação clínica,

18.3.3 A cobertura de transplantes, bem como as despesas com seus

procedimentos vinculados, somente será autorizada dentro da rede credenciada para realização de transplante de órgãos, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, vide cláusula 11.5.18.

18.3.4 Para fins da cobertura de próteses e órteses ligadas aos atos cirúrgicos, deve ser observado:

I O profissional requisitante deve, quando assim solicitado, justificar clinicamente a sua indicação e oferecer ao menos 3(três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, entre aquelas regularizadas junto à Anvisa, que atendam às características especificadas.

II Em caso de divergência entre o profissional requisitante e a INTERCLINICAS, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com as despesas arcadas pela INTERCLINICAS. Caso não seja possível comum acordo entre as partes, aplicar-se-á o critério descrito na cláusula 18.6.2.

18.3.5 Se a documentação não contiver todos os dados que permitam análise conclusiva para liberação da Guia de Cobertura de internação Eletiva, a INTERCLINICAS poderá solicitar à CONTRATANTE ou ao médico assistente documentação ou informações complementares sobre o procedimento médico a ser executado.

18.3.6 O prazo de internação concedido inicialmente, fixado pela BMG, constará da guia expedida e corresponderá à media de dias utilizados para casos idênticos, para fins de controle.

18.3.6.1 Em casos de necessidade de prorrogação do prazo de internação previamente autorizado, o médico assistente ou o hospital deverá apresentar a INTERCLINICAS as razões de prorrogação para avaliação da correspondente cobertura.

18.3.6.2 Caso o BENEFICIÁRIO continue hospitalizado após a alta médica, passarão a correr inteiramente por sua conta, a partir de então, todas as despesas decorrentes da internação.

18.3.7 Quando da utilização dos serviços cobertos pelo presente contrato, o BENEFICIÁRIO deverá apresentar ao estabelecimento ou profissional, credenciado pela INTERCLINICAS, cartão de identificação, fornecido pela INTERCLINICAS ou identificação biométrica, além do documento de identidade do BENEFICIÁRIO paciente e a guia do procedimento previamente autorizada pela INTERCLINICAS.

18.3.8 Em caso de internação hospitalar, exceto para os casos caracterizados como de urgência e emergência, o BENEFICIÁRIO deverá apresentar ao hospital ou outro estabelecimento de saúde, além dos documentos consignados no item anterior, guia de internação ou de encaminhamento, conforme o caso, devidamente emitida e autorizada pela INTERCLINICAS.

18.3.9 Quando da necessidade de utilização de serviços para a cobertura dos quais a INTERCLINICAS não possuir estabelecimentos de saúde e/ou profissionais contratados ou credenciados na região de abrangência, especificamente relacionadas com o Orientador médico e tendo o BENEFICIÁRIO não optado pela prática de reembolso nos limites da tabela INTERCLINICAS de reembolso descrita na cláusula 17, a INTERCLINICAS deverá indicar outros credenciados na localidade mais próxima possível.

18.3.10 A INTERCLINICAS colocará a disposição dos BENEFICIÁRIOS do

Plano de Assistência Médico-Hospitalar a que alude este contrato, para a cobertura de assistência ora contratada, hospitais e respectivos profissionais da área de saúde, constantes do Orientador Médico anexo ao presente contrato, que dele faz parte integrante para todos os efeitos legais, prestando os respectivos serviços através de meios contratados, mediante credenciamento de terceiros técnica e legalmente habilitados para tanto.

18.3.11 Orientações quanto a eventuais dúvidas na cobertura do atendimento médico-hospitalar podem ser obtidas pelo teleatendimento ou pelo site www.interclinicas.net.br ou, ainda, pelo Orientador Médico.

18.3.12 As despesas extraordinárias, aquelas não previstas no contrato ou não sujeitas a cobertura, tais como, por exemplo: telefonemas, frigobar, televisão, descartáveis de uso pessoal, preparo do corpo pós-morte e outras definidas pelo estabelecimento hospitalar, deverão ser pagas diretamente ao hospital pelo BENEFICIÁRIO, não sendo passíveis de reembolso pela INTERCLINICAS.

18.4 Mecanismos de regulação – gerenciamento de ações de saúde

18.4.1 Nos planos as condições médicas a seguir terão cobertura para o atendimento por credenciados selecionados para tal e participante dos Programas Especiais de Atendimento e Direcionamento, cuja relação consta do Orientador Médico ao plano escolhido:

- a) Cirurgias cardiovasculares.
- b) Cirurgias da coluna vertebral
- c) Cirurgias ortopédicas- próteses de substituição de quadril, ombro, joelho, cotovelo.
- d) Embolização vascular cerebral.
- e) Implante de marca-passo ou desfibrilador cardíaco
- f) Transplante de córnea, medula e rim
- g) Tratamento cirúrgico da obesidade mórbida e seus tratamentos acessórios e/ou subsequentes.
- h) Tratamento cirúrgico da refração
- i) Tratamento de quimioterapia e radioterapia.
- j) Terapia renal substitutiva

18.5 Mecanismos de regulação – alteração de rede credenciada

18.5.1 A INTERCLINICAS poderá proceder a alteração na rede credenciada para mais ou para menos, nos termos da legislação vigente. Dúvidas com relação a rede credenciada podem ser sanadas através do teleatendimento ou pelo site www.interclinicas.net.br.

18.5.2 Quando houver alteração na rede credenciada hospitalar a INTERCLINICAS observará o disposto no artigo 17 e seus parágrafos da lei 9.656/98 comunicando previamente a contratante nos casos de substituição de rede hospitalar.

18.5.3 A INTERCLINICAS poderá também obtendo autorização da ANS, redimensionar a sua rede credenciada.

18.5.4 Em ocorrendo desc credenciamento, os beneficiários terão o direito de prosseguir a seu tratamento com quaisquer outros profissionais ou estabelecimento de serviços de saúde, integrantes da rede credenciada da

INTERCLINICAS,sem que esta tenha a obrigação de efetuar qualquer indenização pela substituição havida.

18.5.5 Caso ocorra descredenciamento de estabelecimento hospitalar durante a internação de qualquer dos BENEFICIARIOS regularmente inscritos no presente contrato ,os mesmos permanecerão internados,até a regular alta hospitalar,sendo certo que as despesas até a data da alta hospitalar correrão por conta da INTERCLINICAS.

18.5.6 Em caso de descredenciamento de estabelecimento hospitalar em razão de cometimento de infração as normas sanitárias em vigor,durante o período de internação, a INTERCLINICAS responsabilizar-se pela transferência imediata do BENEFICIARIO hospitalizado para outro estabelecimento equivalente, sem quaisquer ônus adicional para o BENEFICIARIO

18-6 Mecanismos de regulação – Divergência médica

18.6.1 As divergências de natureza médica sobre solicitações de cobertura de exames,procedimentos especiais de diagnóstico e tratamento e internações serão dirimidas por junta médica constituída por três membros,sendo um nomeado pelo BENEFICIARIO,outro pela INTERCLINICAS e um terceiro desempatador,escolhido pelos dois nomeados.

18.6.2 Não havendo consenso sobre a escolha do médico desempatador, a sua designação será solicitada ao presidente de uma das sociedades médicas reconhecidas pelo Conselho Regional de Medicina na mesma localidade da INTERCLINICAS

18.6.3 Cada uma das partes pegará os honorários e despesas do médico que nomear,quando não credenciados pela INTERCLINICAS,sendo que os do terceiro desempatador serão pagos pela INTERCLINICAS,conforme previsto na legislação vigente.

18.7 Mecanismos de regulação- Coparticipação

18.71 O percentual de coparticipação referente a realização de procedimentos psiquiátricos esta disposto na cláusula 11.9 deste instrumento contratual.

18.72 Entende-se por franquia,a parte efetivamente paga pela contratante diretamente aos prestadores,no momento da realização de um determinado procedimento.

18.7.3 Os valores de coparticipação seguirão a tabela abaixo:

TABELA DE COPARTICIPAÇÃO			
PROCEDIMENTOS	VIP	Especial	Master
Consulta eletiva e clinica	R\$ 12,00	R\$ 12,00	R\$ 20,00
Consulta hospitalar	R\$ 25,00	R\$ 25,00	R\$ 35,00
Exames Básicos	R\$ 5,00	R\$ 5,00	R\$ 5,00
Exames especiais	R\$ 30,00	R\$ 35,00	R\$ 35,00
Procedimentos básicos	R\$ 10,00	R\$ 10,00	R\$ 10,00
Procedimentos especiais	R\$ 30,00	R\$ 35,00	R\$ 40,00
Internação	R\$ 90,00	R\$ 90,00	R\$ 110,00
Procedimentos Liberados em Grupo			
Psicoterapia	R\$ 15,00	R\$ 15,00	R\$ 15,00
Fonoaudiologia	R\$ 10,00	R\$ 10,00	R\$10,00

Fisioterapia	R\$ 10,00	R\$ 10,00	R\$10,00
Cobrança por evento, exceto naqueles liberados em GRUPO.			

18.7.4 – A coparticipação poderá sofrer reajuste no mesmo percentual e periodicidade aplicados à contraprestação pecuniária nos moldes do reajuste anual previsto na cláusula 20, que trata de reajuste anual.

19 CLÁUSULA DÉCIMA NONA FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

19.1 – Este contrato tem sua formação de preço preestabelecido entre CONTRATANTE e a INTERCLINICAS, com fundamento nas declarações da CONTRATANTE, sendo o pagamento do valor da contraprestação pecuniária efetuada pela CONTRATANTE antes da possibilidade de utilização das coberturas contratadas.

19.2 – O pagamento da contraprestação pecuniária (mensalidade), decorrente deste contrato, é de responsabilidade da CONTRATANTE, e esta se obriga a pagar à BMG, e será devida por si, pertinente a toda a população incluída e aceita na movimentação cadastral, sendo certo, que o valor estipulado, nesta data, corresponde ao número de BENEFICIÁRIOS indicado na Proposta Contratual, respeitadas as faixas etárias dos BENEFICIÁRIOS inscritos.

19.2.1 – Os contratos que vierem a ser celebrados com a administração pública direta ou indireta obedecerão os termos do respectivo Edital e a Lei nº 8.666/93.

19.2.2 – Caso a CONTRATANTE não receba a sua fatura ou outro instrumento de cobrança até 5 (cinco) dias úteis antes do vencimento, deverá comunicar à INTERCLINICAS.

19.2.3 – O não recebimento da fatura ou outro instrumento de cobrança não desobriga a CONTRATANTE de efetuar o seu pagamento no prazo de vencimento mensal.

19.2.4 – Os pagamentos deverão ser feitos, mensalmente, até a data do vencimento da contraprestação pecuniária, de acordo com a data da assinatura da Proposta Contratual, ou no primeiro dia útil subsequente quando o vencimento ocorrer em feriado ou que não haja expediente bancário, sendo reconhecido como comprovante de pagamento qualquer documento determinado pela INTERCLINICAS.

19.2.5 – O recebimento pela INTERCLINICAS de parcelas em atraso constituirá mera tolerância, não implicando novação contratual ou transação.

19.2.6 – O preço por BENEFICIÁRIO cadastrado ou excluído fora do período predeterminado na Proposta Contratual será cobrado integralmente na fatura subsequente à alteração cadastral, não implicando justificativa para o atraso de pagamentos qualquer divergência que ocorra na relação de BENEFICIÁRIOS, devendo a fatura ser paga pelo valor apresentado e os acertos realizados no faturamento seguinte.

19.2.7 – Em casos de atraso no pagamento das contraprestações pecuniárias pela CONTRATANTE ou pelos BENEFICIÁRIOS definidos nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98, a regularização se fará por meio de cobrança de multa de 2% (dois por cento), e juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, sem prejuízo na sua atualização monetária.

19.2.8 – O pagamento da contraprestação pecuniária referente a um determinado mês, não significa estarem pagos ou quitados débitos anteriores.

19.2.9 – É obrigação da CONTRATANTE pagar as contraprestações pecuniárias de acordo com o estabelecido pela INTERCLINICAS, quanto ao local, à forma e à data de pagamento, calculadas de acordo com o número de BENEFICIÁRIOS inscritos no plano escolhido e conforme o previsto na Proposta Contratual.

19.2.10 – Os impostos e demais encargos que venham a incidir sobre a contraprestação pecuniária ou o contrato serão da responsabilidade da CONTRATANTE.

19.2.11- Nenhum pagamento será reconhecido como feito à INTERCLINICAS, se a CONTRATANTE não possuir comprovantes devidamente autenticados por banco ou escritório central autorizado pela INTERCLINICAS.

20 CLÁUSULA VIGÉSIMA REAJUSTE

20.1 – Reajuste anual - a contraprestação pecuniária será reajustada anualmente, independentemente da data de inclusão dos BENEFICIÁRIOS, no aniversário do contrato, sem prejuízo da atualização das variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária, migração e adaptação de contrato à Lei nº 9.656, de 1998, as quais continuarão a ser feitas na condição e forma previstas neste contrato.

20.1.1 – O valor da contraprestação pecuniária e a tabela de preços para novas adesões serão reajustadas anualmente, de acordo com a variação do índice eleito pela INTERCLINICAS, apurado no período de 12 (doze) meses consecutivos, e o tempo de antecedência em 3 (três) meses da aplicação do reajuste em relação à data-base de aniversário, considerada esta o mês de assinatura do contrato, sendo vedada a aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano.

20.1.2 – Para fins de aplicação desta cláusula, considera-se reajuste qualquer variação positiva na contraprestação pecuniária, inclusive aquela decorrente de revisão ou reequilíbrio econômico-atuarial do contrato.

20.1.3 - No reajuste da contraprestação pecuniária será também considerada a variação da população (distribuição por sexo e faixa etária), que possa implicar alteração do perfil técnico atuarial da carteira de BENEFICIÁRIOS, visando com isso ao equilíbrio econômico-financeiro do contrato, sem prejuízo da periodicidade anual estabelecida na Resolução Normativa nº 195 e suas alterações.

20.1.4 – O reajuste também poderá incluir a variação do custo médico-hospitalar, apurada de acordo com a fórmula que segue, e complementada pela relação custo/receita acordada em aditivo contratual:

$$I_r = (\text{Cons} \times P1) + (\text{Ex} \times P2) + (\text{Proc} \times P3) + (\text{HM} \times P4) + (\text{S} \times P5) + (\text{DT} \times P6) + (\text{MM} \times P7) + (\text{DG} \times P8)$$

Onde:

I_r = Índice de reajuste.

Cons = Variação dos preços das consultas.

Ex = Variação dos preços dos exames.

Proc = Variação dos preços dos procedimentos.

HM = Variação dos preços dos honorários médicos.

S = Variação dos salários, comprovada por acordos, convenções ou dissídios coletivos entre os sindicatos de classe ou resultante da política salarial oficial.
DT = Variação dos preços das diárias e taxas hospitalares, obtida pela média aritmética do aumento no período, na rede credenciada, que consta dos Orientadores Médicos da BMG.
MM = Variação dos preços de materiais e medicamentos (de acordo com o Brasíndice).

DG = Variação dos preços das despesas gerais (conforme a alteração percentual do índice autorizado pelo governo).

P1 a P8 = Representam os pesos de cada um dos respectivos itens na fórmula, validados de acordo com as normas estabelecidas pelo órgão governamental competente.

20.1.5 – Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 (doze) meses consecutivos, anteriores à data-base de aniversário considerada como o mês de assinatura do contrato.

20.2 – O contrato será considerado integrante do agrupamento para fins de reajuste previsto na RN 309 da Agência Nacional de Saúde Suplementar se, na data da sua assinatura, possuir quantidade inferior a 30 (trinta) BENEFICIÁRIOS. A cada ano, na data do seu aniversário, será verificada novamente a quantidade de BENEFICIÁRIOS, para determinar se no reajuste do ano subsequente o contrato permanecerá no agrupamento ou se dele será excluído.

20.2.1 – O contrato perderá a condição de integrante do agrupamento, caso ele tenha 30 (trinta) participantes ou mais na sua próxima data de aniversário. Quando não integrante do agrupamento, a este contrato será praticado não o índice de reajuste apurado nos termos da RN 309 da Agência Nacional de Saúde Suplementar e, sim, o índice de reajuste decorrente do previsto especificamente para o contrato na cláusula 20.1.4.

20.2.2 – O contrato adquirirá a condição de integrante do agrupamento para o reajuste do ano subsequente, caso ele tenha menos de 30 (trinta) participantes na data de aniversário do contrato. Quando integrante do agrupamento, a este contrato será praticado o índice de reajuste apurado nos termos da RN 309 da Agência Nacional de Saúde Suplementar e, não, o índice de reajuste decorrente do previsto especificamente para o contrato na cláusula 20.1.4.

20.2.3 – Para fins de apuração do índice de reajuste com base no agrupamento de contratos com menos de 30 (trinta) BENEFICIÁRIOS, será aplicada a metodologia disposta nas sub-cláusulas abaixo:

20.2.3.1 – O valor da contraprestação pecuniária e a tabela de preços para novas adesões serão reajustadas anualmente, de acordo com a variação do índice financeiro eleito pela INTERCLINICAS(IRF), apresentado na cláusula 20.2.3.3 e, caso seja necessário, será adicionado o índice técnico de acordo com a sinistralidade da carteira (IRTS), conforme apresentado na cláusula 20.2.3.4.

20.2.3.2 – Para fins de aplicação desta cláusula, considera-se reajuste

qualquer variação positiva na contraprestação pecuniária, inclusive aquela decorrente de revisão ou reequilíbrio econômico-atuarial do contrato.

20.2.3.3 – O índice eleito pela INTERCLINICAS corresponde à variação dos custos médicos-hospitalares (IRF), de acordo com a fórmula que segue:

$$\text{IRF} = (\text{Cons} \times \text{P1}) + (\text{Ex} \times \text{P2}) + (\text{Proc} \times \text{P3}) + (\text{HM} \times \text{P4}) + (\text{S} \times \text{P5}) + (\text{DT} \times \text{P6}) + (\text{MM} \times \text{P7}) + (\text{DG} \times \text{P8}).$$

Onde:

IRF = Índice de Reajuste Financeiro Cons = Variação dos preços das consultas

EX = Variação dos preços dos exames.

Proc = Variação dos preços dos procedimentos.

HM = Variação dos preços dos honorários médicos.

S = Variação dos salários, comprovada por acordos, convenções ou dissídios coletivos entre os sindicatos de classe ou resultantes da política salarial oficial.

DT = Variação dos preços das diárias e taxas hospitalares.

MM = Variação dos preços de materiais e medicamentos.

DG = Variação dos preços das despesas gerais.

P1 a P8 = Representam os pesos de cada um dos respectivos itens na fórmula.

20.2.3.4 – Poderá ser adicionado o reajuste técnico por Sinistralidade da carteira (IRTS) se a mesma estiver acima de 0,60 (sessenta centésimos), conforme a seguinte fórmula:

$$\text{IRTS} = \text{Sin} \div (0,60 \times \text{Rec.}) - 1$$

Onde:

IRTS = Índice de Reajuste Técnico por Sinistralidade.

Sin. = Total de Sinistros da carteira de um período de 12 meses.

Rec. = Total de Receitas da carteira de um período de 12 meses.

0,60 = Índice Máximo de Sinistralidade.

20.2.3.5 – Para fins de apuração do índice de reajuste, poderão ser incluídos os custos imprevistos e imediatos decorrentes de incorporação tecnológica, epidemias e alterações legais e regulamentares de grande impacto no custo assistencial e de vigência imediata.

20.2.4 – A INTERCLINICAS divulgará até o primeiro dia útil do mês de maio de cada ano, e manterá em seu endereço eletrônico da Internet, o percentual de reajuste a ser aplicado aos contratos integrantes do agrupamento de contratos na data de seu aniversário, bem como identificará os contratos que receberão o reajuste com o código informado no sistema RPC e seus respectivos planos com número de registro da ANS. A operadora também informará o percentual aplicado por meio do boleto e da fatura de cobrança.

20.2.5 – As disposições aqui referenciadas não afetam ou excluem o reajuste por faixa etária, que seguirá o disposto na cláusula contratual que prevê esse reajuste.

20.3 – Os valores relativos à coparticipação poderão sofrer reajuste em percentual igual ao aplicado à contraprestação pecuniária.

21 CLÁUSULAS VIGÉSIMA PRIMEIRA FAIXAS ETÁRIAS

21.1 – Havendo a alteração de faixa etária de qualquer BENEFICIÁRIO inscrito no presente contrato, a contraprestação pecuniária será reajustada no mês subsequente ao da ocorrência, de acordo com a tabela a seguir, cujo percentual se acrescentará sobre o valor da última mensalidade, observadas as seguintes condições:

- I. O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária.
 - II. A variação acumulada entre a sétima e a décima faixa não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.
- Percentuais de aumento por faixa etária pós res. RN nº63/2003

Tabela

22 CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANO COLETIVO

Demitido

22.1 – Desde que haja opção da CONTRATANTE e havendo comprovação de que o BENEFICIÁRIO titular contribuiu para o plano contratado, em decorrência de seu vínculo empregatício, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho, sem justa causa, terá o direito de manter sua condição de BENEFICIÁRIO e de seus dependentes a ele vinculados, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma junto à CONTRATANTE o pagamento integral das contraprestações pecuniárias, observadas as exigências da legislação vigente acerca do tema.

22.2 – O período de manutenção da condição de BENEFICIÁRIO será de um terço do tempo que tenha contribuído para o plano, ou seus sucessores, com um mínimo assegurado de 6 (seis) meses e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses.

Aposentado

22.3 – Desde que haja opção pela CONTRATANTE e havendo comprovação de que o BENEFICIÁRIO titular contribuiu para o plano contratado pelo prazo mínimo de 10 (dez) anos, em decorrência de seu vínculo empregatício, ao se aposentar, terá o direito de permanência na qualidade de BENEFICIÁRIO e dos seus dependentes inscritos, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma junto à CONTRATANTE o pagamento integral das contraprestações pecuniárias, observadas as exigências da legislação vigente acerca do tema.

22.4 – Na hipótese de contribuição, pelo então empregado, por período inferior

a 10 (dez) anos, é assegurado o direito de manutenção como BENEFICIÁRIO, à razão de um ano para cada ano de contribuição.

Obrigações da CONTRATANTE

22.5 – Quando da manutenção do ex-empregado na condição de BENEFICIÁRIO a CONTRATANTE irá inseri-lo em plano, conforme opção realizada em termo próprio quando da contratação, de acordo com a legislação vigente.

22.6 – A CONTRATANTE obriga-se ainda a apresentar aos BENEFICIÁRIOS, a qualquer tempo e quando da opção pela manutenção do ex-empregado, a tabela de preços por faixa etária que será adotada, com suas devidas atualizações, fornecida pela operadora.

22.7 - As regras para estabelecimento de preços por faixa etária atualizada – valor correspondente ao preço do BENEFICIÁRIO por faixa etária, serão disponibilizadas pela operadora em consonância com a legislação vigente.

22.8 – A fim de que os seus aposentados e demitidos sem justa causa possam ser mantidos como BENEFICIÁRIOS deste contrato conforme preceitua a legislação em vigor, devem ser observadas as condições estabelecidas nas cláusulas a seguir.

Contribuição/participação financeira

22.9 – Não se caracterizam como participação financeira os valores relacionados aos dependentes e agregados e a coparticipação do usuário, única e exclusivamente em procedimentos, como fator moderador, na utilização da assistência objeto deste contrato.

22.10 – Para fins de apuração dessa contribuição, também se considera como tal o pagamento de valor fixo assumido pelo empregado que foi incluído em outro plano privado de assistência à saúde oferecida pelo empregador em substituição ao originalmente disponibilizado sem sua participação.

22.11 – O titular que não tenha participado financeiramente do plano, durante o período que mantiver o vínculo empregatício, não terá direito à permanência do plano.

22.12 – Ainda que no momento da demissão, exoneração sem justa causa ou aposentadoria o ex-empregado não esteja realizando o pagamento de contribuição, são assegurados ao mesmo os direitos previstos nos artigos 30 e 31, na proporção de sua efetiva contribuição.

Extensão ao grupo familiar

22.13 – O direito de manter a condição de BENEFICIÁRIO estende-se a todo o grupo familiar do empregado inscrito quando da vigência do contrato de trabalho, não impedindo, contudo, que seja mantido individualmente ou apenas com parte de seu grupo familiar.

22.14 – Em caso de morte do titular, o direito de permanência é assegurado aos dependentes cobertos pelo plano privado coletivo de assistência à saúde, nos termos do disposto neste contrato. Caracterização das condições de elegibilidade para fins da concessão do

benefício previsto neste instrumento.
22.15 – A CONTRATANTE obriga-se a declarar e comprovar expressamente por ocasião da dispensa ou da aposentadoria, contribuição/participação financeira dos seus aposentados e demitidos sem justa causa, total ou parcial no valor da mensalidade do plano de saúde.
22.16 – A CONTRATANTE obriga-se a dar comprovadamente ciência aos seus empregados aposentados e demitidos sem justa causa, sobre a existência do direito que permite aos mesmos permanecerem como usuários da INTERCLINICAS, nas condições previstas nesta cláusula, enquanto for vigente o contrato, observadas as condições de permanência e prazos-limite previstos na legislação específica.
22.17 – A CONTRATANTE entregará à INTERCLINICAS cópia da manifestação expressa firmada pelo empregado aposentado ou demitido sem justa causa (declaração de oferecimento dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998), no sentido de que o mesmo aceitou ou refutou a manutenção da condição de usuário do plano. O direito de opção de manutenção do plano de saúde deverá ser exercido obrigatoriamente dentro do prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da manifestação de ciência citada no item anterior.

Manutenção da condição de BENEFICIÁRIO

22.18 – As mensalidades correspondentes, assim como os valores relativos à coparticipação, esta quando contratada, serão pagas diretamente pelos usuários titulares, ex-empregados, sempre até o vencimento e nos locais indicados pela INTERCLINICAS, acrescidas dos valores próprios à administração e cobrança individualizada.
22.19 – A manutenção da condição de BENEFICIÁRIO no mesmo plano privado de assistência à saúde em que se encontrava quando da demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria observará as mesmas condições de reajuste, preço, faixa etária e fator moderador existente durante a vigência do contrato de trabalho.
22.20 – O direito assegurado ao BENEFICIÁRIO não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.
22.21 – O valor da contraprestação pecuniária a ser paga pelo ex-empregado deverá corresponder ao valor integral estabelecido na tabela de custos por faixa etária, com as devidas atualizações.
22.22 – Ao empregado aposentado que continua trabalhando na empresa CONTRATANTE e vem a se desligar da mesma é garantido o direito de manter sua condição de BENEFICIÁRIO.

22.23 – Estará excluído do contrato o BENEFICIÁRIO titular e seus respectivos dependentes que estejam em gozo desse benefício, se alguma mensalidade permanecer sem quitação por 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, sem prejuízo do pagamento dos valores em atraso ou a critério da INTERCLINICAS, das despesas porventura realizadas no período da inadimplência.

Portabilidade especial

22.24 – O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado ou seus dependentes vinculados ao plano, durante o período de manutenção da condição de BENEFICIÁRIOS garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998, poderão exercer a portabilidade especial de carências para plano de saúde individual ou familiar ou coletivo por adesão, de outra operadora, na forma e especificidades previstas na Resolução nº 279 da ANS.

Extinção do direito assegurado nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998

22.25 – O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado não poderá exercer o direito de manutenção quando da ocorrência das seguintes hipóteses:
I – pelo decurso dos prazos previstos nos parágrafos únicos dos artigos 4º e 5º da Resolução Normativa nº 279;
II – pela admissão do BENEFICIÁRIO demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado em novo emprego; ou
III – pelo cancelamento do plano privado de assistência à saúde pelo empregador que concede esse benefício a seus empregados ativos e ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados.

Comunicação de exclusão do BENEFICIÁRIO

22.26 – A CONTRATANTE obriga-se a informar a operadora para efetiva exclusão do BENEFICIÁRIO do plano privado de assistência à saúde, com sua comprovação, os seguintes dados:

- I – se o BENEFICIÁRIO foi excluído por demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria;
- II – se o BENEFICIÁRIO demitido ou exonerado sem justa causa se enquadra no disposto do artigo 22 da Resolução Normativa nº 279;
- III- Se o BENEFICIÁRIO contribuía para o pagamento do plano privado de assistência à saúde;
- IV – por quanto tempo o BENEFICIÁRIO contribuiu para o pagamento do plano privado de assistência à saúde;
- V – se o ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado optou pela sua manutenção como BENEFICIÁRIO ou se recusou a manter essa condição.

22.27 – A CONTRATANTE obriga-se a apresentar a operadora a qualquer tempo e assim que solicitada, os documentos originais comprobatórios referentes às informações prestadas.

22.28 – A exclusão do BENEFICIÁRIO apenas será aceita pela operadora mediante a comprovação de comunicação inequívoca da opção de manutenção da condição de BENEFICIÁRIO de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho.

22.29 – Enquanto a documentação de comprovação não for entregue à operadora, a CONTRATANTE continuará responsável pelo pagamento integral

da contraprestação referente ao respectivo BENEFICIÁRIO até que a entrega se concretize.

23 CLAÚSULA VIGÉSIMA TERCEIRA CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

23.1 A suspensão ou exclusão de BENEFICIÁRIOS somente poderá ser realizada mediante pedido por escrito da CONTRATANTE, no período da movimentação cadastral conforme assinalado na Proposta Contratual.

23.2 A CONTRATANTE obriga-se a proceder à devolução do cartão de identificação destinado ao uso do sistema, pertencente ao(s) BENEFICIÁRIO(s) excluído(s)

23.3 A INTERCLINICAS poderá, ainda, excluir ou suspender a assistência à saúde do BENEFICIÁRIO titular e/ou seus dependentes, independentemente da vigência contratual, e sem a necessidade de anuência do CONTRATANTE nos seguintes casos:

- a) Prática, pelo BENEFICIÁRIO, de fraude, qualquer omissão, falsidade, inexatidão ou erro nas declarações constantes da Proposta Contratual para Contratação Coletiva, mediante procedimento administrativo específico.
- b) Fornecimento, pelo BENEFICIÁRIO ou CONTRATANTE, de informações incompletas e/ou inverídicas na Declaração de Saúde, quando aplicável, do BENEFICIÁRIO titular e seus dependentes, conforme modalidade contratual.
- c) Prática de infrações pelo BENEFICIÁRIO ou CONTRATANTE, com o objetivo de obtenção de vantagem ilícita, para si ou para outrem.
- d) Perda dos vínculos de dependência no caso de BENEFICIÁRIO dependente

23.4 As exclusões cadastrais implicarão perda imediata do direito da cobertura do atendimento.

23.5 Independentemente das consequências e responsabilidades legais, nos casos comprovados de fraude, o BENEFICIÁRIO titular e seus dependentes perderão quaisquer direitos aos benefícios previstos neste contrato, assim como da devolução de qualquer quantia paga.

23.6 A CONTRATANTE deverá comunicar aos BENEFICIÁRIO inscritos no plano da INTERCLINICAS sobre a extinção do contrato, informando-os ainda, caso não haja continuidade de benefício com outra operadora de planos de saúde, sobre o direito de optarem pela possibilidade de contratação do plano individual, com aproveitamento das carências já cumpridas, desde que a opção ocorra no período de até 30(trinta) dias contados a partir da data de rescisão ou do desligamento do BENEFICIÁRIO e que a CONTRATANTE esteja em dia com o pagamento de suas faturas mensais.

24 CLÁUSULAS VIGÉSIMA QUARTA RESCISÃO/SUSPENSÃO DO CONTRATO

24.1 A CONTRATANTE, em atraso de pagamento superior a 10(dez) dias de qualquer de suas contraprestações pecuniárias, fica com o direito a cobertura e do reembolso suspensos para todos os benefícios contratuais.

Rescisão

24.2 Para fins de rescisão do contrato fica certo entre as partes que:

24.2.1 O presente contrato poderá ser extinto por qualquer uma das partes, imotivadamente, após a vigência do período de 12(doze) meses, desde que haja prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de 60(sessenta) dias.

24.2.2 O contrato poderá ser extinto unilateralmente pela INTERCLINICAS, caso ocorra atraso no pagamento das contraprestações pecuniárias por período superior a 60(sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12(doze) meses de vigência do mesmo, ou no caso de fraude.

24.2.2.1 Fica garantido à INTERCLINICAS o uso dos recursos legais necessários para cobrança das contraprestações pecuniárias em atraso, incluindo a inscrição do devedor nos cadastros de inadimplentes, mantidos por instituições de proteção ao crédito.

24.2.3 O contrato estará automaticamente extinto, se o número de BENEFICIÁRIOS inscritos se tornar inferior a 2(dois) BENEFICIÁRIOS, ainda que não completos 12(doze) meses de vigência, sendo facultado aos BENEFICIÁRIOS a transferência para um produto individual, em suas bases e condições vigentes, inclusive com relação a preço.

24.2.4 Poderá a INTERCLINICAS extinguir o contrato ainda, nas hipóteses de omissão de informações ou fornecimento de informações incorretas ou inverídicas pela CONTRATANTE, para auferir vantagens próprias ou para seus BENEFICIÁRIOS, hipóteses essas reconhecidas como violação ao contrato e o princípio da boa fé objetiva.

24.2.5 Nas hipóteses de extinção por fraude ou violação contratual, não fica afastada a possibilidade da INTERCLINICAS buscar indenizações pelos prejuízos que tiver ou que vier a ter com a cobertura indevidamente concedida, sem prejuízos de outras medidas judicialmente cabíveis.

24.2.6 Nas hipóteses dos artigos 30 e 31 da lei nº9.656/1998, o contrato poderá ser rescindido, unilateralmente, quando houver o não pagamento das mensalidades por parte dos BENEFICIÁRIOS por período superior a 60(sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12(doze) meses de vigência do contrato.

24.2.7 Independentemente das consequências e responsabilidades legais, o contrato será extinto nos casos comprovados de fraude na Declaração de Saúde, perdendo o BENEFICIÁRIO e seus dependentes quaisquer direitos dos benefícios previstos neste contrato, assim como da devolução de qualquer quantia paga.

24.2.7.1 Para fins do exposto acima a omissão de informação na Declaração de Saúde deverá ser comprovada pela ANS, mediante processo administrativo próprio.

24.2.8 No caso de extinção por fraude na Declaração de Saúde ficam os BENEFICIÁRIOS ainda solidariamente responsáveis por ressarcir a INTERCLINICAS das coberturas indevidas.

24.3 Caso a CONTRATANTE extinga imotivadamente ou venha a dar causa à extinção do Contrato, antes de transcorrido o prazo mínimo de 12(doze) meses de vigência, ficará sujeita ao pagamento de multa rescisória à CONTRATADA no valor correspondente a 50%(cinquenta por cento) das contraprestações vencidas até o término do referido prazo mínimo de vigência, sem prejuízo do

pagamento de todas as demais obrigações e encargos contratuais devidos até a data da extinção do contrato, aqui incluídos os valores relativos a coparticipação e franquia, ainda que futuramente exigidos, sem prejuízo de encaminhamento de ofício ao SPC, Serasa e demais órgãos de proteção ao crédito a exclusivo critério da CONTRATADA. Mediante prévio aviso à CONTRATANTE

25 CLÁUSULA VIGÉSIMA QUINTA DISPOSIÇÕES GERAIS

25.1 Fazem parte do presente contrato seus anexos e regulamentos, bem com a proposta contratual, o orientador médico com a rede credenciada da INTERCLINICAS definida pelo tipo de plano contratado, a declaração de saúde , o Manual de Orientação para Contratação de Saúde (MPS) e o Guia de leitura Contratual (GLC), previamente entregues à CONTRATANTE, a carta de orientação ao BENEFICIÁRIO os recibos de pagamento e do Rol de Procedimentos e suas Diretrizes, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

25.1.1 O Rol de Procedimentos e suas Diretrizes, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), tem sua atualização sob a responsabilidade da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e está disponível no site www.ans.gov.br e acessível por meio do site www.interclinicas.net.br

25.1.2 Será de responsabilidade do CONTRATANTE entregar ao BENEFICIÁRIO titular, previamente à assinatura do contrato de adesão, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS), que poderá ser disponibilizado em material impresso ou através de mídia digital.

25.1.3 Será de responsabilidade da INTERCLINICAS o envio ao BENEFICIÁRIO titular do Guia de Leitura Contratual (GLC), que poderá ser disponibilizado em material impresso ou através de mídia digital, junto com o cartão de identificação.

25.1.4 Será de responsabilidade do CONTRATANTE e da INTERCLINICAS disponibilizar, sempre que solicitado pelo BENEFICIÁRIO titular , cópia das Condições Gerais do contrato, que conterão, no mínimo, os temas que compõem o Guia de Leitura Contratual

25.1.5 A CONTRATANTE declara, neste ato, sob as penas da lei, a veracidade das informações ora prestadas, bem como declara que todas as inclusões de BENEFICIÁRIOS obedecerão às regras estabelecidas no contrato, principalmente no que tange à elegibilidade nos termos da legislação vigente , responsabilizando-se administrativa, penal e civilmente, por seus termos, bem como pelos prejuízos a que der causa.

25.2 A nomenclatura médica de doenças a que se refere este contrato segue a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, Décima Versão – CID 10 da Organização Mundial da Saúde.

25.3 TRANSFERENCIA DE PLANOS: as partes acordam que a mudança de plano poderá ser solicitada pelo CONTRATANTE, constituindo-se causa para novo plano e eventual assinatura de novo contrato.

25.3.1 Quando da transferência do titular e seus dependentes para um plano com mais benefícios, será contabilizado o tempo de vigência do plano anterior para o novo. BENEFICIÁRIO que fizer esta opção deverá cumprir as carências

estipuladas pela INTERCLINICAS para os novos benefícios adquiridos com esta alteração.

25.3.2 Os benefícios mencionados acima correspondem a utilização de NOVA REDE CREDENCIADA, utilização da NOVA ACOMODAÇÃO e utilização do REEMBOLSO, conforme previsto na legislação vigente.

25.3.3 A transferência somente ocorrerá quando efetuada pelo BENEFICIÁRIO titular e incluirá todos os BENEFICIÁRIOS do plano anteriormente contratados.

25.4 A autorização, por parte da INTERCLINICAS, de eventos não previstos ou excluídos neste contrato não confere à CONTRATANTE direito adquirido e/ou extensão de abrangência de coberturas do presente contrato, caracterizando mera liberdade da INTERCLINICAS.

25.5 Caso haja a obrigatoriedade de coberturas não previstas neste contrato ou no Rol de Procedimentos e suas Diretrizes, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, ainda que por força de decisão judicial, ou por procedimento administrativo, caberá à CONTRATANTE reembolsar a INTERCLINICAS por todo e qualquer valor que esta venha a despendar, incluindo o valor da condenação, das custas das despesas processuais e dos honorários advocatícios.

25.6 A tolerância ou a demora da INTERCLINICA Sem exigir da CONTRATANTE o cumprimento de quaisquer das obrigações aqui previstas, ou mesmo a sua omissão quanto a tais questões, não será considerada novação, podendo, conforme o caso, a qualquer tempo, ser exigida seu cumprimento.

25.7 Não é admitida a presunção de que a INTERCLINICAS ou a CONTRATANTE possuam ter conhecimento de circunstâncias que não constem deste contrato, ou de comunicações posteriores por escrito.

25.8 Conforme disposto em regulação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o envio de informações relativas à assistência médica prestada aos consumidores de planos privados de assistência de saúde, permanecem sob responsabilidade da INTERCLINICAS, através de seu Coordenador Médico de informações em Saúde, devidamente cadastrados junto à ANS, que, resguardadas as prerrogativas e obrigações profissionais desse coordenador, responde pela omissão ou incorreção dos dados solicitados, sempre objetivando a garantia de sigilo médico das informações do usuário.

26 CLÁUSULA VIGÉSIMA SEXTA DO FORO

26.1 Fica eleito o foro de domicílio do CONTRATANTE, para dirimir as questões oriundas do presente contrato.