

IMPORTANTE - LEIA COM ATENÇÃO
INSTRUÇÕES GERAIS

- 1.** Leia com atenção todas as cláusulas destas Condições Gerais, especialmente aquelas relativas às Coberturas do Seguro (4); Exclusões de Cobertura (5), Limites de Reembolso (9) e Cálculo do Prêmio Mensal (13);
- 2.** Todas as informações solicitadas, principalmente as relativas ao estado de saúde e às doenças e/ou lesões preexistentes, são importantes para a aceitação da Proposta de Adesão;
- 3.** Para a regularidade e validade destas Condições Gerais é essencial que as informações fornecidas sejam precisas e verdadeiras, sob pena de perda do direito aos serviços médicos, ambulatoriais, hospitalares e obstétricos e cancelamento do Seguro;
- 4.** O início de vigência das Condições Gerais ocorrerá à partir do 1º (primeiro) dia subsequente ao pagamento da primeira parcela e somente após a emissão da Apólice de Seguro;
- 5.** À Seguradora é concedido o prazo de 20 (vinte) dias, contados a partir da data do protocolo da Proposta de Adesão e/ou da solicitação de inclusão de dependente(s), para proceder à emissão do Seguro;
- 6.** Ao receber os documentos e materiais relativos a estas Condições Gerais, confira-os com atenção e comunique-nos qualquer irregularidade.

ÍNDICE

1. OBJETO DO SEGURO	1
2. PARTES INTEGRANTES	1
3. DEFINIÇÕES	2
4. COBERTURAS DO SEGURO	4
5. EXCLUSÕES DE COBERTURA	7
6. AUTORIZAÇÃO PRÉVIA DA SEGURADORA	9
7. CARÊNCIAS	9
8. REEMBOLSO	10
9. LIMITES DE REEMBOLSO	11
10. ÍNDICE DE ADESÃO	11
11. ACEITAÇÃO DE SEGURADOS	12
12. VIGÊNCIA DO SEGURO	13
13. CÁLCULO DO PRÊMIO MENSAL	13
14. REAVALIAÇÃO DO PRÊMIO MENSAL	14
15. PAGAMENTO DO PRÊMIO MENSAL	15
16. SUSPENSÃO E REATIVAÇÃO DA COBERTURA	16
17. CANCELAMENTO DO SEGURO	16
18. DIVERGÊNCIAS DE NATUREZA MÉDICA	17
19. ALTERAÇÃO DE PLANO DE SEGURO	18
20. DISPOSIÇÕES FINAIS	18
21. REMISSÃO DE PAGAMENTO DE PRÊMIO AOS SEGURADOS DEPENDENTES DO SEGURADO TITULAR FALECIDO	19

CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO DE REEMBOLSO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE NOS SEGMENTOS AMBULATORIAL, HOSPITALAR E OBSTÉTRICO

PEQUENAS E MÉDIAS EMPRESAS

20 A 49 VIDAS

1. OBJETO DO SEGURO

Este Seguro tem por objetivo garantir o reembolso das despesas efetuadas pelo Segurado com a assistência médica e/ou hospitalar no Brasil e no exterior, em conformidade com a LEI nº 9.656/98, observadas as coberturas, exclusões e limites estabelecidos nestas Condições Gerais.

2. PARTES INTEGRANTES

2.1. SEGURADORA

É a Porto Seguro - Seguro Saúde S/A, CNPJ nº 04.540.010/0001-70, pessoa jurídica de direito privado, legalmente autorizada a operar Planos de Seguro, registrada na ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar sob o nº 000582, que assume as garantias das coberturas objeto da Apólice de Seguro.

2.2. CORRETOR DE SEGUROS

É o intermediário, pessoa física ou jurídica, legalmente autorizado a representar os Segurados, angariar e promover contratos de seguros entre as Seguradoras e as pessoas físicas ou jurídicas de direito público ou privado. Na forma do Decreto Lei nº 73/66, o corretor é o responsável pela orientação aos Segurados sobre as coberturas, obrigações e exclusões do Contrato de Seguro.

2.3. ESTIPULANTE

2.3.1. É a pessoa jurídica legalmente constituída, que contrata o Seguro com a Seguradora e se responsabiliza pelo pagamento do prêmio mensal.

2.3.2. O Estipulante fica investido dos poderes de representação do Segurado perante a Seguradora, devendo ser encaminhadas a ele todas as comunicações ou avisos inerentes à Apólice de Seguro.

2.3.3. Cabe ao Estipulante informar aos Segurados da Apólice de Seguro sobre todas as suas características e particularidades.

2.4. GRUPO SEGURÁVEL

É o conjunto de pessoas físicas, devidamente caracterizado pelo vínculo empregatício ao Estipulante, e seus Dependentes, conforme ratificado na Apólice de Seguro.

2.5. GRUPO SEGURADO

É, em qualquer época, o conjunto de pessoas efetivamente aceito no Seguro, cuja cobertura esteja em vigor.

2.6. SEGURADO

É o componente do Grupo Segurado, aceito e incluído no Seguro, identificado como:

2.6.1. SEGURADO TITULAR

É a pessoa física com vínculo empregatício devidamente caracterizado ao Estipulante e efetivamente aceito no Seguro.

2.6.2. SEGURADOS DEPENDENTES

A critério do Estipulante, o Seguro poderá ser extensivo ao cônjuge ou companheiro(a), aos filhos solteiros menores de 30 (trinta) anos de idade e aos filhos inválidos de qualquer idade.

3. DEFINIÇÕES

3.1. ACIDENTE PESSOAL

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

3.2. APÓLICE DE SEGURO

É o documento emitido pela Seguradora após a aceitação do Seguro, que define e regula as relações entre o Estipulante e a Seguradora, estabelecendo os recíprocos direitos e obrigações. São partes integrantes da Apólice de Seguro as Propostas de Seguro, as Condições Gerais referentes ao Plano de Seguro contratado e as Declarações de Saúde quando requeridas pela Seguradora.

3.3. CARÊNCIAS

É o período de tempo ininterrupto, contado a partir da data da inclusão do Segurado na Apólice de Seguro, durante o qual este deverá permanecer sem direito a determinadas coberturas do Plano de Seguro contratado.

3.4. CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

É emitido pela Seguradora em favor do Segurado, após a sua inclusão no Seguro e quitação do prêmio correspondente, com data de validade e indicação do Plano de Seguro contratado. **Sua apresentação, junto com o documento de identificação pessoal do Segurado, é exigida para qualquer atendimento realizado na rede credenciada.**

3.4.1. O cartão de identificação deve ser devolvido à Seguradora sempre que for substituído por outro ou quando da exclusão do Segurado ou no cancelamento da Apólice de Seguro, cabendo ao Estipulante o ônus decorrente da sua utilização indevida.

3.5. COBERTURA

É a garantia do reembolso das despesas com assistência médica e/ou hospitalar efetuadas pelo Segurado, decorrentes de eventos cobertos por este Seguro.

3.6. COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA

Tendo sido identificadas pela Seguradora quaisquer doenças e/ou lesões preexistentes à aceitação da Proposta de Seguro, por meio da Declaração de Saúde ou mediante exame médico, a cobertura parcial temporária será aquela aplicada ao Segurado pela Seguradora, durante o período de 24 (vinte e quatro) meses contados a partir do início de vigência individual das coberturas contratadas, durante os quais estão excluídos, para aquelas doenças e/ou lesões, todos os eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade.

3.7. CONDIÇÕES PARTICULARES

Dizem respeito às condições específicas estabelecidas na contratação do Seguro e ratificadas em contrato firmado entre a Seguradora e o Estipulante.

3.8. CONSULTA DE RETORNO

É assim considerada qualquer consulta para fins de entrega e/ou avaliação de resultados de exames complementares, ou exclusivamente para prescrição de medicamentos.

3.9. CO-PARTICIPAÇÃO FACULTATIVA EM DESPESAS COBERTAS PELO SEGURO

É o montante em dinheiro que o Estipulante restituirá à Seguradora a cada evento, conforme descrito nos itens 4.2.7 "d" e 13.3. destas Condições Gerais, ratificada na Apólice de Seguro.

3.10. DLP - DOENÇAS E/OU LESÕES PREEXISTENTES

Doenças e lesões preexistentes são aquelas que o Segurado ou seu responsável, saiba ser portador ou sofredor, à época da contratação da Apólice de Seguro de assistência à saúde.

3.11. EMERGÊNCIA

Para fins deste Seguro entendem-se como emergências os casos em que há necessidade de atuação médica, por implicar em risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o Segurado, caracterizadas em declaração do médico assistente.

3.12. EVENTO

É o conjunto de ocorrências e/ou serviços de assistência médico-hospitalar que tenha como origem ou causa o mesmo dano involuntário à saúde do Segurado em decorrência de acidente pessoal ou doença.

3.13. EVENTO COBERTO

É todo evento ocorrido com o Segurado **durante a vigência de cobertura do Seguro**, cujas despesas estejam cobertas e previstas nestas Condições Gerais e não figure na **CLÁUSULA 5 – EXCLUSÕES DE COBERTURA**.

3.14. FORMAS DE CUSTEIO DO SEGURO

De acordo com a opção do Estipulante ratificada na Apólice de Seguro, o custeio poderá ser:

- a) **Não contributivo** – em que os Segurados não pagam prêmio, recaindo o ônus do Seguro totalmente sobre o Estipulante;
- b) **Contributivo** – em que os Segurados participam no pagamento do prêmio, total ou parcialmente.

3.15. HOSPITAL DIA

É o atendimento hospitalar para a realização de tratamento cirúrgico, no qual o paciente permanece no hospital pelo período de tempo suficiente para conclusão dos procedimentos, sem pernoitar ou internar no hospital.

3.16. LEITOS DE ALTA TECNOLOGIA

São unidades de terapia intensiva, unidades de terapia semi-intensiva, recuperação pós-anestésica, unidades coronarianas, unidades de tratamento de pacientes queimados e unidades de isolamento.

3.17. PLANO DE SEGURO

É o conjunto composto pelas coberturas, limites de reembolso, rede credenciada e padrão de acomodação escolhido pelo Estipulante por ocasião da contratação do Seguro e ratificados na Apólice de Seguro.

Planos de Seguro oferecidos com acomodação em enfermaria:

- CRISTAL I
- BRONZE I
- PRATA I

Planos de Seguro oferecidos com acomodação em apartamento:

- CRISTAL II
- OURO I
- DIAMANTE I
- BRONZE II
- OURO II
- DIAMANTE II
- PRATA II
- DIAMANTE III

3.18. PRÊMIO DE SEGURO

É a quantia paga em moeda corrente nacional, mensal e antecipadamente, pelo Estipulante à Seguradora, para resguardar o direito às coberturas previstas no Plano de Seguro contratado, ratificado na Apólice de Seguro.

3.19. PROCEDIMENTOS

São todos os atos médicos que têm por objetivo a avaliação, manutenção ou recuperação da saúde do Segurado, **respeitadas as coberturas deste Seguro**, conforme estabelecidas nestas Condições Gerais.

3.20. PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE

Para fins deste Seguro são considerados procedimentos de alta complexidade aqueles estabelecidos nos dispositivos vigentes que regulamentam a LEI nº 9.656/98.

3.21. PROPONENTE

É a pessoa componente do grupo segurável que propõe a sua inclusão no Seguro e que passará a ser Segurado quando aceito pela Seguradora.

3.22. PROPOSTA DE ADESÃO / DECLARAÇÃO DE SAÚDE

É o documento mediante o qual o Proponente expressa a sua intenção de inclusão no Seguro, manifestando pleno conhecimento de suas obrigações e direitos estabelecidos nestas Condições Gerais.

3.22.1. A partir das respostas do Proponente na Declaração de Saúde, a Seguradora definirá, quando for o caso, por motivo de doença e/ou lesão preexistente, a cobertura parcial temporária.

3.23. REDE CREDENCIADA

É o conjunto de prestadores de serviços legalmente habilitados e opcionalmente colocados à disposição pela Seguradora.

3.23.1. No caso de utilização da rede credenciada, o pagamento das despesas cobertas pelo Plano de Seguro contratado será feito pela Seguradora direta e exclusivamente aos prestadores dos serviços em nome e por conta do Segurado.

3.23.2. Em caso de utilização da rede credenciada, as coberturas garantidas por este Seguro corresponderão sempre aos **procedimentos previamente contratados entre a Seguradora e o prestador de serviços médico-hospitalares**, preservado o direito do Segurado de solicitar reembolso para os eventos cobertos por este Seguro e eventualmente não contratados entre a Seguradora e o prestador, observadas as **CLÁUSULAS 8 - REEMBOLSO e 9 - LIMITES DE REEMBOLSO**.

3.24. REEMBOLSO

É o pagamento ao Segurado das despesas realizadas com tratamentos ambulatoriais, hospitalares e obstétricos desde que decorrentes de eventos cobertos até os limites de valores estabelecidos no Plano de Seguro contratado e previstos nas **CLÁUSULAS 8 – REEMBOLSO e 9 – LIMITES DE REEMBOLSO** destas Condições Gerais.

3.25. TPSR - TABELA PORTO SEGURO DE REEMBOLSO

A TPSR, em conformidade com a LEI nº 9.656/98, devidamente registrada em cartório e adotada pela Seguradora, constitui-se no instrumento base para cálculo de reembolso das despesas efetuadas pelo Segurado.

3.25.1. A TPSR define valores básicos unitários por procedimento em quantidades de USP – Unidade de Serviço Porto Seguro, para honorários médicos, exames complementares e terapias, bem como a composição e o número de profissionais da equipe médica, porte anestésico e metragem de filmes radiológicos quando for devido, taxas de sala, taxas de uso de equipamentos, gasoterapia, diárias e taxas de serviços em regime de internação.

3.26. URGÊNCIA

Para fins deste Seguro entendem-se como urgências os casos em que há necessidade de atuação médica em consequência de acidente pessoal ou de complicações no processo gestacional, caracterizadas em declaração do médico assistente.

3.27. USP - UNIDADE DE SERVIÇO PORTO SEGURO

A USP é o fator expresso em moeda corrente nacional que, multiplicado pelos quantitativos previstos na TPSR, determina o valor do reembolso de cada procedimento, de acordo com o Plano de Seguro contratado. O valor da USP é informado na Apólice de Seguro.

4. COBERTURAS DO SEGURO

É garantido ao Segurado, em conformidade com a LEI nº 9.656/98 e com o Rol de Procedimentos Médicos instituídos pela ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, respeitadas as Condições Gerais aqui estabelecidas, o reembolso das seguintes despesas:

4.1. DESPESAS AMBULATORIAIS

Respeitados os limites de reembolso do Plano de Seguro contratado e os eventos previstos na TPSR, além das restrições previstas nas CLÁUSULAS 5 – EXCLUSÕES DE COBERTURA e 7 – CARÊNCIAS, estão cobertos os reembolsos das seguintes despesas realizadas pelo Segurado em regime de atendimento eletivo, em consultórios e clínicas médicas:

4.1.1. Despesas com consultas médicas, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

4.1.2. Despesas com serviços de apoio diagnóstico (exames), tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais previstos na TPSR e solicitados pelo médico assistente devidamente inscrito no Conselho Regional de Medicina.

4.1.3. Despesas ambulatoriais decorrentes de tratamentos de transtornos psiquiátricos, sem internação, caracterizados a seguir:

- a) Atendimento às emergências, em situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos para o Segurado ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão);
- b) Psicoterapia de crise, entendida esta como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, **no decorrer de um período máximo de 12 (doze) semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência e sendo limitadas a 12 (doze) sessões por ano de vigência individual do Seguro, não cumulativas;**
- c) Atendimento clínico decorrente de transtornos psiquiátricos, incluídos os procedimentos médicos necessários ao tratamento das lesões auto-infligidas.

4.2. DESPESAS HOSPITALARES

Respeitados os limites de reembolso do Plano de Seguro contratado e os eventos previstos na TPSR, além das restrições previstas nas CLÁUSULAS 5 – EXCLUSÕES DE COBERTURA e 7 – CARÊNCIAS, estão cobertos os reembolsos das seguintes despesas realizadas pelo Segurado, durante o período de internação hospitalar:

4.2.1. Despesas com internações hospitalares, incluindo diárias em centro de terapia intensiva ou similar, nas especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

4.2.1.1. Segundo avaliação do médico assistente, os atendimentos hospitalares poderão ocorrer em regime designado como Hospital Dia, conforme caracterizado pelo item 3.15 destas Condições Gerais.

4.2.2. Despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação fornecida pelo hospital ao Segurado internado.

4.2.3. Despesas com exames complementares indispensáveis para elucidação diagnóstica e controle da evolução da doença, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar.

4.2.4. Despesas com todas e quaisquer taxas descritas na TPSR, durante o período de internação hospitalar, incluindo materiais utilizados.

4.2.5. Despesas com alimentação de 1 (um) acompanhante fornecida pelo hospital, no caso de pacientes Segurados internados, menores de 18 (dezoito) anos ou excepcionais de qualquer idade.

4.2.6. Despesas com a assistência médico-hospitalar prevista nestas Condições Gerais ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do Segurado, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto.

4.2.7. Despesas hospitalares decorrentes de tratamentos de transtornos psiquiátricos, devidamente justificadas pelo médico assistente, garantindo:

a) Para Segurado portador de transtornos psiquiátricos em situação de crise:

a.1) Até 30 (trinta) dias de internação, por ano de vigência individual não cumulativos, em hospital psiquiátrico, ou em unidade de terapia ou enfermagem psiquiátrica em hospital geral;

a.2) Até 8 (oito) semanas anuais, por ano de vigência individual não cumulativos, de tratamento em regime de hospital-dia; e

a.3) Até 180 (cento e oitenta) dias, por ano de vigência individual não cumulativos, de tratamento em regime de hospital-dia para os seguintes diagnósticos relacionados no CID-10:

a.3.1) F00 a F09 – Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos;

a.3.2) F20 a F29 – Esquizofrenia, Transtornos esquizotípicos e delirantes;

a.3.3) F70 a F79 – Retardo mental; e

a.3.4) F90 a F98 – Transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente na infância ou na adolescência.

b) Para Segurado portador de transtornos psiquiátricos que apresente quadro de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química, por isso necessitando de hospitalização:

b.1) Até 15 (quinze) dias de internação, por ano de vigência individual não cumulativos, em hospital geral.

c) Atendimento cirúrgico decorrente de transtornos psiquiátricos, incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas.

d) Haverá co-participação do Segurado em 80% (oitenta por cento) das despesas médicas e hospitalares ocorridas a partir do primeiro dia que ultrapassar os prazos estabelecidos nas alíneas “a.1”, “a.2”, “a.3” e “b.1” do subitem 4.2.7, dentro de um mesmo período anual de vigência do seguro.

4.2.8. TRANSPLANTES

Despesas com a realização única e exclusivamente de transplantes de **rim, córnea, coração, medula e pâncreas** e com seus procedimentos vinculados, incluindo:

- a) As despesas médico-hospitalares com doadores vivos durante o período de internação hospitalar para realização do transplante;
- b) Os medicamentos utilizados durante a internação;
- c) 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 – Sistema Único de Saúde.

4.2.9. REMOÇÕES EM AMBULÂNCIA

Despesas com as remoções terrestres de Segurados internados, desde que solicitadas pelo médico assistente e justificadas pela falta de recursos oferecidos pela unidade de atenção ao paciente Segurado ou pela necessidade de internação do Segurado, dentro do território nacional, de um prestador de serviço para o prestador de serviço de mais imediato acesso, habilitado no atendimento requerido, em ambulância simples ou ambulância UTI.

4.2.10. COBERTURAS NAS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

Estão cobertas as despesas com os atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para internação, desde a admissão do paciente Segurado até a sua alta ou que sejam necessárias à preservação da vida, órgãos e funções, conforme CLÁUSULA 4 - COBERTURAS DO SEGURO, salvo se o Segurado estiver cumprindo carência ou estiver submetido à cobertura parcial temporária, conforme disposto no item 4.2.11. destas Condições Gerais.

4.2.10.1. O atendimento de urgência decorrente de ACIDENTE PESSOAL, estará garantido, sem restrições, a partir do início de vigência do Seguro.

4.2.10.2. A Seguradora exigirá a apresentação de documentos, relatórios médicos e/ou exames que comprovem a caracterização da urgência e da emergência.

4.2.11. COBERTURAS DURANTE O PERÍODO DE CARÊNCIA OU DE COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA

A cobertura das despesas com os atendimentos de urgências e emergências ficará limitada até as primeiras 12 (doze) horas de atendimento nos seguintes casos:

- a) Emergências ocorridas durante o período de carência;
- b) Urgências e emergências quando se referirem ao processo gestacional, durante o período de carência;
- c) Urgências e emergências para doenças e/ou lesões com cobertura parcial temporária.

4.2.11.1. Quando necessária para a continuidade do atendimento de urgências e emergências a realização de atendimento em regime de internação hospitalar ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e mesmo que em tempo menor que 12 (doze) horas, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação passará a ser do Segurado, não cabendo qualquer ônus à Seguradora.

4.2.11.2. Fica assegurada a remoção do paciente Segurado para um prestador de serviços médico-hospitalares integrante da rede de saúde pública dotada dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento, na forma prevista no item 4.2.9. destas Condições Gerais, após realizados os atendimentos classificados como de urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recurso para a continuidade do atendimento, ou a necessidade de internação, quando o Segurado não tiver direito a esta.

4.2.11.3. Nos casos previstos neste item, quando não houver condições de remoção em razão de risco de vida do Segurado, este ou os seus responsáveis ou representantes e o prestador de serviços deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a Seguradora, desse ônus.

4.2.11.4. A Seguradora exigirá a apresentação de documentos, relatórios médicos e/ou exames que comprovem a caracterização da urgência e da emergência.

4.2.12. DESPESAS HOSPITALARES NAS INTERNAÇÕES PROGRAMADAS

Em caso de internação com finalidade exclusiva de realização de cirurgia programada, não caracterizada por urgência ou emergência, as despesas hospitalares estarão cobertas por este Seguro a partir do dia da execução do ato cirúrgico, excetuando-se os casos em que houver justificativa médica para a realização da cirurgia em data posterior à da admissão do Segurado no hospital.

5. EXCLUSÕES DE COBERTURA

5.1. Estão excluídas da cobertura deste Seguro:

- a) Despesas não relacionadas diretamente com o tratamento médico hospitalar coberto pelo Plano de Seguro contratado, conforme CLÁUSULA 4 - COBERTURAS DO SEGURO, e eventos não previstos na TPSR, e no Rol de Procedimentos Médicos instituído pela ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar;
- b) Despesas que excederem os limites de cobertura e de reembolso do Plano de Seguro contratado, ou que forem despendidas pelo Segurado anteriormente ao início da vigência do Seguro.

5.2. Excluem-se das coberturas do Seguro as despesas médico-hospitalares que tenham como origem, enfermidades, lesões ou danos resultantes de atos ilícitos, dolosos ou culposos do Segurado, a saber:

- a) Simulação, auto-lesão e fraude, de qualquer natureza, para obter vantagens indevidas com o Seguro;
- b) Ato reconhecidamente perigoso, voluntário, motivado por vontade do Segurado, sem necessidade justificada e que resulte em dano à sua saúde.

5.3. Também estão excluídas das coberturas do Seguro as despesas relativas ou decorrentes de:

- a) Cirurgias plásticas ou outros procedimentos clínicos e/ou cirúrgicos com finalidade estética, tais como:
 - I. mamária;
 - II. em couro cabeludo (inclusive implante de cabelos), face (olhos, boca e orelhas) e pescoço;
 - III. de nariz (rinoplastia reparadora, rinosseptoplastia funcional e septoplastia cartilaginosa, por qualquer técnica), exceto quando comprovada a necessidade de restauração de função através de exames pré-operatórios;
 - IV. de dorso e membros;
 - V. de abdome;
 - VI. para correção de cicatrizes e/ou tatuagens por qualquer técnica;
 - VII. lipoaspiração e lipoescultura de qualquer localização;
 - VIII. órteses e próteses com finalidade estética.
- b) Procedimentos com fins estéticos tais como:
 - I. oxigêniooterapia hiperbárica;
 - II. epilação;
 - III. tratamento capilar e de calvície;
 - IV. esfoliações químicas e/ou mecânicas, superficiais e/ou profundas;
 - V. tratamento de estrias e rugas tais como aplicações locais de gordura, produtos naturais, sintéticos, químicos, medicamentos e fios de ouro;
 - VI. galvanoterapia e outros similares;
 - VII. cauterizações;
 - VIII. laserterapia;
 - IX. lasercirurgia;
 - X. escleroterapia de microvarizes em membros inferiores e superiores (ou em qualquer outra região da superfície corporal) por qualquer técnica, bem como fulguração de teleangectasias.
- c) Tratamentos clínicos e/ou cirúrgicos em regime ambulatorial, hospitalar, hospitalar-dia e clínicas, para:
 - I. obesidade quando o índice de massa corporal (peso em Kg dividido pela altura em m²) não ultrapassar 40 (quarenta) Kg/m²;
 - II. rejuvenescimento;

-
- III. convalescença;
 - IV. senilidade;
 - V. repouso;
 - VI. acolhimento de idosos.
- d) Quaisquer tratamentos clínicos e/ou cirúrgicos em estâncias hidrominerais, “spa” ou assemelhadas, casas de repouso e/ou atendimento domiciliar.
 - e) Fornecimento, aquisição, aluguel ou conserto de aparelhos ortopédicos como pernas e/ou braços mecânicos, muletas, cadeiras de rodas, entre outros.
 - f) Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico.
 - g) Assistência médica, paramédica domiciliar, incluindo medicamentos, aluguel de materiais, equipamentos, aparelhos e quaisquer gastos com instalações para atendimento domiciliar.
 - h) Enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar, mesmo que o caso exija cuidados especiais, inclusive nas emergências.
 - i) Despesas extraordinárias de Segurados e/ou acompanhantes, tais como: alimentação, uso de telefone, aluguel de TV, uso de frigobar, materiais descartáveis de uso pessoal ou de higiene íntima não inerentes ao tratamento, tais como: camisola, absorvente, fraldas, kits de toalete e assemelhados; quaisquer serviços prestados não relacionados com assistência médica, expedição de pareceres, atestados para quaisquer fins ou cópias de documentação hospitalar.
 - j) Exames clínicos para investigação diagnóstica preventiva não associada a doença específica ou a sintomas manifestados pelo Segurado.
 - k) Reeducação postural global.
 - l) Condicionamento físico para Segurados, sendo, entretanto, coberto quando houver indicação médica para tratamento pós-cirúrgico cardíaco, doença isquêmica do coração e doença coronariana manifestada clinicamente após a vigência do Seguro e considerada de alto risco.
 - m) Transplantes, à exceção de córnea, rim, coração, medula e pâncreas.
 - n) Despesas com consultas, exames, tratamento clínico/cirúrgico:
 - I. experimentais;
 - II. não éticos (previstos no Código Brasileiro de Ética Médica);
 - III. nas especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.
 - o) Materiais e medicamentos não reconhecidos pelos órgãos nacionais de aprovação, controle e fiscalização, bem como os não nacionalizados e os utilizados para tratamento domiciliar.
 - p) Métodos de fecundação, tais como fecundação “in vitro” e inseminação artificial, englobando consultas, exames, despesas hospitalares e quaisquer procedimentos relacionados com este fim.
 - q) Necropsia de adultos, crianças e fetos ou exames histopatológicos de placenta.
 - r) Envenenamento de caráter coletivo, catástrofes, calamidades públicas ou outras causas que atinjam maciçamente a população, quando declaradas pela autoridade competente (guerra, revolução, contaminação com material nuclear ou radiação ionizante).
 - s) Remoções para consulta e/ou exames de pacientes Segurados não internados.
 - t) Imunizações e vacinas.
 - u) Fonoaudiologia, terapia ocupacional e psicoterapia (exceto nos casos previstos no item 4.1.3.b destas Condições Gerais).
 - v) Despesas com assistência odontológica inclusive em decorrência de acidente pessoal, exceto os casos estritamente restauradores na especialidade Buco-maxilo-facial, decorrente de doenças e/ou acidentes pessoais cobertos pela Apólice de Seguro, que necessitem de ambiente hospitalar.
 - w) Doenças e/ou lesões preexistentes não declaradas previamente à assinatura da Proposta de Seguro.
 - x) Consultas e exames pré-admissionais, periódicos e demissionais.
 - y) Todos os procedimentos médico-hospitalares durante o respectivo período de carência, salvo nos casos de urgência ou emergência, hipótese na qual a cobertura se dará nos termos e nas condições previstas no item 4.2.11. destas Condições Gerais.
-

6. AUTORIZAÇÃO PRÉVIA DA SEGURADORA

Para a utilização dos serviços a seguir relacionados, realizados em rede credenciada ou em prestador de serviço legalmente habilitado e escolhido pelo Segurado, **será necessária a autorização prévia** e expressa da Seguradora:

a) Nos exames especiais:

Angiografias, arteriografia, avaliação muscular por dinamometria computadorizada, chlamydia - pcr - amplificação de dna, contagem de linfócitos T "helper" e T supressores, densitometria óssea, ecocardiogramas especiais, eletrocardiografia dinâmica, eletrocardiograma de alta resolução, eletroencefalogramas especiais, eletroneuromiografia, exames hemoterápicos especiais, exames oftalmológicos especiais, exames otorrinolaringológicos especiais, genotipagem do sistema hla, hemodinâmica, hibridização molecular, histeroscopias, laparoscopias diagnósticas, mamografia associada a punção e marcação pré-cirúrgica orientada por estereotaxia ou ultrassom ou tomografia computadorizada, medicina nuclear, mycobactéria com amplificação de dna, neuro-radiologia, painel de imuno-histoquímica, provas de função pulmonar, radiologia intervencionista, ressonância nuclear magnética, sistema de avaliação do movimento que inclui vídeo acoplado à plataforma da força e eletromiografia, teste respiratório para h.pylori e tomografia computadorizada e ultrassonografia com doppler.

b) Nas terapias especiais:

Betaterapia, diálise, hemodiálise, litotripsia, plasmaferese, procedimentos hemoterápicos especiais, quimioterapia, radioterapia e tratamento com anticorpos monoclonais.

c) Nos procedimentos realizados em regime ambulatorial:

Fisioterapia, atendimentos de transtornos psiquiátricos, bloqueios anestésicos e neurolíticos, cárdio-estimulação transesofágica, acompanhamento clínico e exames pós-transplante.

d) Nos procedimentos realizados em regime de internação hospitalar:

Será necessária autorização prévia da Seguradora para toda e qualquer internação cirúrgica ou clínica, eletiva ou não.

6.1. Fica reservado à Seguradora o direito de exigir do segurado relatório emitido pelo médico assistente e/ou exames laboratoriais ou médicos, justificando a realização dos serviços médicos e/ou hospitalares.

7. CARÊNCIAS

As carências previstas para as inclusões de Segurados ocorridas no prazo estabelecido nos itens 11.5 e 11.6, serão descritas na tabela abaixo, contadas da data de início da vigência individual de cada Segurado:

CARÊNCIA	
EVENTOS	EM DIAS
Consultas, exames simples e pequenas cirurgias (porte anestésico zero) realizadas em regime de atendimento ambulatorial	0
Fisioterapias	0
Cirurgias oftalmológicas	0
Exames e terapias especiais: angiografias, arteriografia, avaliação muscular por dinamometria computadorizada, betaterapia, chlamydia - pcr - amplificação de dna, contagem de linfócitos T "helper" e T supressores, densitometria óssea, diálise, ecocardiogramas especiais, eletrocardiografia dinâmica, eletrocardiograma de alta resolução, eletroencefalogramas especiais, eletroneuromiografia, exames hemoterápicos especiais, exames oftalmológicos especiais, exames otorrinolaringológicos especiais, genotipagem do sistema hla, hemodiálise, hemodinâmica, hibridização molecular, histeroscopias, laparoscopias diagnósticas, litotripsia, mamografia associada a punção e marcação pré-cirúrgica orientada por estereotaxia ou ultrassom ou tomografia computadorizada, medicina nuclear, mycobactéria com amplificação de dna, neuro-radiologia, painel de imuno-histoquímica, plasmaferese, procedimentos hemoterápicos especiais, provas de função pulmonar, quimioterapia, radiologia intervencionista, radioterapia, ressonância nuclear magnética, sistema de avaliação do movimento que inclui vídeo acoplado à plataforma da força e eletromiografia, teste respiratório para h.pylori, tomografia computadorizada, tratamentos com anticorpos monoclonais e ultrassonografia com doppler	0
Internações clínicas e/ou cirúrgicas, inclusive psiquiátricas	0
Partos	300

Em função de doença e/ou lesão preexistente poderá haver cobertura parcial temporária pelo período de 24 (vinte e quatro) meses.

8. REEMBOLSO

8.1. Os reembolsos para os eventos cobertos nos termos destas Condições Gerais, quando utilizados serviços médicos não pertencentes à rede credenciada, serão efetuados mediante apresentação dos seguintes documentos originais:

- a) Relatório do médico assistente, declarando o diagnóstico, data do início da doença, tratamento efetuado, data do atendimento e, se for o caso, condições de urgência ou emergência;
- b) Conta hospitalar discriminando diárias, gases medicinais, taxas de serviços e equipamentos, inclusive relação de materiais e medicamentos utilizados, apresentando nota fiscal, devidamente quitada;
- c) Recibos individualizados de honorários de médicos, assistentes, auxiliares, anestesistas e outros, discriminando as funções, os eventos a que se referem, bem como C.R.M. (ou equivalente quando no exterior), C.P.F. e carimbo do I.S.S. dos profissionais;
- d) Exames complementares laboratoriais e/ou por imagem realizados antes e depois da execução de tratamentos, quando solicitados pela Seguradora;
- e) Documentos exigidos por quaisquer órgãos governamentais, através do seu poder de polícia, quando for o caso;
- f) Autorização prévia da Seguradora, nos casos previstos na CLÁUSULA 6 – AUTORIZAÇÃO PRÉVIA DA SEGURADORA.

8.2. Para efeito dos reembolsos previstos nestas Condições Gerais tomar-se-á como base de cálculo a TPSR e a USP do Plano de Seguro contratado vigente na data do atendimento.

8.3. A Seguradora somente se responsabilizará pelo reembolso de despesas comprovadas em documentos originais que forem entregues em seus escritórios, sob protocolo numerado, pagáveis conforme prazo estabelecido na legislação vigente.

8.4. O reembolso das despesas efetuadas no exterior será em moeda corrente nacional, ao câmbio oficial de venda da data da efetivação dos pagamentos pelo Segurado, tendo por limite o múltiplo de reembolso contratado.

8.5. O Segurado deverá observar o prazo máximo para apresentação dos pedidos de reembolso, que correspondem a 1 (um) ano para os eventos cobertos ocorridos em território nacional e a 2 (dois) anos para os eventos cobertos ocorridos fora do território nacional.

8.6. Os créditos dos reembolsos serão efetuados em nome do Segurado Titular ou de seu responsável legal, tendo por limite o múltiplo de reembolso contratado.

8.7. Não serão reembolsados os valores correspondentes a impostos recolhidos pelo prestador de serviço.

8.8. Não serão reembolsadas consultas de retorno.

8.9. Em internações hospitalares o reembolso de visitas médicas será limitado a 1 (uma) visita médica hospitalar por dia de internação e 1 (um) médico por especialidade, exceto para casos justificados por relatório médico.

8.10. As taxas de sala cirúrgica incluem: utilização das instalações, dos equipamentos, do instrumental cirúrgico e de roupas, além da esterilização do material e os serviços de enfermagem.

8.10.1. As demais taxas de sala (observação, recuperação pós-anestésica, cirurgia ambulatorial, gesso e exames/tratamentos especializados) serão pagas de acordo com o constante na TPSR para o procedimento realizado.

8.10.2. As taxas de sala são pagas conforme a cirurgia, baseando-se no porte anestésico apresentado na TPSR. Porte anestésico zero significa a não participação do anestesista, caso em que a taxa de sala não é devida.

8.11. O reembolso de medicamentos e materiais cirúrgicos será efetuado com base nos preços do guia farmacêutico Brasíndice, ou aquele que venha a substituí-lo, vigente na data de ocorrência do evento. Os materiais não constantes do referido guia serão reembolsados de acordo com os preços médios de venda no mercado.

9. LIMITES DE REEMBOLSO

Para fins de cálculo do reembolso das despesas cobertas realizadas nos atendimentos de livre escolha, serão multiplicados os quantitativos previstos na TPSR pelo valor da USP e aplicados os múltiplos estabelecidos no Plano de Seguro, de acordo com a tabela abaixo:

PLANOS DE SEGURO	PADRÃO DE ACOMODAÇÃO	MÚLTIPLOS DE REEMBOLSO (M)	
		SEGURADO NÃO INTERNADO	SEGURADO INTERNADO
CRISTAL I	ENFERMARIA	1	1
CRISTAL II	APARTAMENTO	1	1
BRONZE I	ENFERMARIA	1	1
BRONZE II	APARTAMENTO	1	1
PRATA I	ENFERMARIA	1	1
PRATA II	APARTAMENTO	1	1
OURO I	APARTAMENTO	2	2
OURO II	APARTAMENTO	2	2
DIAMANTE I	APARTAMENTO	4	6
DIAMANTE II	APARTAMENTO	8	10
DIAMANTE III	APARTAMENTO	10	15

9.1. Para obter o valor do reembolso em moeda corrente nacional, **limitado ao valor do recibo**, aplica-se a seguinte fórmula:

$$VR = Q \times M \times USP$$

ONDE:

VR = Valor do Reembolso em Reais (R\$).

Q = Quantidade de USP para cada procedimento descrito na TPSR.

M = Múltiplo de reembolso de acordo com o Plano de Seguro contratado.

USP = Unidade de Serviço Porto Seguro, do Plano de Seguro contratado vigente na data do evento.

10. ÍNDICE DE ADESÃO

10.1. É a relação entre o número de componentes do grupo segurado e o do grupo segurável, expressa em percentagem.

10.2. O Proponente que na época de início de vigência da Apólice de Seguro estiver afastado do trabalho por motivo de saúde, tornar-se-á segurável juntamente com seus Dependentes somente após o seu efetivo retorno à atividade.

10.3. O índice de aceitação e manutenção de Segurados não poderá ser inferior aos percentuais previstos na tabela abaixo:

NÚMERO DE COMPONENTES DO GRUPO SEGURÁVEL		ÍNDICE MÍNIMO DE ADESÃO	
DE	ATÉ	ACEITAÇÃO	MANUTENÇÃO DO GRUPO SEGURADO
20	49	100%	93%

10.4. Entende-se como manutenção do grupo segurado o percentual mínimo de pessoas que devem permanecer na Apólice de Seguro em relação ao grupo segurado inicial.

10.5. A Seguradora poderá solicitar, a qualquer tempo, a seu exclusivo critério, cópia de qualquer documentação que julgar necessária para acompanhamento do índice mínimo de adesão.

11. ACEITAÇÃO DE SEGURADOS

11.1. Somente poderão ser incluídos como Segurados os componentes do grupo segurável que se encontrem em plena atividade de trabalho e que comprovem vínculo empregatício direto com o Estipulante.

11.2. O Plano de Seguro extensivo aos Segurados Dependentes será sempre igual ao do Segurado Titular.

11.3. A inclusão de Segurados e respectivos Dependentes no Seguro ocorrerá através de solicitação do Estipulante, acompanhado da respectiva comprovação de vínculo empregatício, das Declarações de Saúde e da Proposta de Seguro preenchida e assinada exclusivamente pelo Segurado Titular.

11.4. À Seguradora é concedido o prazo de 20 (vinte) dias, contados a partir da data de recebimento da Proposta de Seguro ou da solicitação expressa de inclusão de Segurados Dependentes para proceder a aceitação da inclusão solicitada.

11.5. O Estipulante obriga-se a incluir no Seguro qualquer novo Proponente segurável, no prazo máximo de 30 (trinta) dias da data de celebração do contrato de vínculo empregatício.

11.6. A inclusão dos filhos naturais e adotados, do Segurado Titular como Segurado Dependente, deverá ser solicitada pelo Estipulante até o 30º (trigésimo) dia posterior à data do nascimento/adoção do filho(a). A inclusão do(a) cônjuge do Segurado Titular deverá ser solicitada pelo Estipulante até o 30º (trigésimo) dia posterior à data do casamento do Segurado Titular. Em ambos os casos será necessária a apresentação de cópia das respectivas certidões de nascimento, adoção ou de casamento, conforme o caso.

11.7. Nas inclusões de Segurados fora dos prazos previstos nos itens 11.5 e 11.6. destas Condições Gerais, deverão ser cumpridos os seguintes prazos de carência:

- a) Consultas, exames simples e pequenas cirurgias (porte anestésico zero) realizadas em regime de atendimento ambulatorial: 15 (quinze) dias;
- b) Fisioterapias: 90 (noventa) dias;
- c) Exames e terapias especiais descritos na **CLÁUSULA 6 – AUTORIZAÇÃO PRÉVIA DA SEGURADORA**, itens **a** e **b** e cirurgias oftalmológicas: 180 (cento e oitenta) dias;
- d) Internações clínicas e/ou cirúrgicas, inclusive psiquiátricas: 180 (cento e oitenta) dias;
- e) Partos: 300 (trezentos) dias.

11.7.1. As inclusões de Segurados Dependentes que acontecerem dentro dos prazos previstos no item 11.6, estarão isentos do cumprimento das carências desde que o Segurado Titular também tenha obtido esta isenção quando de sua admissão na Apólice de Seguro. Caso contrário, aos novos Segurados será permitido o aproveitamento dos períodos de carências já cumpridos pelo Segurado Titular.

11.8. Será exigido pela Seguradora o preenchimento de Declaração de Saúde para cada Proponente onde este irá declarar as doenças e/ou lesões preexistentes, tanto as suas como as de seus Segurados Dependentes, quando existirem. O Proponente é obrigado a detalhar na Declaração de Saúde, com boa fé e veracidade a condição sabida de doença e/ou lesão preexistente, sob pena de imputação de fraude, suspensão ou cancelamento do Seguro e demais ônus previstos na legislação.

11.9. A Seguradora aplicará a cobertura parcial temporária, durante o período de 24 (vinte e quatro) meses contados a partir do início de vigência individual das coberturas contratadas, durante os quais estão excluídos, os eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, relacionados, exclusivamente, às doenças e/ou lesões apresentadas pelo Proponente.

11.10. O filho do Segurado nascido na vigência do Seguro, cujo parto tenha sido coberto pelo Seguro e a inclusão tenha sido solicitada por escrito, até o 30º (trigésimo) dia posterior à data do nascimento, estará isento do cumprimento de carências e da apresentação de Declaração de Saúde.

11.11. O filho recém-nascido natural ou adotivo do Segurado, que não tenha nascido sob a cobertura do Seguro, deverá apresentar a Declaração de Saúde obrigatoriamente e ser incluído na Apólice de Seguro até o 30º (trigésimo) dia posterior à data de seu nascimento. Neste caso estará isento do cumprimento de carências. Para a(s) doença(s) e/ou lesão(ões) preexistente(s) detectada(s) será aplicada a cobertura parcial temporária.

11.12. O filho adotivo do Segurado, menor de 12 (doze) anos de idade, deverá apresentar Declaração de Saúde obrigatoriamente e ser incluído no Seguro até o 30º (trigésimo) dia posterior à data de adoção. Neste caso será permitido o aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo Segurado Titular adotante, mediante apresentação de cópia do documento de adoção. Para a(s) doença(s) e/ou lesão(ões) preexistente(s) detectada(s) será aplicada a cobertura parcial temporária.

11.13. Fica facultado à Seguradora, o direito de indicar, a seu exclusivo critério, a realização de Entrevista Médica, não recaindo qualquer ônus financeiro para o Estipulante, Novos Proponentes Seguráveis e/ou Dependentes.

12. VIGÊNCIA DO SEGURO

12.1. A vigência da cobertura do Seguro para cada Segurado terá início no 1º (primeiro) dia subsequente à data de sua aceitação na Apólice de Seguro pela Seguradora.

12.2. A vigência da Apólice de Seguro será de 12 (doze) meses e sua renovação será automática ao fim de cada período de 12 (doze) meses.

13. CÁLCULO DO PRÊMIO MENSAL

13.1. O valor do prêmio mensal estipulado na data de início de vigência do Seguro e expresso na Apólice de Seguro será constituído pela soma dos prêmios individuais de acordo com a faixa etária em que se enquadre o Segurado Titular e seus Dependentes, calculados com base nos Planos de Seguro contratados e nas características do grupo segurado.

13.2. REAJUSTE DOS PRÊMIOS POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA

Ocorrendo alteração na idade do Segurado que signifique deslocamento para outra faixa etária, o respectivo prêmio mensal será reajustado com o percentual da nova faixa etária, conforme tabela a seguir, que incidirá sobre o prêmio imediatamente anterior, no mês de ocorrência dessa alteração.

TABELA DE ALTERAÇÃO DO PRÊMIO (%) POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA		
FAIXAS ETÁRIAS		% DE REAJUSTE
DE	PARA	
0 - 18	19 - 23	40,78
19 - 23	24 - 28	16,10
24 - 28	29 - 33	11,09
29 - 33	34 - 38	14,98
34 - 38	39 - 43	8,68
39 - 43	44 - 48	7,99
44 - 48	49 - 53	54,18
49 - 53	54 - 58	23,43
54 - 58	59 ou mais	28,69

13.2.1. É garantido ao segurado com mais de 60 anos, que tenha permanecido ininterruptamente no seguro por período superior a 10 (dez) anos, a isenção de reajuste dos prêmios por mudança de faixa etária.

13.3. CO-PARTICIPAÇÃO FACULTATIVA

A Seguradora poderá, por meio de campanhas, oferecer ao Estipulante a possibilidade de contratar este Seguro com co-participação no pagamento dos sinistros, e neste caso, restituirá à Seguradora uma parte das despesas que os Segurados integrantes de sua Apólice de Seguro vierem a realizar. Uma vez feita a opção por contratação com co-participação nos sinistros, o Estipulante terá direito ao desconto no valor do prêmio a ser pago à Seguradora, de acordo com a faixa de co-participação escolhida em cada Plano de Seguro, conforme especificado nas Condições Particulares.

Os valores das co-participações serão calculados de acordo com a USP vigente na data de contratação do Seguro, e serão reajustados com base nos custos dos serviços médico-hospitalares, dos preços dos insumos utilizados na prestação desses mesmos serviços e dos custos administrativos apresentados à ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar.

13.3.1. O Estipulante reconhece para todos os efeitos legais, como dívida líquida e certa em favor da Seguradora, o pagamento da co-participação, mesmo após o cancelamento do Seguro, de acordo com o descrito no item 20.6 destas Condições Gerais.

13.3.2. A co-participação não é considerada contribuição para os fins previstos no item 17.3.1 destas Condições Gerais, conforme previsão constante no § 6º do artigo 30 da Lei 9.656/1998.

14. REAVALIAÇÃO DO PRÊMIO MENSAL

14.1. Anualmente, no mês de aniversário da Apólice, o prêmio mensal será reajustado de acordo com a variação dos custos dos serviços médico-hospitalares, dos preços dos insumos utilizados na prestação desses mesmos serviços e dos custos administrativos apresentados à ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar. Além desse reajuste, a Seguradora procederá reajustes no prêmio mensal quando a sinistralidade acumulada do grupo de Apólices da carteira Pequenas e Médias Empresas ultrapassar 70% (setenta por cento). As Apólices com sinistralidade até 70% (setenta por cento) não terão seus prêmios reajustados com base nos seguintes itens 14.1.1.; 14.1.2. e 14.1.3.

14.1.1. As Apólices serão enquadradas por faixa de sinistralidade, conforme a seguinte tabela:

FAIXAS DE PERCENTUAL DE SINISTRALIDADE	
MAIOR QUE	MENOR OU IGUAL A
70%	80%
80%	90%
90%	100%
100%	120%
120%	150%
150%	200%
200%	300%
300%	400%
400%	500%
500%	EM DIANTE

14.1.2. Será calculado, conforme tabela anterior, um índice de reajuste de acordo com a seguinte fórmula:

$$\text{ÍNDICE DE REAJUSTE DA FAIXA} = \frac{\left(\frac{\text{SINISTROS OCORRIDOS} - \text{CO-PARTICIPAÇÃO}}{\text{PRÊMIOS RECEBIDOS} - \text{IOF}} \right)}{0,7}$$

ONDE:

sinistros ocorridos= somatória dos valores destinados ao reembolso das despesas médico-hospitalares garantidas pelo Seguro, ocorridas no período de 12 (doze) meses anteriores ao mês da avaliação, nas Apólices enquadradas na mesma faixa de sinistralidade;

co-participação = somatória das co-participações das Apólices enquadradas na mesma faixa de sinistralidade;

prêmios recebidos= somatória dos prêmios recebidos das Apólices enquadradas na mesma faixa de sinistralidade, no período de 12 (doze) meses anteriores ao mês da avaliação;

Este índice será aplicado para todas as Apólices da mesma faixa de sinistralidade de acordo com a seguinte fórmula:

$$\text{PRÊMIO REAJUSTADO} = \left(\text{PRÊMIO ATUAL} \times \text{ÍNDICE DE REAJUSTE DA FAIXA} \right)$$

14.1.3. A primeira reavaliação de prêmio mensal ocorrerá após 6 (seis) meses contados a partir do início de vigência da Apólice de Seguro.

14.2. Independentemente da reavaliação anual, a ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar poderá autorizar, com base na análise de custos da Seguradora, reajustes no sentido de preservação do seu equilíbrio técnico-atuarial. Estes reajustes serão repassados para todas as Apólices de Seguro Saúde Pequenas e Médias Empresas.

15. PAGAMENTO DO PRÊMIO MENSAL

15.1. O prêmio mensal estipulado na data de início da vigência do Seguro será aquele estabelecido na tabela de prêmios por faixa etária da Seguradora, constante da Apólice de Seguro, para cada Segurado Titular e Segurado Dependente.

15.2. Os prêmios mensais deverão ser pagos, até a data do seu vencimento, nos estabelecimentos bancários ou outros locais indicados pela Seguradora. Ocorrendo o vencimento no sábado, domingo ou feriado, o pagamento poderá ser efetuado no 1º (primeiro) dia útil subsequente. O Estipulante deverá comunicar à Seguradora sempre que não acusar o recebimento da fatura até 5 (cinco) dias úteis antes do vencimento previsto na Apólice de Seguro.

15.2.1. Nenhum pagamento de prêmio será reconhecido pela Seguradora se o Estipulante não possuir comprovante autenticado por estabelecimento bancário ou pela Seguradora, exceto nos casos de esclarecimentos fornecidos diretamente pelos bancos à Seguradora.

15.2.2. Sobre o prêmio mensal pago após a data de seu vencimento incidirá multa de 2% (dois por cento) sobre o seu valor original e juros de mora calculados à razão dos dias de atraso.

15.3. O pagamento de um prêmio mensal não quita prêmios anteriores nem dá ao Segurado direito à cobertura objeto do Seguro, caso algum prêmio de mês anterior não tenha sido quitado. O Estipulante reconhece, para todos os efeitos legais, como dívida líquida e certa em favor da Seguradora, o prêmio mensal pendente.

15.4. Caso o Estipulante deixe de apresentar, em determinado mês, documento que comprove as inclusões e exclusões de Segurados, bem como solicitação de alterações, até o 15º (décimo quinto) dia anterior à data de vencimento da fatura, a Seguradora fica autorizada a emitir fatura com base no grupo segurado do mês anterior.

15.5. O prêmio referente às inclusões, quando aceitas pela Seguradora, serão cobrados pró-rata dia.

16. SUSPENSÃO E REATIVAÇÃO DA COBERTURA

16.1. Decorrido o prazo de vencimento do prêmio, sem que tenha sido efetuado o respectivo pagamento, as coberturas do Seguro ficarão automaticamente suspensas, independentemente de interpelação judicial ou extrajudicial, responsabilizando-se o Estipulante pelas despesas ocorridas durante o período de suspensão.

16.2. Ocorrendo a suspensão das coberturas, os prêmios devidos podem ser pagos até o 30º (trigésimo) dia posterior ao vencimento da parcela em atraso, hipótese em que a cobertura será reativada para os eventos ocorridos a partir do 1º (primeiro) dia subsequente ao pagamento do prêmio em atraso.

16.3. Na hipótese de reativação da cobertura do Seguro pela regularização do pagamento do(s) prêmio(s) em atraso, não haverá cobertura para qualquer tratamento ou serviço, ocorrido ou iniciado durante o período de suspensão da cobertura, mesmo que o tratamento venha a ser concluído após a regularização do pagamento.

16.4. Decorridos 30 (trinta) dias da data de vencimento e, não ocorrendo o pagamento do prêmio, a Apólice de Seguro estará cancelada e a cobertura não poderá ser reativada.

17. CANCELAMENTO DO SEGURO

17.1. CANCELAMENTO DA APÓLICE DE SEGURO

Sem prejuízo de outras penalidades legais cabíveis, a Apólice de Seguro será cancelada, independentemente de interpelação judicial, sem indenização ou devolução dos prêmios pagos ao Estipulante, nas seguintes situações:

- a) Caso o segurado não fizer declarações verdadeiras e completas, omitindo circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa de prêmio, conforme estabelecido no artigo 766 do Código Civil;**
- b) A Seguradora poderá suspender ou rescindir unilateralmente a Apólice de Seguro por fraude ou não pagamento da mensalidade por período superior a trinta (trinta) dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato;**
- c) Quando o número de vidas que compõe o grupo segurado for inferior aos percentuais de manutenção estabelecidos no item 10.3 destas Condições Gerais, ou quando a composição do grupo segurado ou a natureza dos riscos vier a sofrer alterações, que tornem inviável a sua manutenção pela Seguradora e que não haja acordo para reajuste dos prêmios;**
- d) Por iniciativa da Seguradora ou do Estipulante com 30 (trinta) dias de aviso prévio, neste caso não serão admitidas movimentações no Seguro, bem como inclusões de novos Segurados, mesmo os nascidos no período de aviso prévio.**

17.2. EXCLUSÃO DE SEGURADO

- a) Quando o Estipulante solicitar por escrito sua exclusão;**
- b) Com a cessação do vínculo entre o Segurado e o Estipulante;**
- c) O Segurado estará automaticamente excluído quando ocorrerem quaisquer das situações retratadas no item 17.1. destas Condições Gerais.**

17.3. SEGURADOS EXCLUÍDOS DE APÓLICES CUSTEADAS SOB REGIME CONTRIBUTÁRIO

17.3.1. Nas apólices cujo custeio seja contributário (total ou parcialmente) para os casos de cessação do vínculo empregatício entre o Segurado Titular e o Estipulante, por rescisão do contrato de trabalho sem justa causa ou aposentadoria, o Estipulante está ciente e concorda que deverá manter o Segurado nas mesmas condições de cobertura de que dispunha quando da vigência do contrato de trabalho.

17.3.2. Para que seja concedido o benefício previsto na legislação em vigor, os aposentados e demitidos sem justa causa, assumem, integralmente o pagamento do prêmio correspondente à sua faixa etária, preservando-se o grupo familiar. Serão aplicados sobre os valores por faixa etária os devidos reajustes aplicados à Apólice Empresarial.

17.3.3. Caso não ocorra o pagamento do prêmio, decorridos 30 (trinta) dias da data de vencimento, consecutivos ou não, o benefício estará cancelado e a cobertura não poderá ser reativada.

17.3.4. Nos casos de cancelamento da Apólice de Seguro pelo Estipulante e/ou Seguradora, cessa para todos os efeitos a responsabilidade da Seguradora quanto à manutenção do grupo de aposentados e/ou demitidos e respectivos grupos familiares, cabendo ao Estipulante a responsabilidade em manter o benefício previsto em Lei.

17.3.5. O cancelamento do Seguro não quita prêmios vencidos durante a vigência do Seguro não pagos pelo Estipulante e este reconhece tais prêmios como dívida líquida e certa em favor da Seguradora

17.3.6. O período máximo para efeito deste benefício, que poderá ser requerido até 30 (trinta) dias após o desligamento do Segurado desde que comprovado o regime contributário, observará os prazos e condições expressos na tabela abaixo:

FUNCIONÁRIO SEGURADO	PERÍODO MÁXIMO
Demitido sem justa causa que contribuiu como Segurado da Apólice de Seguro do Estipulante	1/3 (um terço) da permanência no Seguro, com um mínimo assegurado de 6 (seis) meses e máximo de 24 (vinte e quatro) meses, ou quando o Segurado Titular voltar a exercer atividade profissional remunerada, o que primeiro ocorrer
Aposentado que contribuiu como Segurado da Apólice de Seguro do Estipulante pelo prazo mínimo de 10 (dez) anos	Ilimitado, desde que, o Segurado Titular não volte a exercer atividade profissional remunerada
Aposentado que contribuiu como Segurado da Apólice de Seguro do Estipulante por prazo inferior a 10 (dez) anos	1 (um) ano para cada ano de contribuição, ou quando o Segurado Titular voltar a exercer atividade profissional remunerada, o que primeiro ocorrer

17.3.7. Independentemente do cancelamento da Apólice, fica ressalvada à Seguradora o direito de cobrar prêmios vencidos que não foram pagos pelo Estipulante durante a vigência do Seguro.

17.3.8. A cobertura dos Segurados Dependentes cessará concomitantemente com a do Segurado Titular quando se verificar algumas das hipóteses previstas nos itens anteriores ou quando perderem a condição de dependência caracterizada no item 2.6.2. destas Condições Gerais.

18. DIVERGÊNCIAS DE NATUREZA MÉDICA

18.1. As divergências de natureza médica relacionadas às coberturas previstas no Plano de Seguro contratado serão dirimidas por uma junta constituída por 3 (três) médicos, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois nomeados.

18.2. Se não houver acordo na escolha do referido terceiro profissional, a designação será solicitada à entidade representativa da especialidade.

18.3. Cada uma das partes pagará os honorários do profissional que nomear, sendo que a remuneração do terceiro profissional será paga pela Seguradora.

19. ALTERAÇÃO DE PLANO DE SEGURO

A alteração de plano de seguro fica condicionada à análise prévia da Seguradora, exclusivamente no aniversário da Apólice de Seguro ou nos casos de mudança de categoria profissional.

A alteração deverá ser solicitada até o 30º (trigésimo) dia posterior à mudança de categoria profissional.

20. DISPOSIÇÕES FINAIS

20.1. A partir do 1º (primeiro) dia de cancelamento do Seguro, cessa para todos os efeitos legais a responsabilidade da Seguradora pelos atendimentos, passando imediatamente à responsabilidade do Estipulante todas as despesas devidas após esta data.

20.2. O Segurado tem ciência e permite que a Seguradora, através de um profissional médico indicado por ela, consulte qualquer entidade de direito público ou privado, pessoas físicas ou jurídicas, com objetivo de obter informações relacionadas com a cobertura deste Seguro.

20.3. O Segurado concorda em realizar exames ou perícia médica, a qualquer tempo, quando solicitado pela Seguradora.

20.4. Nenhuma responsabilidade caberá à Seguradora por atos profissionais dolosos, culposos ou acidentais, danosos ao Segurado, resultantes de procedimentos médicos, hospitalares ou laboratoriais, prestados em hospitais, clínicas ou serviços congêneres utilizados pelo Segurado.

20.5. A Seguradora poderá substituir hospitais credenciados por outros equivalentes e, a qualquer tempo, cancelar credenciamentos de médicos, laboratórios e qualquer entidade não hospitalar, bem como nomear novos prestadores, a seu exclusivo critério.

20.6. O Estipulante reconhece, para todos os efeitos legais, como dívida líquida e certa em favor da Seguradora, qualquer atendimento prestado a seus Segurados, bem como, quando contratado, o pagamento da co-participação devida, após o cancelamento do Seguro ou da exclusão do Segurado, autorizando a Seguradora a emitir ou debitar em sua fatura e/ou recibo de cobrança o valor correspondente às eventuais despesas ocorridas, independentemente dos mecanismos a que o Estipulante tenha que recorrer objetivando recuperá-las posteriormente junto aos Segurados, mesmo após o término da vigência da Apólice de Seguro.

20.6.1. As despesas mencionadas neste item serão corrigidas pelo índice da Taxa Referência – TR, ou índice que venha a substituí-la, desde a data do desembolso pela Seguradora até a data do seu ressarcimento pelo Estipulante.

20.7. O Estipulante é responsável pela vigilância e fiscalização dos cartões de identificação, pela distribuição e recolhimento, bem como pelas despesas advindas da utilização indevida, inclusive as decorrentes de roubo ou extravio não comunicado à Seguradora.

20.7.1. As despesas médico-hospitalares efetuadas indevidamente conforme descrito no item 20.7 terão acréscimo de 12% (doze por cento) relativo a taxa administrativa.

20.8. Para dirimir quaisquer dúvidas, ou impetrar demandas judiciais, fica eleito o Foro da Comarca de domicílio do Segurado, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

21. REMISSÃO DE PAGAMENTO DE PRÊMIO AOS SEGURADOS DEPENDENTES DO SEGURADO TITULAR FALECIDO

21.1. OBJETO

Esta cláusula, tem por objetivo garantir a continuidade do Plano de Seguro contratado aos beneficiários em caso de falecimento do Segurado Titular, pelo prazo de 5 (cinco) anos, sem pagamento de prêmios, somente e durante a vigência da Apólice Pequenas e Médias Empresas, desde que o pagamento do prêmio não se encontre em atraso.

21.2. BENEFICIÁRIOS

Para fins de validade desta cobertura, são considerados apenas os seguintes Segurados Dependentes, desde que cumprido o prazo de carência descrito no item 21.4. desta cláusula e enquanto mantiverem sua condição de dependência:

- a) cônjuge ou companheiro(a);
- b) filhos solteiros menores de 24 (vinte e quatro) anos de idade;
- c) filhos inválidos de qualquer idade.

21.3. COBERTURAS E LIMITES

Ficam mantidas as coberturas e limites do Plano de Seguro contratado no qual os Segurados Dependentes estiverem incluídos na data de início de vigência desta cláusula.

21.4. CARÊNCIA

A carência prevista nesta cláusula é de 180 (cento e oitenta) dias, contados da data de início de vigência do Seguro e anteriores à data do falecimento do Segurado Titular, exceto nos casos de morte por acidente pessoal devidamente comprovado.

21.5. EXCLUSÕES DE COBERTURA

Estão excluídas da cobertura desta cláusula os casos em que o motivo do falecimento se enquadre ou seja decorrente dos seguintes eventos:

- a) Suicídio ou qualquer ato ilícito devidamente comprovado;
- b) Simulação e fraude, de qualquer natureza, para obter vantagens indevidas com o Seguro;
- c) Ato reconhecidamente perigoso, voluntário, motivado por vontade do Segurado e sem necessidade justificada;
- d) Atos ou operações de guerra, tumultos ou outras perturbações da ordem pública quando declarados por autoridade competente;
- e) Atividades esportivas e/ou profissionais de alto risco;
- f) Radiação e/ou emissão nuclear ou ionizante;
- g) Envenenamento de caráter coletivo ou qualquer outra causa física que atinja maciçamente a população quando declarados por autoridade competente;
- h) Doenças e/ou lesões que o Segurado sabia ser portador ou sofredor à época da contratação do Seguro e por ele omitidas.

21.6. VIGÊNCIA

21.6.1. A vigência da remissão terá início a partir do 1º (primeiro) dia do mês subsequente ao da comunicação do falecimento do Segurado Titular à Seguradora, acompanhada da documentação descrita no item 21.7. desta cláusula e desde que o falecimento tenha decorrido de evento passível de cobertura por este Seguro.

21.6.2. Esta cobertura cessará automaticamente nas seguintes situações:

- I. Quando o Segurado Dependente perder a condição de dependência definida no item 21.2. desta cláusula;
- II. Quando cessar o período máximo de permanência no seguro para os ex-funcionários demitidos sem justa causa;
- III. Quando cessar o período máximo de permanência no seguro para os aposentados, limitado a 5 (cinco) anos conforme definido no item 21.1. VIGÊNCIA;
- IV. Caso haja o cancelamento da Apólice Pequenas e Médias Empresas; e
- V. No último dia do período definido no item 21.1. VIGÊNCIA.

21.6.3. Cessando a cobertura indicada no item 21.6.2., a repactuação do Seguro deverá ser contemplada em nova Apólice.

21.6.4. Os Segurados Dependentes somente terão direito às coberturas do Plano de Seguro após o cumprimento dos prazos de carência ainda em vigor, limitado ao período de remissão.

21.7. DOCUMENTOS EXIGIDOS PARA INÍCIO DA VIGÊNCIA DA REMISSÃO

- I. Comunicação por escrito à Seguradora, solicitando a remissão;
- II. Cópia da Certidão de Óbito do Segurado Titular;
- III. Cópia de documentos que comprovem a relação de dependência dos Segurados Dependentes para com o Segurado Titular;
- IV. Cópia do Boletim de Ocorrência, quando se tratar de morte acidental.

21.7.1. Para validade desta cobertura, a solicitação para remissão de pagamento de prêmio dos Segurados Dependentes do Segurado Titular falecido deve ocorrer em até 30 (trinta) dias contados da data de óbito deste.

21.8. DISPOSIÇÕES FINAIS

Enquanto perdurar o benefício da remissão, não serão admitidas alterações no contrato de Seguro.

Permanecem inalteradas todas as cláusulas e itens das Condições Gerais constantes deste Seguro, não alteradas expressamente por esta cláusula.