

CLÁUSULAS	ASSUNTO	PÁGINA
1	▶ QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA.....	1
2	▶ QUALIFICAÇÃO DA CONTRATANTE	1
3	▶ NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS.....	2
4	▶ TIPO DE CONTRATAÇÃO	9
5	▶ SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE.....	10
6	▶ ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE	10
7	▶ ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE.....	10
8	▶ PADRÃO DE ACOMODAÇÃO.....	11
9	▶ ATRIBUTOS DO CONTRATO	11
10	▶ CONDIÇÕES DE ADMISSÃO	12
11	▶ COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS.....	15
12	▶ EXCLUSÕES DE COBERTURA	24
13	▶ DA DURAÇÃO DO CONTRATO	26
14	▶ PERÍODOS DE CARÊNCIAS.....	27
15	▶ DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES.....	28
16	▶ ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....	31
17	▶ ACESSO À LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES	34
18	▶ MECANISMOS DE REGULAÇÃO.....	38
19	▶ FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE	44
20	▶ REAJUSTE	45
21	▶ FAIXAS ETÁRIAS.....	50
22	▶ REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANO COLETIVO.....	51
23	▶ CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO	56
24	▶ RESCISÃO/SUSPENSÃO.....	57
25	▶ DISPOSIÇÕES GERAIS.....	59
26	▶ DO FORO.....	61

1

CLÁUSULA PRIMEIRA

QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA

1.1 – **AMIL Assistência Médica Internacional S.A.**, classificada como Medicina de Grupo, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) sob o nº 32.630-5, qualificada na Proposta Contratual e neste ato devidamente representada na forma de seus atos constitutivos, doravante designada **AMIL**.

2

CLÁUSULA SEGUNDA

QUALIFICAÇÃO DA CONTRATANTE

2.1 – A **CONTRATANTE** é a pessoa jurídica 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 ou estatutário, 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 ou estatutária, de acordo com as condições previstas neste contrato.

2.4 – É **BENEFICIÁRIO dependente**, a pessoa vinculada ao **BENEFICIÁRIO titular**, tal como definido no cláusula 10, deste contrato.

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

NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

3.1 – Os planos da **AMIL**, indicados a seguir, asseguram a cobertura de custos de despesas médicas e hospitalares na rede credenciada, mediante pagamento por conta 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 AMIL REFERÊNCIA, segmentação assistencial Referência (Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia e acomodação padrão de quarto coletivo), rede credenciada do orientador médico **AMIL REFERÊNCIA NACIONAL** com abrangência geográfica nacional, acomodação quarto coletivo, não havendo previsão de nenhuma modalidade de reembolso. **O plano AMIL REFERÊNCIA sujeita-se aos Programas Especiais de Atendimento e Direcionamento, nos termos da cláusula 18.4.1.**

3.2.2 – Planos BLUE PLUS:

a) Plano BLUE 200 PLUS, segmentação assistencial Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia, rede credenciada do orientador médico **REDE 200 PLUS REGIONAL** com abrangência Grupo de Municípios, acomodação quarto coletivo ou quarto privativo, sem coparticipação, não havendo previsão de nenhuma modalidade de reembolso. Grupo de Municípios: Rio Branco (AC), Arapiraca (AL), Maceió (AL), Palmeira dos Índios (AL), São Miguel dos Campos (AL), Manaus (AM), Macapá (AP), Alagoinhas (BA), Amargosa (BA), Barra (BA), Barreiras (BA), Brumado (BA), Cachoeira (BA), Caetité (BA), Camaçari (BA), Campo Formoso (BA), Canavieiras (BA), Candeias (BA), Catu (BA), Conceição do Coité (BA), Conceição do Jacuípe (BA), Cruz das Almas (BA), Dias D'Ávila (BA), Euclides da Cunha (BA), Eunápolis (BA), Feira de Santana (BA), Gandu (BA), Guanambi (BA), Ilhéus (BA), Irecê (BA), Itaberaba (BA), Itabuna (BA), Itapetinga (BA), Jacobina (BA), Jequié (BA), Juazeiro (BA), Lauro de Freitas (BA), Mata de São João (BA), Mucuri (BA), Nazaré (BA), Poções (BA), Pojuca (BA), Ribeira do Pombal (BA), Salvador (BA), Santo Amaro (BA), Santo

Antônio de Jesus (BA), Senhor do Bonfim (BA), Serrinha (BA), Teixeira de Freitas (BA), Valença (BA), Valente (BA), Vitória da Conquista (BA), Xique-Xique (BA), Barbalha (CE), Brejo Santo (CE), Canindé (CE), Crato (CE), Fortaleza (CE), Iguatu (CE), Ipu (CE), Jardim (CE), Juazeiro do Norte (CE), Limoeiro do Norte (CE), Quixadá (CE), Russas (CE), Sobral (CE), Brasília (DF), Alegre (ES), Anchieta (ES), Cachoeiro de Itapemirim (ES), Cariacica (ES), Colatina (ES), Domingos Martins (ES), Guaçuí (ES), Linhares (ES), Nova Venécia (ES), Santa Teresa (ES), São Mateus (ES), Serra (ES), Venda Nova do Imigrante (ES), Vila Velha (ES), Vitória (ES), Goiânia (GO), Caxias (MA), Imperatriz (MA), São Luís (MA), Abaeté (MG), Aiuruoca (MG), Alfenas (MG), Andradas (MG), Araguari (MG), Araxá (MG), Arcos (MG), Barbacena (MG), Belo Horizonte (MG), Betim (MG), Bom Despacho (MG), Borda da Mata (MG), Caetanópolis (MG), Caeté (MG), Camanducaia (MG), Campo Belo (MG), Carangola (MG), Caratinga (MG), Cataguases (MG), Caxambu (MG), Cláudio (MG), Congonhas (MG), Conselheiro Lafaiete (MG), Contagem (MG), Curvelo (MG), Divinópolis (MG), Extrema (MG), Formiga (MG), Governador Valadares (MG), Guanhães (MG), Ipatinga (MG), Itabira (MG), Itabirito (MG), Itajuba (MG), Itamarandiba (MG), Itaú de Minas (MG), Itaúna (MG), Ituiutaba (MG), João Monlevade (MG), Juiz de Fora (MG), Lagoa Santa (MG), Lavras (MG), Leopoldina (MG), Mariana (MG), Matozinhos (MG), Monte Carmelo (MG), Montes Claros (MG), Muriaé (MG), Nova Lima (MG), Oliveira (MG), Ouro Branco (MG), Ouro Preto (MG), Pará de Minas (MG), Paracatu (MG), Passos (MG), Patos de Minas (MG), Patrocínio (MG), Pedro Leopoldo (MG), Poços de Caldas (MG), Pompeu (MG), Ponte Nova (MG), Pouso Alegre (MG), Sabará (MG), Sabinópolis (MG), Santos Dumont (MG), São Sebastião do Paraíso (MG), Serro (MG), Sete Lagoas (MG), Teófilo Otoni (MG), Timóteo (MG), Ubá (MG), Uberaba (MG), Uberlândia (MG), Unaí (MG), Aquidauana (MS), Bataguassu (MS), Campo Grande (MS), Corumbá (MS), Costa Rica (MS), Dourados (MS), Naviraí (MS), Nova Andradina (MS), Ponta Porã (MS), Três Lagoas (MS), Alta Floresta (MT), Cáceres (MT), Cuiabá (MT), Poconé (MT), Primavera do Leste (MT), Sinop (MT), Tangará da Serra (MT), Várzea Grande (MT), Alenquer (PA), Ananindeua (PA), Barcarena (PA), Belém (PA), Bragança (PA), Canaã dos Carajás (PA), Capanema (PA), Castanhal (PA), Conceição do Araguaia (PA), Marituba (PA), Paragominas (PA), Parauapebas (PA), Redenção (PA), Santarém (PA), Tucuruí (PA), Campina Grande (PB), João Pessoa (PB), Santa Rita (PB), Sousa (PB), Afogados da Ingazeira (PE), Araripina (PE), Arcoverde (PE), Cabo de Santo Agostinho (PE), Caruaru (PE), Escada (PE), Garanhuns (PE), Goiana (PE), Jaboatão dos Guararapes (PE), Olinda (PE), Paudalho (PE), Paulista (PE), Petrolândia (PE), Petrolina (PE), Recife (PE), Serra Talhada (PE), Surubim (PE), Timbaúba (PE), Campo Maior (PI), Oeiras (PI), Parnaíba (PI), Picos (PI), Teresina (PI), Almirante Tamandaré (PR), Araucária (PR), Campina Grande do Sul (PR), Campo Largo (PR), Colombo (PR), Contenda (PR), Curitiba (PR), Fazenda Rio Grande

(PR), Pinhais (PR), Piraquara (PR), São José dos Pinhais (PR), Angra dos Reis (RJ), Barra do Piraí (RJ), Barra Mansa (RJ), Belford Roxo (RJ), Bom Jesus do Itabapoana (RJ), Cabo Frio (RJ), Cambuci (RJ), Campos dos Goytacazes (RJ), Duque de Caxias (RJ), Engenheiro Paulo de Frontin (RJ), Itaocara (RJ), Itaperuna (RJ), Macaé (RJ), Magé (RJ), Maricá (RJ), Miguel Pereira (RJ), Miracema (RJ), Natividade (RJ), Nilópolis (RJ), Niterói (RJ), Nova Friburgo (RJ), Nova Iguaçu (RJ), Paracambi (RJ), Paraíba do Sul (RJ), Petrópolis (RJ), Piraí (RJ), Porciúncula (RJ), Resende (RJ), Rio das Ostras (RJ), Rio de Janeiro (RJ), Santo Antônio de Pádua (RJ), São Fidélis (RJ), São Gonçalo (RJ), São João de Meriti (RJ), Teresópolis (RJ), Três Rios (RJ), Valença (RJ), Vassouras (RJ), Volta Redonda (RJ), Mesquita (RJ), Caicó (RN), Ceará Mirim (RN), Currais Novos (RN), Extremoz (RN), Macaíba (RN), Monte Alegre (RN), Natal (RN), Nisia Floresta (RN), Parnamirim (RN), São Gonçalo do Amarante (RN), São José do Mipibu (RN), Vera Cruz (RN), Ariquemes (RO), Porto Velho (RO), Boa Vista (RR), Alegrete (RS), Bagé (RS), Cachoeira do Sul (RS), Camaquã (RS), Campo Bom (RS), Canela (RS), Capão da Canoa (RS), Caxias do Sul (RS), Cruz Alta (RS), Erechim (RS), Estrela (RS), Farroupilha (RS), Gramado (RS), Gravataí (RS), Guaiíba (RS), Ijuí (RS), Jaguarão (RS), Lagoa Vermelha (RS), Morro Redondo (RS), Nova Prata (RS), Novo Hamburgo (RS), Osório (RS), Parobé (RS), Passo Fundo (RS), Pelotas (RS), Porto Alegre (RS), Rio Grande (RS), Santa Cruz do Sul (RS), Santa Maria (RS), Santana do Livramento (RS), Santo Ângelo (RS), Santo Antônio da Patrulha (RS), São Borja (RS), São Francisco de Paula (RS), São Jerônimo (RS), São Luiz Gonzaga (RS), São Sebastião do Caí (RS), Sapiranga (RS), Torres (RS), Três Coroas (RS), Uruguaiana (RS), Vacaria (RS), Venâncio Aires (RS), Viamão (RS), Araranguá (SC), Balneário Camboriú (SC), Blumenau (SC), Camboriú (SC), Chapecó (SC), Criciúma (SC), Florianópolis (SC), Indaial (SC), Itaiópolis (SC), Itajaí (SC), Ituporanga (SC), Jaraguá do Sul (SC), Joinville (SC), Lages (SC), Mafra (SC), Palhoça (SC), Rio do Sul (SC), Rio Negrinho (SC), Santo Amaro da Imperatriz (SC), Tijucas (SC), Timbo (SC), Tubarão (SC), Vidal Ramos (SC), Aracaju (SE), Águas de Lindoia (SP), Americana (SP), Amparo (SP), Arthur Nogueira (SP), Atibaia (SP), Arujá (SP), Barueri (SP), Boituva (SP), Bragança Paulista (SP), Cabreúva (SP), Caieiras (SP), Cajamar (SP), Campinas (SP), Capivari (SP), Cerquilha (SP), Cosmópolis (SP), Cotia (SP), Diadema (SP), Franco da Rocha (SP), Guarulhos (SP), Hortolândia (SP), Indaiatuba (SP), Itapevi (SP), Itapira (SP), Itatiba (SP), Itu (SP), Jundiá (SP), Limeira (SP), Louveira (SP), Mauá (SP), Mogi das Cruzes (SP), Mogi Mirim (SP), Monte Mor (SP), Morungaba (SP), Osasco (SP), Paulínia (SP), Piedade (SP), Piracicaba (SP), Porto Feliz (SP), Ribeirão Pires (SP), Salto (SP), Salto do Pirapora (SP), Santo André (SP), Santos (SP), São Bernardo do Campos (SP), São Caetano do Sul (SP), São Paulo (SP), São Roque (SP), Sorocaba (SP), Suzano (SP), Taboão da Serra (SP), Valinhos (SP), Vinhedo (SP), Votorantim (SP), Araguaina (TO), Palmas (TO). **O plano BLUE 200 PLUS não se sujeita ao direcionamento descrito na cláusula 18.4.1.**

- b) Plano BLUE 300 PLUS**, segmentação assistencial Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia, rede credenciada do orientador médico **REDE 300 PLUS NACIONAL** com abrangência geográfica nacional, acomodação quarto coletivo ou quarto privativo, sem coparticipação, com previsão de reembolso para consultas, atendimento em pronto-socorro, exames, procedimentos ambulatoriais, honorários médicos de internação e custos hospitalares de internação, nos termos da cláusula décima sétima. **O plano BLUE 300 PLUS não se sujeita ao direcionamento descrito na cláusula 18.4.1.**
- c) Plano BLUE 400 PLUS**, segmentação assistencial Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia, rede credenciada do orientador médico **REDE 400 PLUS NACIONAL** com abrangência geográfica nacional, acomodação quarto coletivo ou quarto privativo, sem coparticipação, com previsão de reembolso para consultas, atendimento em pronto-socorro, exames, procedimentos ambulatoriais, honorários médicos de internação e custos hospitalares de internação, nos termos da cláusula décima sétima. **O plano BLUE 400 PLUS não se sujeita ao direcionamento descrito na cláusula 18.4.1.**
- d) Plano BLUE 500 PLUS**, segmentação assistencial Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia, rede credenciada do orientador médico **REDE 500 PLUS NACIONAL** com abrangência geográfica nacional, acomodação quarto privativo, sem coparticipação, com previsão de reembolso para consultas, atendimento em pronto-socorro, exames, procedimentos ambulatoriais, honorários médicos de internação e custos hospitalares de internação, nos termos da cláusula décima sétima. **O plano BLUE 500 PLUS não se sujeita ao direcionamento descrito na cláusula 18.4.1.**
- e) Plano BLUE 600 PLUS**, segmentação assistencial Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia, rede credenciada do orientador médico **REDE 600 PLUS NACIONAL** com abrangência geográfica nacional, acomodação quarto privativo, sem coparticipação, com previsão de reembolso para consultas, atendimento em pronto-socorro, exames, procedimentos ambulatoriais, honorários médicos de internação e custos hospitalares de internação, nos termos da cláusula décima sétima. **O plano BLUE 600 PLUS não se sujeita ao direcionamento descrito na cláusula 18.4.1.**

3.2.3 – Planos MEDIAL:

a) Plano MEDIAL 100 RM SP, segmentação assistencial Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia, rede credenciada do Orientador Médico **REDE 100 REGIONAL** com abrangência geográfica Grupo de Municípios, acomodação quarto coletivo, com coparticipação, não havendo previsão de nenhuma modalidade de reembolso. Grupo de Municípios: Arujá, Barueri, Caieiras, Cotia, Diadema, Francisco Morato, Franco da Rocha, Guarulhos, Itapeverica da Serra, Itaquaquecetuba, Mauá, Mogi das Cruzes, Osasco, Ribeirão Pires, Santo André, São Bernardo, São Caetano, São Paulo, Suzano e Taboão da Serra. **O plano MEDIAL 100 sujeita-se aos Programas Especiais de Atendimento e Direcionamento, nos termos da cláusula 18.4.1.**

b) Plano MEDIAL 200, segmentação assistencial Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia, rede credenciada do orientador médico **REDE 200 REGIONAL** com abrangência geográfica Grupo de Municípios, acomodação quarto coletivo ou quarto privativo, com coparticipação, não havendo previsão de nenhuma modalidade de reembolso. Grupo de Municípios: Rio Branco (AC), Arapiraca (AL), Maceió (AL), Palmeira dos Índios (AL), São Miguel dos Campos (AL), Manaus (AM), Macapá (AP), Alagoinhas (BA), Amargosa (BA), Barra (BA), Barreiras (BA), Brumado (BA), Cachoeira (BA), Caetité (BA), Camaçari (BA), Campo Formoso (BA), Canavieiras (BA), Candeias (BA), Catu (BA), Conceição do Coité (BA), Conceição do Jacuípe (BA), Cruz das Almas (BA), Dias D'Ávila (BA), Euclides da Cunha (BA), Eunápolis (BA), Feira de Santana (BA), Gandu (BA), Guanambi (BA), Ilhéus (BA), Irecê (BA), Itaberaba (BA), Itabuna (BA), Itapetinga (BA), Jacobina (BA), Jequié (BA), Juazeiro (BA), Lauro de Freitas (BA), Mata de São João (BA), Mucuri (BA), Nazaré (BA), Poçoões (BA), Pojuca (BA), Ribeira do Pombal (BA), Salvador (BA), Santo Amaro (BA), Santo Antônio de Jesus (BA), Senhor do Bonfim (BA), Serrinha (BA), Teixeira de Freitas (BA), Valença (BA), Valente (BA), Vitória da Conquista (BA), Xique-Xique (BA), Barbalha (CE), Brejo Santo (CE), Canindé (CE), Crato (CE), Fortaleza (CE), Iguatu (CE), Ipu (CE), Jardim (CE), Juazeiro do Norte (CE), Limoeiro do Norte (CE), Quixadá (CE), Russas (CE), Sobral (CE), Brasília (DF), Alegre (ES), Anchieta (ES), Cachoeiro de Itapemirim (ES), Cariacica (ES), Colatina (ES), Domingos Martins (ES), Guaçuí (ES), Linhares (ES), Nova Venécia (ES), Santa Teresa (ES), São Mateus (ES), Serra (ES), Venda Nova do Imigrante (ES), Vila Velha (ES), Vitória (ES), Goiânia (GO), Caxias (MA), Imperatriz (MA), São Luís (MA), Abaeté (MG), Aiuruoca (MG), Alfenas (MG), Andradas (MG), Araguari (MG), Araxá (MG), Arcos (MG), Barbacena (MG), Belo Horizonte (MG), Betim (MG), Bom Despacho (MG), Borda da Mata (MG), Caetanópolis (MG),

Caeté (MG), Camanducaia (MG), Campo Belo (MG), Carangola (MG), Caratinga (MG), Cataguases (MG), Caxambu (MG), Cláudio (MG), Congonhas (MG), Conselheiro Lafaiete (MG), Contagem (MG), Curvelo (MG), Divinópolis (MG), Extrema (MG), Formiga (MG), Governador Valadares (MG), Guanhães (MG), Ipatinga (MG), Itabira (MG), Itabirito (MG), Itajuba (MG), Itamarandiba (MG), Itaú de Minas (MG), Itaúna (MG), Ituiutaba (MG), João Monlevade (MG), Juiz de Fora (MG), Lagoa Santa (MG), Lavras (MG), Leopoldina (MG), Mariana (MG), Matozinhos (MG), Monte Carmelo (MG), Montes Claros (MG), Muriaé (MG), Nova Lima (MG), Oliveira (MG), Ouro Branco (MG), Ouro Preto (MG), Pará de Minas (MG), Paracatu (MG), Passos (MG), Patos de Minas (MG), Patrocínio (MG), Pedro Leopoldo (MG), Poços de Caldas (MG), Pompeu (MG), Ponte Nova (MG), Pouso Alegre (MG), Sabará (MG), Sabinópolis (MG), Santos Dumont (MG), São Sebastião do Paraíso (MG), Serro (MG), Sete Lagoas (MG), Teófilo Otoni (MG), Timóteo (MG), Ubá (MG), Uberaba (MG), Uberlândia (MG), Unaí (MG), Aquidauana (MS), Bataguassu (MS), Campo Grande (MS), Corumbá (MS), Costa Rica (MS), Dourados (MS), Naviraí (MS), Nova Andradina (MS), Ponta Porã (MS), Três Lagoas (MS), Alta Floresta (MT), Cáceres (MT), Cuiabá (MT), Poconé (MT), Primavera do Leste (MT), Sinop (MT), Tangará da Serra (MT), Várzea Grande (MT), Alenquer (PA), Ananindeua (PA), Barcarena (PA), Belém (PA), Bragança (PA), Canaã dos Carajás (PA), Capanema (PA), Castanhal (PA), Conceição do Araguaia (PA), Marituba (PA), Paragominas (PA), Parauapebas (PA), Redenção (PA), Santarém (PA), Tucuruí (PA), Campina Grande (PB), João Pessoa (PB), Santa Rita (PB), Sousa (PB), Afogados da Ingazeira (PE), Araripina (PE), Arcoverde (PE), Cabo de Santo Agostinho (PE), Caruaru (PE), Escada (PE), Garanhuns (PE), Goiana (PE), Jaboatão dos Guararapes (PE), Olinda (PE), Paudalho (PE), Paulista (PE), Petrolândia (PE), Petrolina (PE), Recife (PE), Serra Talhada (PE), Surubim (PE), Timbaúba (PE), Campo Maior (PI), Oeiras (PI), Parnaíba (PI), Picos (PI), Teresina (PI), Almirante Tamandaré (PR), Araucária (PR), Campina Grande do Sul (PR), Campo Largo (PR), Colombo (PR), Contenda (PR), Curitiba (PR), Fazenda Rio Grande (PR), Pinhais (PR), Piraquara (PR), São José dos Pinhais (PR), Angra dos Reis (RJ), Barra do Piraí (RJ), Barra Mansa (RJ), Belford Roxo (RJ), Bom Jesus do Itabapoana (RJ), Cabo Frio (RJ), Cambuci (RJ), Campos dos Goytacazes (RJ), Duque de Caxias (RJ), Engenheiro Paulo de Frontin (RJ), Itaocara (RJ), Itaperuna (RJ), Macaé (RJ), Magé (RJ), Maricá (RJ), Miguel Pereira (RJ), Miracema (RJ), Natividade (RJ), Nilópolis (RJ), Niterói (RJ), Nova Friburgo (RJ), Nova Iguaçu (RJ), Paracambi (RJ), Paraíba do Sul (RJ), Petrópolis (RJ), Piraí (RJ), Porciúncula (RJ), Resende (RJ), Rio das Ostras (RJ), Rio de Janeiro (RJ), Santo Antônio de Pádua (RJ), São Fidélis (RJ), São Gonçalo (RJ), São João de Meriti (RJ), Teresópolis (RJ), Três Rios (RJ), Valença (RJ), Vassouras (RJ), Volta

Redonda (RJ), Mesquita (RJ), Caicó (RN), Ceará Mirim (RN), Currais Novos (RN), Extremoz (RN), Macaíba (RN), Monte Alegre (RN), Natal (RN), Nisia Floresta (RN), Parnamirim (RN), São Gonçalo do Amarante (RN), São José do Mipibu (RN), Vera Cruz (RN), Ariquemes (RO), Porto Velho (RO), Boa Vista (RR), Alegrete (RS), Bagé (RS), Cachoeira do Sul (RS), Camaquã (RS), Campo Bom (RS), Canela (RS), Capão da Canoa (RS), Caxias do Sul (RS), Cruz Alta (RS), Erechim (RS), Estrela (RS), Farroupilha (RS), Gramado (RS), Gravataí (RS), Guaíba (RS), Ijuí (RS), Jaguarão (RS), Lagoa Vermelha (RS), Morro Redondo (RS), Nova Prata (RS), Novo Hamburgo (RS), Osório (RS), Parobé (RS), Passo Fundo (RS), Pelotas (RS), Porto Alegre (RS), Rio Grande (RS), Santa Cruz do Sul (RS), Santa Maria (RS), Santana do Livramento (RS), Santo Ângelo (RS), Santo Antônio da Patrulha (RS), São Borja (RS), São Francisco de Paula (RS), São Jerônimo (RS), São Luiz Gonzaga (RS), São Sebastião do Caí (RS), Sapiranga (RS), Torres (RS), Três Coroas (RS), Uruguaiana (RS), Vacaria (RS), Venâncio Aires (RS), Viamão (RS), Araranguá (SC), Balneário Camboriú (SC), Blumenau (SC), Camboriú (SC), Chapecó (SC), Criciúma (SC), Florianópolis (SC), Indaial (SC), Itaiópolis (SC), Itajaí (SC), Ituporanga (SC), Jaraguá do Sul (SC), Joinville (SC), Lages (SC), Mafra (SC), Palhoça (SC), Rio do Sul (SC), Rio Negrinho (SC), Santo Amaro da Imperatriz (SC), Tijucas (SC), Timbo (SC), Tubarão (SC), Vidal Ramos (SC), Aracaju (SE), Águas de Lindoia (SP), Americana (SP), Amparo (SP), Arthur Nogueira (SP), Atibaia (SP), Arujá (SP), Barueri (SP), Boituva (SP), Bragança Paulista (SP), Cabreúva (SP), Caieiras (SP), Cajamar (SP), Campinas (SP), Capivari (SP), Cerquilha (SP), Cosmópolis (SP), Cotia (SP), Diadema (SP), Franco da Rocha (SP), Guarulhos (SP), Hortolândia (SP), Indaiatuba (SP), Itapevi (SP), Itapira (SP), Itatiba (SP), Itu (SP), Jundiaí (SP), Limeira (SP), Louveira (SP), Mauá (SP), Mogi das Cruzes (SP), Mogi Mirim (SP), Monte Mor (SP), Morungaba (SP), Osasco (SP), Paulínia (SP), Piedade (SP), Piracicaba (SP), Porto Feliz (SP), Ribeirão Pires (SP), Salto (SP), Salto do Pirapora (SP), Santo André (SP), Santos (SP), São Bernardo do Campos (SP), São Caetano do Sul (SP), São Paulo (SP), São Roque (SP), Sorocaba (SP), Suzano (SP), Taboão da Serra (SP), Valinhos (SP), Vinhedo (SP), Votorantim (SP), Araguaina (TO), Palmas (TO). **O plano MEDIAL 200 sujeita-se aos Programas Especiais de Atendimento e Direcionamento, nos termos da cláusula 18.4.1.**

- c) Plano MEDIAL 300**, segmentação assistencial Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia, rede credenciada do orientador médico **REDE 300 NACIONAL** com abrangência geográfica nacional, acomodação quarto coletivo ou quarto privativo, com coparticipação, não havendo previsão de nenhuma modalidade de reembolso. **O plano MEDIAL 300 sujeita-se aos Programas Especiais de Atendimento e Direcionamento, nos termos da cláusula 18.4.1.**

- d) **Plano MEDIAL 400**, segmentação assistencial Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia, rede credenciada do orientador médico **REDE 400 NACIONAL** com abrangência geográfica nacional, acomodação quarto coletivo ou quarto privativo, com coparticipação, não havendo previsão de nenhuma modalidade de reembolso. **O plano MEDIAL 400 sujeita-se aos Programas Especiais de Atendimento e Direcionamento, nos termos da cláusula 18.4.1.**
- e) **Plano MEDIAL 500**, segmentação assistencial Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia, rede credenciada do orientador médico **REDE 500 NACIONAL** com abrangência geográfica nacional, acomodação quarto privativo, com coparticipação, não havendo previsão de nenhuma modalidade de reembolso. **O plano MEDIAL 500 sujeita-se aos Programas Especiais de Atendimento e Direcionamento, nos termos da cláusula 18.4.1.**
- f) **Plano MEDIAL 600**, segmentação assistencial Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia, rede credenciada do orientador médico **REDE 600 NACIONAL** com abrangência geográfica nacional, acomodação quarto privativo, com coparticipação, não havendo previsão de nenhuma modalidade de reembolso. **O plano MEDIAL 600 sujeita-se aos Programas Especiais de Atendimento e Direcionamento, nos termos da cláusula 18.4.1.**

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

TIPO DE CONTRATAÇÃO

4.1 – O tipo de contratação deste plano é **Coletivo Empresarial**, 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.

5

CLÁUSULA QUINTA

SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE 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 **AMIL** 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 **AMIL** são somente aquelas onde a **AMIL** tem filiais operacionais ou sede, distribuídas no território nacional para os produtos comercializados vigentes na época da contratação.

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 indisponibilidade 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.

CLÁUSULA NONA

ATRIBUTOS DO CONTRATO

9.1 – A **AMIL**, 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 característica bilateral, gerando direitos e obrigações às partes, sendo um contrato aleatório, de adesão, na forma do disposto no artigo 54, 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 inoccorrência do evento do qual será gerada a obrigação da **AMIL** 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 DÉCIMA

CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

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

10.1.1 – À **AMIL** é concedido o prazo de 15 (quinze) dias, contados a partir do recebimento da Proposta Contratual ou da Solicitação de Inclusão de **BENEFICIÁRIOS**, para proceder à aceitação desta Proposta Contratual ou da referida 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;
- 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 consideradas **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 o 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 **AMIL** 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 consequente acréscimo da contraprestação pecuniária.

10.2.3.2 – A extinção da adoção confere à **AMIL** 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 **AMIL** 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 escrita da **CONTRATANTE**, aprovada pela **AMIL**.

10.5.2 – A **CONTRATANTE** se obriga a informar à **AMIL** 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 a **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 **AMIL** fornecerá identificação específica aos **BENEFICIÁRIOS** incluídos no contrato, que os habilitará ao uso dos benefícios previstos no seu plano. A **AMIL** 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 da **CONTRATANTE**, ficando a **AMIL** 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 realizada 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 oncológica 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 listados no Rol de Procedimentos e suas Diretrizes, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e vigente à 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 **AMIL** 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 AMIL**, 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 **AMIL** até 5 (cinco) dias úteis **ANTES** da data da internação.

11.5.3 – A cobertura de internações hospitalares, conforme 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 reconhecidos 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 oncológica 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.
- 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) 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, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)), 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.

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 necessários 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 **AMIL** para

a realização de transplantes de órgãos. Não haverá nenhuma cobertura para transplante não previsto no Rol de Procedimentos e suas Diretrizes, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), ou realizado fora da rede credenciada específica.

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

- a) As despesas assistenciais 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 previstos no contrato, desde que comprovadamente necessária e após prévia autorização da **AMIL**. 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 Referência ou Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia, a **BENEFICIÁRIA**, na forma do presente, terá direito à cobertura da assistência **OBSTÉTRICA**, nos limites do plano escolhido, 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), 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 **AMIL** 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-se as condições comerciais vigentes à época desta contratação;
- c) nas duas situações as inclusões só serão aceitas se 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 de 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 – Atendimentos às emergências, assim consideradas as situações que impliquem risco de morte ou de danos físicos para o próprio 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 – Atendimentos à psicoterapia, entendida esta como o 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 contratual.

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 definida 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 vigentes publicadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

EXCLUSÕES DE COBERTURA

12.1 – Este contrato não prevê cobertura de custos ou reembolso para os eventos excluídos ou sem cobertura obrigatória pela Lei nº 9.656/98 e sua regulamentação, entre os quais os 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 regularizados 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 cirúrgico, 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 espermatozoides para alcançar a fertilização, por meio de injeções de espermatozoides intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção pós-tumora, 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) e 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 vigente 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 administrados 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 do contrato, para efeito do reajuste anual, de acordo com o artigo 16, II da Lei nº 9.656/98.

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

PERÍODOS 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 essa 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 conformidade 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 à **AMIL** 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 credenciados ou referenciados pela **AMIL**, sem qualquer ônus para o mesmo.

15.6 – Caso o **BENEFICIÁRIO** opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da **AMIL**, poderá fazê-lo, desde que assuma 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 **AMIL**, 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 constatada por perícia ou na entrevista qualificada, ou através de declaração do **BENEFICIÁRIO** a existência de doenças ou lesões preexistentes, a **AMIL** 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 da 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 da **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 no consumidor **BENEFICIÁRIO** pela **AMIL**.

15.13 – Sendo constatado indício de fraude por parte do **BENEFICIÁRIO**, referente à omissão de conhecimento de doenças e/ou lesões preexistentes por ocasião da contratação ou adesão ao plano de saúde, a **AMIL** comunicará imediatamente a constatação da omissão de informação através do Termo de Comunicação, conforme legislação vigente.

15.13.1 – Nesse momento, a **AMIL** 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 do 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 **AMIL** pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) ou pelo Judiciário, o **BENEFICIÁRIO** passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas pela **AMIL** 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.

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 e limites 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 às 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 emergência 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 à AMIL.**

16.4 – Após o período de 12 (doze) horas estabelecido nos itens acima, o **BENEFICIÁRIO** deverá ser removido por via terrestre, às expensas da **AMIL**, 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 **AMIL**.

Remoção

16.5 – Haverá garantia de cobertura para remoção terrestre, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada, pelo médico 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 do 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, da CONTRATANTE ou de terceiro(s) responsável(s) perante o serviço prestador, pelo que deverão ajustar a obrigação financeira dos procedimentos, estando a AMIL isenta desses ônus e coberturas.**

16.8 – Fica ainda certo 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 **AMIL** 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 de Termo de Responsabilidade, pela continuidade do tratamento em uma unidade diferente daquela estipulada, a **AMIL** 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, e na impossibilidade justificada pela não utilização dos serviços contratados, credenciados ou referenciados pela **AMIL**, 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 AMIL de Reembolso, que representa os preços de serviços médico-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 assistente e de cada um dos componentes de sua equipe, separadamente, declarando o tipo de atendimento prestado e o procedimento realizado, laudo médico, laudo do exame anatomopatológico, 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 da 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 **AMIL** (diretamente ou em um endereço local indicado pela **AMIL**) 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 **AMIL** 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 – Nos planos: BLUE 300 PLUS, BLUE 400 PLUS, BLUE 500 PLUS e BLUE 600 PLUS 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 AMIL de Reembolso nos limites e condições estabelecidas no plano contratado, conforme especificado para cada plano listado na cláusula terceira.

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

GRUPO DE BENEFÍCIO	Blue 300 Plus Blue 400 Plus Blue 500 Plus	Blue 600 Plus
Consultas	até 1 vez a Tabela AMIL	até 1,5 vez a Tabela AMIL
Atendimento de urgência em pronto-socorro hospitalar	até 1 vez a Tabela AMIL	até 1,5 vez a Tabela AMIL
Exames e procedimentos básicos de apoio diagnóstico e tratamento	até 1 vez a Tabela AMIL	até 1 vez a Tabela AMIL
Exames e procedimentos especiais de apoio diagnóstico e tratamento	até 1 vez a Tabela AMIL	até 1 vez a Tabela AMIL
Honorários médicos de internação	até 1 vez a Tabela AMIL	até 1 vez a Tabela AMIL
Custos hospitalares de internação	Sem previsão para reembolso	Sem previsão para reembolso

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 **AMIL** 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 **AMIL**, e seu cálculo é feito em função de multiplicadores definidos no plano escolhido, que serão aplicados sobre os valores previstos na Tabela AMIL de Reembolso.

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

17.4.2 – **A Tabela AMIL 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 URAs (Unidade de Reembolso AMIL, expressa na Tabela AMIL de Reembolso) X quantidade de unidade de serviço X valoração da URA (Unidade de Reembolso AMIL).

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 à **AMIL** (diretamente ou em um endereço local indicado pela **AMIL**) 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, nome do paciente, valor cobrado, valor de desconto, quando houver, assinatura e carimbo do médico, CPF e/ou CNPJ, CRM, endereço legível do médico assistente e data da 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, endereço legível e data da realização do evento.

c) Exames complementares e serviços de diagnóstico 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 cálculo correto do reembolso, a **AMIL** 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 data de entrega ou complementação da documentação.

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 às 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 **AMIL** se reserva o 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 **AMIL** fornecerá para cada **BENEFICIÁRIO** um cartão de identificação que o habilitará ao uso do sistema, desde que acompanhado do documento de identificação expedido pelos órgãos oficiais.

18.1.1 – A **AMIL** poderá cobrar pelo fornecimento da segunda via da documentação acima.

18.2 – Mecanismos de regulação – consultas e exames

18.2.1 – A data e 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 incluídos 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 **AMIL** definirá em tabela própria os exames e procedimentos que necessitam de autorização prévia, disponibilizando-a no site www.amil.com.br ou através do teleatendimento.

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

18.3.1 – A **AMIL** cobrirá os custos médico-hospitalares de acordo com a rede credenciada estabelecida no Orientador Médico e nos termos do contrato.

18.3.2 – Todas as solicitações de internações eletivas e exames que necessitem de autorização da **AMIL** deverão ser feitas em formulário específico e disponibilizado pela **AMIL**, 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 pelo 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 **AMIL**, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com as despesas arcadas pela **AMIL**. **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 **AMIL** 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 **AMIL**, constará da guia expedida e corresponderá à média de dias utilizados para casos idênticos, para fins de controle.

18.3.6.1 – Em caso de necessidade de prorrogação do prazo de internação previamente autorizado, o médico assistente ou o hospital deverá apresentar à **AMIL** 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 **AMIL**, cartão de identificação, fornecido pela **AMIL** ou **identificação biométrica**, além do documento de identidade do **BENEFICIÁRIO** paciente e a guia de procedimento previamente emitida pela **AMIL**.

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 **AMIL**.

18.3.9 – Quando da necessidade de utilização de serviços para a cobertura dos quais a **AMIL** não possui estabelecimentos de saúde e/ou profissionais contratados ou credenciados na região de abrangência, especificamente relacionados no Orientador Médico, e tendo o **BENEFICIÁRIO** não optado pela prática de reembolso nos limites da Tabela AMIL de Reembolso descrita na cláusula 17, a **AMIL** deverá indicar outros credenciados em localidade mais próxima possível.

18.3.10 – A **AMIL** colocará à 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 da 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.amil.com.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 estas passíveis de reembolso pela **AMIL**.

18.4 – Mecanismos de regulação – gerenciamento de ações de saúde

18.4.1 – Nos planos AMIL Referência, MEDIAL 100 RM SP, MEDIAL 200, MEDIAL 300, MEDIAL 400, MEDIAL 500 e MEDIAL 600, as condições médicas a seguir terão cobertura para o atendimento por credenciados selecionados para tal e participantes dos Programas Especiais de Atendimento e Direcionamento, cuja relação consta do Orientador Médico do 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) Transplantes 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 – alterações na rede credenciada

18.5.1 – A **AMIL** poderá proceder à alteração na rede credenciada para mais ou para menos, nos termos da legislação vigente. Dúvidas com relação à rede credenciada podem ser sanadas através do **teleatendimento, ou pelo site www.amil.com.br, ou, ainda, pelo Orientador Médico.**

18.5.2 – Quando houver alteração na rede hospitalar, a **AMIL** observará o disposto no artigo 17 e seus parágrafos da Lei nº 9.656/98, comunicando previamente a **CONTRATANTE** nos casos de substituição de rede hospitalar.

18.5.3 – A **AMIL** poderá, também, obtendo autorização da ANS, redimensionar a sua rede mediante a redução da quantidade de hospitais credenciados no referido Orientador Médico.

18.5.4 – Em ocorrendo os descredenciamentos, os **BENEFICIÁRIOS** terão o direito de prosseguir o seu tratamento com qualquer outro profissional ou estabelecimento de serviços de saúde, integrantes da rede credenciada da **AMIL**, sem que esta tenha a obrigação de efetuar qualquer indenização pela substituição havida.

18.5.5 – Caso ocorra o descredenciamento de estabelecimento hospitalar durante a internação de quaisquer dos **BENEFICIÁRIOS** regularmente inscritos no presente contrato, os mesmos permanecerão internados, até a regular alta hospitalar, sendo certo que as despesas até a alta hospitalar correrão por conta da **AMIL**.

18.5.6 – Em caso de descredenciamento de estabelecimento hospitalar em razão de cometimento de infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, a **AMIL** responsabilizar-se-á pela transferência imediata do **BENEFICIÁRIO** hospitalizado para outro estabelecimento equivalente, sem qualquer ônus adicional para o **BENEFICIÁRIO**.

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 **BENEFICIÁRIO**, outro pela **AMIL** 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 **AMIL**.

18.6.3 – Cada uma das partes pagará os honorários e despesas do médico que nomear, quando não credenciado, sendo que os do terceiro desempatador serão pagos pela **AMIL**, conforme previsto na legislação vigente.

18.7 – Mecanismos de regulação – coparticipação

18.7.1 – Entende-se por coparticipação, a parte efetivamente paga pela **CONTRATANTE** à **AMIL**, referente à realização de um determinado procedimento, cujo valor será cobrado posteriormente pela **AMIL**, incluso na cobrança da contraprestação pecuniária.

18.7.1.1 – O percentual de coparticipação referente à realização de procedimentos psiquiátricos está disposto na cláusula 11.9 deste instrumento contratual.

18.7.2 – 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	100	200	300	400	500	600
Consulta eletiva e clínicas	R\$ 12,00	R\$ 12,00	R\$ 20,00	R\$ 20,00	R\$ 20,00	R\$ 20,00
Consulta hospitalar – PS	R\$ 25,00	R\$ 25,00	R\$ 40,00	R\$ 40,00	R\$ 40,00	R\$ 40,00
Exames básicos*	R\$ 3,00	R\$ 3,00	R\$ 5,00	R\$ 5,00	R\$ 5,00	R\$ 5,00
Exames especiais	R\$ 30,00	R\$ 30,00	R\$ 40,00	R\$ 40,00	R\$ 40,00	R\$ 40,00
Procedimentos básicos*	R\$ 3,00	R\$ 3,00	R\$ 5,00	R\$ 5,00	R\$ 5,00	R\$ 5,00
Procedimentos especiais	R\$ 30,00	R\$ 30,00	R\$ 40,00	R\$ 40,00	R\$ 40,00	R\$ 40,00
Internação	R\$ 80,00	R\$ 80,00	R\$ 100,00	R\$ 100,00	R\$ 100,00	R\$ 100,00
Procedimentos liberados em GRUPO:						
Psicoterapia	R\$ 10,00	R\$ 10,00	R\$ 10,00	R\$ 10,00	R\$ 10,00	R\$ 10,00
Fonoaudiologia	R\$ 5,00	R\$ 5,00	R\$ 5,00	R\$ 5,00	R\$ 5,00	R\$ 5,00
Fisioterapia	R\$ 4,00	R\$ 4,00	R\$ 4,00	R\$ 4,00	R\$ 4,00	R\$ 4,00
*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.

FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

19.1 – Este contrato tem sua formação de preço preestabelecida entre **CONTRATANTE** e **AMIL**, com fundamento nas declarações da **CONTRATANTE**, sendo o pagamento do valor da contraprestação pecuniária efetuado 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 **AMIL**, 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 **AMIL**.

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 **AMIL**.

19.2.5 – O recebimento pela **AMIL** 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 pagamento 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 **AMIL**, 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 **AMIL**, se a **CONTRATANTE** não possuir comprovantes devidamente autenticados por banco ou escritório central autorizado pela **AMIL**.

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 reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice eleito pela **AMIL**, 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-actuarial 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 actuarial 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:

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

Onde:

Ir = 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 resultantes 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 **AMIL**.

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 subcláusulas 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 **AMIL** (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 **AMIL** 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:

$$IRTS = \frac{Sin.}{0,60 \times Rec.} - 1$$

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 **AMIL** divulgará até o primeiro dia útil do mês de maio de cada ano, e manterá em seu endereço eletrônico na 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 na 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.

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 nº 63/2003

FAIXA ETÁRIA	AUMENTO
00 a 18 anos	0%
19 a 23 anos	35,80%, ao completar 19 anos
24 a 28 anos	10,00%, ao completar 24 anos
29 a 33 anos	10,00%, ao completar 29 anos
34 a 38 anos	0%, ao completar 34 anos
39 a 43 anos	5,00%, ao completar 39 anos
44 a 48 anos	42,00%, ao completar 44 anos
49 a 53 anos	30,00%, ao completar 49 anos
54 a 58 anos	0%, ao completar 54 anos
59 ou mais	88,38%, ao completar 59 anos

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 oferecido 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 no 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 existência do direito que permite aos mesmos permanecerem como usuários da **AMIL**, 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 **AMIL** 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 **AMIL**, 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 existentes 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 **AMIL**, das despesas porventura realizadas no período de 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 à 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 no 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 à 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.

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 **AMIL** 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 da **CONTRATANTE** nos seguintes casos:

- a) Prática, pelo **BENEFICIÁRIO**, de fraude, quaisquer 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 do **BENEFICIÁRIO titular** com a pessoa jurídica **CONTRATANTE**.
- e) 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 dos benefícios previstos neste contrato, assim como da devolução de qualquer quantia paga.

23.6 – A **CONTRATANTE** deverá comunicar aos **BENEFICIÁRIOS** inscritos no plano da **AMIL** sobre a extinção do contrato, informando-os, ainda, **caso não haja continuidade do 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.

CLÁUSULA VIGÉSIMA QUARTA

RESCISÃO/SUSPENSÃO

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 à cobertura e ao 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 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 **AMIL**, 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 **AMIL** 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 **AMIL** 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 ao princípio da boa-fé objetiva.

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

24.2.6 – Nas hipóteses dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998, 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 **AMIL** 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 vincendas 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**.

DISPOSIÇÕES GERAIS

25.1 – Fazem parte do presente contrato seus anexos e regulamentos, bem como a proposta contratual, o orientador médico com a rede credenciada da **AMIL** definida pelo tipo de plano contratado, a declaração de saúde, o Manual de Orientação para Contratação de Planos 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 o 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.amil.com.br.

25.1.2 – Será de responsabilidade da **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 **AMIL** 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 da **CONTRATANTE** e da **AMIL** 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 – TRANSFERÊNCIA DE PLANOS: as partes acordam que a mudança de plano poderá ser solicitada pela **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. O BENEFICIÁRIO que fizer esta opção deverá cumprir as carências estipuladas pela AMIL para os novos benefícios adquiridos com esta alteração.

25.3.2 – Os benefícios mencionados acima correspondem a: utilização da NOVA REDE CREDENCIADA, utilização da NOVA ACOMODAÇÃO e utilização de 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 contratado.

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

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 **AMIL** 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 **AMIL** em 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 exigido seu cumprimento.

25.7 – Não é admitida a presunção de que a **AMIL** ou a **CONTRATANTE** possam ter conhecimento de circunstâncias que não constem deste contrato, ou de comunicações posteriores por escrito.

25.8 – Conforme o 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 à saúde, permanecem sob responsabilidade da **AMIL**, através de seu Coordenador Médico de Informações em Saúde, devidamente cadastrado 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 da **CONTRATANTE**, para dirimir as questões oriundas do presente contrato.

