

CONTRATO DE COBERTURA DE DESPESAS COM ASSISTÊNCIA À SAÚDE

PLANO INDIVIDUAL OU FAMILIAR

1. DADOS GERAIS

1.1 Qualificação do Contratante

1.1.1. O Beneficiário Titular, juntamente com seus dependentes, está identificado na Proposta de Adesão, que, com idêntica numeração, faz parte integrante deste Contrato, ressaltando-se que da mesma constam, obrigatoriamente, dentre outras, as seguintes informações: a) *nome, data de nascimento e filiação* (paterna e materna do Beneficiário titular e materna dos dependentes); b) *número de inscrição no CPF/MF do Beneficiário titular*; c) *número e órgão expedidor da cédula de identidade do Beneficiário titular*; d) *endereço completo do Beneficiário titular*.

1.2. Plano Contratado

1.2.1. Identificação – os dados identificativos do Plano Contratado, bem como o valor inicial da Mensalidade e a data de adesão, estão devidamente registrados na Proposta de Adesão parte integrante deste Contrato.

1.2.1.1. O Plano Contratado, com o seu **nome comercial, número de registro na ANS e padrão de acomodação em internação**, é aquele a seguir indicado:

Opção (X)	Nome Comercial	Nº de Registro na ANS	Acomodação Hospitalar
	NEXT ABC - 40	473.460/15-2	Coletiva (enfermaria)

1.2.2. Tipo de Contratação: ***Individual ou Familiar***.

1.2.3. Tipo de Segmentação Assistencial - ***Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia***.

1.2.4. Área Geográfica de Abrangência – ***Grupo de Municípios***

1.2.4.1. Área de Atuação:

a) **NEXT ABC – 40 – municípios de Mauá, Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul, ambos no estado de São Paulo;**

1.2.5. Os valores das contraprestações pecuniárias serão, sempre, ***pré-estabelecidos***.

CONTRATO DE COBERTURA DE DESPESAS COM ASSISTÊNCIA À SAÚDE

PLANO INDIVIDUAL OU FAMILIAR

2. ATRIBUTOS DO CONTRATO

2.1. Objeto

- 2.1.1. Este Contrato tem por objeto a cobertura de custos assistenciais, por prazo indeterminado, sem limite financeiro, na forma de Plano Privado de Assistência à Saúde, conforme previsto no artigo 1º, inciso I, da Lei nº 9.656/98, visando a Assistência Médica e Hospitalar.
- 2.1.2. A cobertura contratual compreende partos e tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, bem como os procedimentos expressamente previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS conforme normativo vigente na época do evento.

2.2. Natureza Jurídica

- 2.2.1. Este contrato reveste-se de característica bilateral, gerando direitos e obrigações individuais para as partes, tratando-se de contrato aleatório, regulado pelos artigos 458 a 461 do Código Civil.
- 2.2.2. A este contrato aplicam-se, igualmente, as normas estatuídas na Lei nº 9.656/98 e, subsidiariamente, as disposições da Lei nº 8.078/90, especialmente, por tratar-se de contrato de adesão, o disposto no artigo 54 desta Lei.

3. CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

- 3.1. O Proponente passará à condição de Beneficiário tão logo se verifique a efetivação, pela Operadora, de sua Proposta de Adesão.
- 3.2. O Beneficiário Titular poderá incluir no Contrato, fazendo-os constar na Proposta de Adesão, o cônjuge ou a (o) companheira (o) e os filhos e/ou equiparados, solteiros, menores de 25 (vinte e cinco) anos de idade, sendo de sua responsabilidade o pagamento das respectivas Mensalidades.
- 3.2.1. O Beneficiário Titular poderá, a qualquer tempo, solicitar, por escrito, a inclusão de novos dependentes, que, contudo, se efetivamente incluídos, estarão sujeitos ao cumprimento das condições individuais de carências, fixadas neste Contrato.
- 3.2.2. **O recém-nascido, filho natural ou adotivo do Beneficiário Titular, ou de dependente seu inscrito no Contrato, nascido na vigência contratual, pode ser inscrito no Contrato em até 30 (trinta) dias do nascimento ou da adoção, desde que apresentada a documentação pertinente, observando-se que:**
- a) a inscrição pode ser exercida quando o Beneficiário for o pai ou a mãe;
 - b) a inscrição independe de o parto ter sido coberto pela Operadora ou do cumprimento de quaisquer prazos de carência por qualquer dos pais;
 - c) o cumprimento ou não do prazo de carência para parto a termo não interfere no direito à inscrição no Contrato;
- 3.2.2.1. **O recém-nascido sob guarda ou tutela pode ser incluído no Contrato pelo seu responsável legal, beneficiário regularmente inscrito no Contrato, em até 30 (trinta) dias da tutela ou da guarda.**

CONTRATO DE COBERTURA DE DESPESAS COM ASSISTÊNCIA À SAÚDE

PLANO INDIVIDUAL OU FAMILIAR

- 3.2.2.2. O recém-nascido incluído no Contrato em até 30 (trinta) dias na forma dos subitens 3.2.1.1. e 3.2.1.2., mesmo que o parto não tenha sido coberto pela Operadora, terá aproveitamento pleno das carências já cumpridas pelo Beneficiário, pai ou mãe, ou pelo Responsável Legal, conforme o caso.
- 3.2.2.3. O menor de 12 (doze) anos adotado por Beneficiário inscrito no Contrato, ou sob guarda ou tutela deste, pode ser incluído no Contrato em até 30 (trinta) dias da adoção, guarda ou tutela, terá aproveitamento pleno dos períodos de carência já cumpridos pelo Beneficiário adotante, seja ele pai ou mãe, ou responsável legal, conforme o caso.
- 3.2.2.4. O filho menor de 12 (doze) anos cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente pode ser incluído no Contrato em até 30 (trinta) dias do reconhecimento, terá aproveitamento pleno dos períodos de carência já cumpridos pelo pai.
- 3.2.2.5. Na hipótese de inscrição após o prazo de 30 (trinta) dias, os novos dependentes, estarão sujeitos ao cumprimento integral das condições individuais de carências, fixadas neste Contrato.
- 3.2.2.6. Para efeito dos subitens anteriores, serão considerados os prazos de carência máximos previstos no Contrato, limitados a 180 (cento e oitenta) dias.
- 3.2.3. **Não haverá alegação de doença ou lesão preexistente quando o dependente for inscrito nos primeiros 30 (trinta) dias a contar:**
- a) do nascimento, no caso de recém-nascido filho natural de Beneficiário, pai ou mãe, inscrito no Contrato;
 - b) da guarda, ou tutela, ou adoção, no caso de recém-nascido de responsável legal inscrito, como beneficiário, no Contrato;
 - c) na hipótese de menor de 12 anos, da guarda, tutela ou adoção, ou do reconhecimento de paternidade.
- 3.2.3.1. Na hipótese de inscrição após o prazo de 30 (trinta) dias, pode ocorrer arguição de *doença ou lesão preexistente* (DLP), bem como a imposição de *cobertura parcial temporária* (CPT).
- 3.2.4. A cobertura individual dos dependentes, incluídos após o início de vigência do contrato, começará a vigorar na data em que a solicitação expressa de inclusão do novo beneficiário seja protocolizada na Operadora, data a partir da qual passará a ser devida a respectiva Mensalidade individual e em que se iniciará a contagem dos períodos de carência e/ou de CPT.

4. COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS (DESPESAS COBERTAS)

Respeitados os prazos de carência, as exclusões e as coberturas estabelecidas neste Contrato, a Operadora garantirá, dentro dos limites do Plano Contratado, a cobertura das despesas relativas a partos e tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, bem como a integralidade do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS conforme normativo vigente na época do evento, ressaltando-se que:

CONTRATO DE COBERTURA DE DESPESAS COM ASSISTÊNCIA À SAÚDE

PLANO INDIVIDUAL OU FAMILIAR

- a participação de profissional médico anestesiológico nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente na época do evento terá cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínica;
- o atendimento, dentro da segmentação e da área geográfica de abrangência da cobertura contratual, está assegurado independentemente do local de origem do evento.

4.1. ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS

4.1.1. Consultas Médicas

Serão cobertas as despesas com Consultas Médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM).

4.1.2. Exames para Diagnóstico

Serão cobertas as despesas com os Exames para Diagnóstico previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS conforme normativo vigente na época do evento, realizados em regime ambulatorial (mesmo que em ambiente hospitalar), quando solicitados pelo médico assistente ou, nos casos de natureza exclusivamente odontológica, pelo cirurgião dentista assistente.

4.1.3. Procedimentos Terapêuticos

Serão cobertas as despesas com os Procedimentos Terapêuticos a seguir indicados, realizados em regime ambulatorial, quando prescritos pelo médico assistente:

Reeducação e Reabilitação Física (Fisioterapia)

Serão cobertas as despesas efetuadas pelo Beneficiário, para o seu tratamento ou de seus dependentes incluídos no Contrato, com os procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS conforme normativo vigente na época do evento, realizados em regime ambulatorial, em número ilimitado de sessões, que podem ser realizadas tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, quando prescritas pelo médico assistente.

Nutrição, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional e Psicologia

Serão cobertas as despesas efetuadas pelo Beneficiário, para o seu tratamento ou de seus dependentes incluídos no Contrato, com consultas e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo, quando prescritas pelo médico assistente e de acordo com o estabelecido nas *Diretrizes de Utilização*, parte integrante do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, em vigor na época do evento.

Psicoterapia

Serão cobertas as despesas efetuadas pelo Beneficiário, para o seu tratamento ou de seus dependentes incluídos no Contrato, com sessões de psicoterapia quando prescritas pelo médico assistente e de acordo com o estabelecido nas *Diretrizes de Utilização*, parte integrante do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, em vigor na época do evento, que podem ser realizadas tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado.

CONTRATO DE COBERTURA DE DESPESAS COM ASSISTÊNCIA À SAÚDE

PLANO INDIVIDUAL OU FAMILIAR

Procedimentos Especiais

Serão cobertas as despesas efetuadas pelo Beneficiário, para o seu tratamento ou de seus dependentes incluídos no Contrato, com os tratamentos terapêuticos abaixo relacionados, considerados especiais, no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS conforme normativo vigente na época do evento, realizadas em regime ambulatorial (mesmo que em ambiente hospitalar), quando prescritos pelo médico assistente:

- *Hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;*
- *Quimioterapia oncológica ambulatorial;*
- *Radioterapia;*
- Procedimentos de hemodinâmica ambulatorial;
- *Hemoterapia ambulatorial;*
- *Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.*

4.1.4. Planejamento Familiar

Serão cobertas as despesas com ações de planejamento familiar, que devem envolver as atividades de educação, aconselhamento e atendimento clínico previstas, de forma específica, no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS conforme normativo vigente à época do evento, incluindo:

- atividades educacionais;
- consultas de aconselhamento para planejamento familiar;
- atendimento clínico;
- sulfato de DEHIDROEPIANDROSTERON A (SDHEA);
- implante de dispositivo intra-uterino (diu) não hormonal, incluindo o dispositivo;
- implante de dispositivo intra-uterino (diu) hormonal, incluindo o dispositivo.

4.1.5. Cirurgias Ambulatoriais

Serão cobertas as despesas com cirurgias de pequeno porte, inclusive aquelas de natureza oftalmológica, realizadas em regime ambulatorial, sem necessidade de internação hospitalar, de acordo com o previsto no ROL de procedimentos e eventos em saúde vigente à época, bem como suas respectivas atualizações.

4.1.6. Atendimentos em unidades de Pronto-Socorro e de Pronto Atendimento

Serão cobertas as despesas com atendimentos realizados em unidades de pronto-socorro, geral ou especializado, ou de pronto atendimento, abrangendo:

- consulta médica de urgência;
- atendimentos clínicos e cirúrgicos de urgência;
- permanência, se necessária, em instalação adequada para observação clínica, pelo período máximo de 12 (doze) horas;
- aplicação de injeções, curativos e inalações de urgência;
- taxa de sala de gesso ou de cirurgia ambulatorial;
- medicamentos, anestésicos, gases medicinais e materiais hospitalares, administrados durante a permanência do paciente no pronto-socorro.

CONTRATO DE COBERTURA DE DESPESAS COM ASSISTÊNCIA À SAÚDE

PLANO INDIVIDUAL OU FAMILIAR

4.1.7. Remoções

Serão cobertas as despesas com remoção inter-hospitalar (de hospital para hospital) do Beneficiário em ambulância, por via terrestre e por recomendação médica, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos neste Contrato, quando satisfeitas as seguintes condições:

- seja a remoção decorrente de evento coberto pelo Contrato;
- impossibilidade de locomoção do paciente por outro meio de transporte, a critério médico;
- seja a remoção destinada a fornecer ao Beneficiário as condições ou recursos médico-hospitalares indispensáveis ao seu tratamento, não disponíveis no local em que se encontre.

4.2. INTERNAÇÕES HOSPITALARES

As despesas cobertas decorrentes de Internações Hospitalares do Beneficiário, de ordem clínica, cirúrgica ou obstétrica, por indicação médica, de acordo com a natureza da doença ou porte da cirurgia, em conformidade com os critérios estabelecidos neste Contrato, abrangem:

4.2.1. Despesas Hospitalares

- cobertura de todas as modalidades de internação hospitalar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;
- cobertura de atendimento por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada, durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico assistente;
- cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;
- cobertura de taxas de sala, equipamentos e serviços, incluindo materiais utilizados;
- cobertura das despesas, incluindo alimentação e acomodação, relativas ao acompanhante, salvo contra-indicação do médico ou cirurgião dentista assistente, nos seguintes casos:
 - crianças e adolescentes menores de 18 anos;
 - idosos a partir do 60 anos de idade;
 - pessoas portadoras de deficiências.

4.2.2. Honorários Médicos

São cobertas as despesas com honorários médicos, relativos aos procedimentos clínicos e cirúrgicos realizados durante a internação hospitalar, de acordo com a natureza do tratamento médico prestado e/ou porte dos procedimentos realizados, observando-se que:

- os honorários médicos incluem os serviços prestados pelo médico assistente, auxiliares e anestesista;

CONTRATO DE COBERTURA DE DESPESAS COM ASSISTÊNCIA À SAÚDE

PLANO INDIVIDUAL OU FAMILIAR

- nos casos de cirurgia, a assistência pré e pós operatória estará incluída nos limites fixados para honorários médicos.
- 4.2.3. **As Internações Clínicas serão cobertas nos casos agudos, de Emergência ou Urgência, que não possam ser tratados ambulatorialmente.**
- 4.2.4. **Estão cobertas as despesas médico-hospitalares para cirurgias plásticas reparadoras (como tal entendidas aquelas que se destinem, exclusivamente, à restauração de funções ou órgãos).**
 - 4.2.4.1. **Estão, igualmente, cobertas as despesas médico-hospitalares para os procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais listados, de forma específica para a segmentação hospitalar, no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Saúde conforme normativo vigente à época do evento, realizadas por profissional habilitado pelo seu conselho de classe, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação, ministrados durante o período de internação hospitalar.**
 - 4.2.4.2. **Também estão cobertas as despesas médico-hospitalares para cirurgia plástica reconstrutiva de mama, com utilização de todos os meios e técnicas necessárias, para tratamento de mutilação decorrente de utilização técnica de tratamento de câncer, incluindo todos os procedimentos previstos, de forma específica para a segmentação hospitalar, no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS conforme normativo vigente à época do evento.**
 - 4.2.5. **É garantida a cobertura da estrutura hospitalar necessária para a realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação, ministrados durante o período de internação hospitalar.**
 - 4.2.6. **Os Beneficiários serão acomodados, sem ônus adicional, em acomodação superior àquela contratada quando, no momento da internação, não houver leito disponível nesse nível. Contudo, tão logo uma vaga de leito em nível contratual seja disponibilizada, será efetuada a transferência do paciente.**
 - 4.2.7. **É certo que a assistência para procedimentos hospitalares na modalidade de hospital-dia, em internações de curta permanência, se dará, exclusivamente, a critério do médico assistente.**
- 4.3. **Estão cobertos os seguintes procedimentos considerados especiais, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS conforme normativo vigente, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:**
 - *Hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;*
 - *Quimioterapia oncológica ambulatorial;*
 - *Radioterapia;*
 - *Hemoterapia;*

CONTRATO DE COBERTURA DE DESPESAS COM ASSISTÊNCIA À SAÚDE

PLANO INDIVIDUAL OU FAMILIAR

- *Nutrição parenteral ou enteral;*
- *Procedimentos diagnóstico e terapêuticos em hemodinâmica;*
- *Embolizações;*
- *Radiologia intervencionista;*
- *Exames pré anestésicos ou pré cirúrgicos;*
- *Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS conforme normativo vigente na época do evento.*

4.4. COBERTURA DE EVENTOS ESPECIAIS

4.4.1. **Doenças Infecto-Contagiosas e de Notificação Compulsória**

4.4.1.1. AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida)

Serão cobertas as despesas médicas e/ou hospitalares efetuadas pelo Beneficiário Titular, para o seu tratamento ou de seus dependentes incluídos no Contrato, junto a médico ou estabelecimento médico, decorrentes de AIDS e suas conseqüências.

4.4.1.2. Outras Doenças Infecto-Contagiosas e de Notificação Compulsória

Serão cobertas as despesas médicas e/ou hospitalares efetuadas pelo Beneficiário Titular, para o seu tratamento ou de seus dependentes incluídos no Contrato, decorrentes das demais Doenças Infecto-Contagiosas, de Notificação Compulsória ou não, previstas na CID-10, e suas conseqüências.

4.4.2. **Transplantes**

4.4.2.1. Serão cobertas as despesas médico-hospitalares, decorrentes de Internações Hospitalares, efetuadas pelo Beneficiário Titular, para o seu tratamento ou de seus dependentes incluídos no Contrato, em razão de qualquer dos transplantes de **córnea, rim e autólogo de medula** e os que venham a ser listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS conforme normativo vigente à época do evento.

4.4.2.2. A cobertura de Transplantes abrange, ainda, as despesas com procedimentos vinculados, sem prejuízo da legislação que normatiza tais procedimentos, entendendo-se como despesas com procedimentos vinculados todas aquelas necessárias à realização do transplante, incluindo, quando couber:

- as despesas assistenciais com doadores vivos, as quais estão sob as expensas da operadora à qual está vinculado o beneficiário receptor;
- os medicamentos utilizados durante a internação;
- o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, excetuando-se os medicamentos de manutenção;
- as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos a serem transplantados, na forma de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS).

4.4.2.3. **Os Beneficiários, candidatos a transplantes 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 seleção, observando-se que a lista de receptores é nacional, gerenciada pelo Ministério da Saúde e coordenada em caráter regional pelas CNCDOs, integrantes do Sistema Nacional de Transplantes (SNT).**

CONTRATO DE COBERTURA DE DESPESAS COM ASSISTÊNCIA À SAÚDE

PLANO INDIVIDUAL OU FAMILIAR

4.4.3. Saúde Mental

- 4.4.3.1. Estão cobertos todos os procedimentos, clínicos ou cirúrgicos, decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infringidas.
- 4.4.3.2. Ressalta-se que a atenção prestada aos portadores de transtornos mentais deverá priorizar o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e sempre que houver indicação do médico assistente.
- 4.4.3.3. A cobertura psiquiátrica em regime ambulatorial garantirá:
- Atendimento às emergências psiquiátricas, assim consideradas as que impliquem ao beneficiário ou a terceiros, risco à vida ou danos físicos (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão) e/ou patrimoniais importantes;
 - psicoterapia, de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, conforme Diretrizes de Utilização, que poderá ser realizada tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitados
- 4.4.3.4. A cobertura psiquiátrica em regime hospitalar garantirá o custeio integral de 30 (trinta) dias de internação, consecutivos ou não, no transcorrer de um ano de vigência do Contrato, sendo certo que, a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação, a cobertura passará a ser parcial, com co-participação Beneficiário Titular, estipulada em 50% (cinquenta por cento) das despesas efetivamente incorridas.
- 4.4.3.4.1. É certo que esse percentual de co-participação não poderá exceder o limite máximo específico estabelecido pela ANS conforme normativo vigente na época da contratação.
- 4.4.3.5. Também será garantida a cobertura de tratamento em regime de hospital-dia para transtornos mentais, que será dada em conformidade com o estabelecido nas *Diretrizes de Utilização*, parte integrante do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, em vigor na época do evento.

4.5. COBERTURA OBSTÉTRICA

- 4.5.1. **A cobertura de parto somente será garantida quando a mãe seja beneficiária inscrita no Contrato e já tenha cumprido o prazo de carência específico, contratualmente previsto.**
- 4.5.2. **Desde que os prazos carenciais contratualmente previstos para, conforme o caso, consultas eletivas, exames ambulatoriais e partos a termo já tenham sido integralmente cumpridos**, a cobertura obstétrica abrangerá:
- assistência pré-natal, compreendendo consultas periódicas e exames complementares necessários;
 - assistência, cirúrgica ou não, ao parto e puerpério;
 - despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, de um acompanhante, indicado pela parturiente, durante o:

CONTRATO DE COBERTURA DE DESPESAS COM ASSISTÊNCIA À SAÚDE

PLANO INDIVIDUAL OU FAMILIAR

- pré-parto;
- parto;
- pós- parto, por 48 horas, salvo contra-indicação do médico assistente, ou por até 10 dias, quando indicado pelo médico assistente.
- assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do Beneficiário Titular, ou de dependente seu inscrito no Contrato, durante os primeiros 30 dias após o parto;
- garantia de inclusão do recém-nascido no contrato, com isenção de carências e/ou de CPT ou Agravo, desde que essa inclusão seja solicitada antes que se encerre o período de 30 dias acima referido.

4.5.3. *Pós-parto imediato* é entendido como as primeiras 24 (vinte e quatro) horas após o parto.

4.5.4. Ressalta-se que, em conformidade com a legislação vigente, o parto normal (não cirúrgico) poderá ser realizado tanto por médico como por enfermeiro obstétrico habilitado.

5. DESPESAS NÃO COBERTAS (EXCLUSÕES DE COBERTURA)

Estão expressamente excluídas da cobertura do Plano de Assistência à Saúde objeto deste Contrato, havendo ou não internação hospitalar, prevalecendo esta cláusula sobre as demais, as despesas decorrentes dos itens a seguir indicados:

- 5.1. **Métodos diagnósticos e/ou terapêuticos e tratamentos, clínicos ou cirúrgicos, experimentais, assim considerados aqueles: a) que empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registradas / não regularizados no país; b) que são considerados experimentais pelo CFM ou CFO; c) cujas indicações não constem da bula / manual registrada na ANVISA.**
- 5.2. **Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, ou seja, aqueles que não visam restauração parcial ou total da função de órgão ou parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita.**
- 5.3. **Inseminação artificial, entendida 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 póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas.**
- 5.4. **Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim com em spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais.**
- 5.5. **Fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados (assim entendidos aqueles sem registro vigente na ANVISA).**
- 5.6. **Fornecimento de produtos para a saúde (próteses, órteses e materiais) importados não nacionalizados (assim entendidos aqueles sem registro vigente na ANVISA).**
- 5.7. **Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, isto é, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde.**

CONTRATO DE COBERTURA DE DESPESAS COM ASSISTÊNCIA À SAÚDE

PLANO INDIVIDUAL OU FAMILIAR

- 5.8. Fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão de Incorporação de Tecnologia do Ministério da Saúde – CITEC.
- 5.9. Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico.
- 5.10. Tratamentos ilícitos ou anti-éticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes.
- 5.11. Atendimentos em casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declaradas pela autoridade competente.
- 5.12. Transplantes, à exceção daqueles listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS conforme normativo vigente à época do evento.
- 5.13. Atendimentos em clínicas para acolhimento de idosos.
- 5.14. Internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar.
- 5.15. Procedimentos odontológicos, excetuando-se, exclusivamente, aqueles relacionados a cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial.
- 5.16. Tratamentos, clínicos ou cirúrgicos, de doenças não listadas na CID-10, bem como procedimentos não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS conforme normativo vigente na época do evento.

6. DURAÇÃO DO CONTRATO (VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO)

- 6.1. A vigência do Contrato será de 12 (doze) meses, contados a partir da assinatura do contrato, da assinatura da proposta de adesão ou do pagamento da primeira mensalidade, o que ocorrer primeiro.
- 6.2. O Contrato será renovado automaticamente por prazo indeterminado, salvo se houver manifestação escrita em contrário do Beneficiário Titular, enviada para os endereços constantes da Proposta de Adesão, com 30 (trinta) dias de antecedência ao término do período inicial de vigência, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação, conforme prevê o art. 13 da Lei nº 9656/98.

7. PERÍODOS DE CARÊNCIA

7.1. A observância das carências será feita sempre em respeito e conformidade com as coberturas expressamente previstas neste Contrato, sendo certo que os prazos indicados, quando cabíveis, começarão a ser contados a partir da data de inclusão do Beneficiário no Contrato:

a) 24 (vinte e quatro) horas para cobertura, após o início de vigência do contrato, sendo que:

- a.1) no Plano de Segmentação Hospitalar com Obstetrícia – a cobertura será integral após esse período para as urgências e emergências 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.

CONTRATO DE COBERTURA DE DESPESAS COM ASSISTÊNCIA À SAÚDE

PLANO INDIVIDUAL OU FAMILIAR

- b) 30 (trinta) dias para custeio 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 dos custos 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 o custeio de internação hospitalar para tratamento de transtornos psiquiátricos;
- e) 300 (trezentos) dias para a cobertura dos custos de partos a termo.

7.2. A redução dos prazos de carência, eventualmente concedida pela Operadora, não alterará as demais condições do Contrato, principalmente aquelas relativas a Limitações de Cobertura e Exclusões.

8. DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

- 8.1. Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP) - são aquelas que o Beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o artigo 11 da Lei nº 9656, de 03/06/1998, o inciso IX do artigo 4º da Lei nº 9961, de 28/01/2000 e as diretrizes estabelecidas na RN/ANS nº 162, de 17/10/2007, ou em outra que a suceda.
- 8.2. Cobertura Parcial Temporária (CPT) - é aquela que admite, por período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo Beneficiário ou seu representante legal.
- 8.3. Agravo - é qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o Beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a Operadora e o Beneficiário Titular.
- 8.4. **O Beneficiário Titular deverá preencher Declaração de Saúde, no momento da contratação ou, no caso de dependente incluído posteriormente, da inclusão no Contrato, informando o conhecimento de DLP, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou rescisão unilateral do contrato, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do artigo 13 da Lei nº 9656, de 03/06/1998, observando-se que:**
 - a) **o Beneficiário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais credenciados ou referenciados pela Operadora, sem qualquer ônus para o Beneficiário;**
 - b) **caso o Beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da Operadora, poderá fazê-lo, desde que assumo o ônus financeiro dessa entrevista;**
 - c) **o objetivo da entrevista qualificada é orientar o Beneficiário para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que o Beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da**

CONTRATO DE COBERTURA DE DESPESAS COM ASSISTÊNCIA À SAÚDE

PLANO INDIVIDUAL OU FAMILIAR

contratação ou, no caso de dependente incluído posteriormente, da inclusão no Contrato, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações;

- d) a Operadora se reserva o direito de exigir, complementarmente à Declaração de Saúde, exame ou perícia médica do Beneficiário Titular e/ou de seus dependentes, assumindo o ônus integral pela sua realização, sendo certo que, após a realização do exame ou perícia, a Operadora fica proibida de alegar, posteriormente, omissão de informação de DLP.

8.5. Sendo constatada, por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração do Beneficiário, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a Operadora poderá oferecer cobertura total no caso de doenças ou lesões preexistentes, sem qualquer ônus adicional para o Beneficiário, observando-se que:

- a) caso a Operadora opte pelo não oferecimento de cobertura total, deverá, obrigatoriamente, oferecer CPT, podendo, facultativamente, oferecer o Agravo como opção à CPT;
- b) caso a Operadora não ofereça CPT no momento da contratação ou da inclusão no Contrato, não caberá alegação de omissão de informação na Declaração de Saúde ou aplicação posterior de CPT ou Agravo;
- c) havendo acordo de CPT, a operadora somente poderá suspender a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta tecnologia (unidades de terapia intensiva, de qualquer tipo) e os procedimentos de alta complexidade (conforme especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS), quando relacionados diretamente à(s) DLP especificada(s).

8.5.1. Caso o Beneficiário Titular não aceite a cláusula de CPT ou, opcionalmente, de Agravo (se oferecido), sua Proposta de Adesão será cancelada, sendo-lhe devolvidos todos os valores que, eventualmente, já tenha pago à Operadora.

8.6. Identificado indício de fraude por parte do Beneficiário, referente à omissão de conhecimento de DLP por ocasião da contratação ou da inclusão no Contrato, a Operadora deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao beneficiário através de Termo de Comunicação ao Beneficiário, conforme descrito no inciso V do art. 18 da RN/ANS nº 162, podendo, alternativamente:

- a) oferecer CPT ao Beneficiário pelos meses restantes, a partir da data de recebimento do Termo de Comunicação ao Beneficiário, até completar o período máximo de 24 (vinte e quatro) meses da contratação ou da inclusão no contrato;
- b) oferecer o Agravo (como opção à CPT), na forma do art. 7º da RN/ANS nº 162;
- c) solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do beneficiário à CPT.

8.6.1. Relativamente ao processo administrativo por alegação de DLP, deve ser ressaltado que:

- a) à Operadora caberá o ônus da prova;
- b) a Operadora poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação de sua alegação;

CONTRATO DE COBERTURA DE DESPESAS COM ASSISTÊNCIA À SAÚDE

PLANO INDIVIDUAL OU FAMILIAR

- c) não será permitida, sob qualquer alegação, a suspensão ou rescisão unilateral do contrato até a publicação pela ANS do encerramento do processo administrativo, desde que o Beneficiário esteja em dia com suas obrigações contratuais;
- d) após julgamento e acolhida à alegação da Operadora pela ANS, o Beneficiário Titular passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente sabida e não declarada, desde a data de recebimento do Termo de Comunicação ao Beneficiário, alegando a omissão de informação de doença(s) e/ou lesão(ões) preexistentes, no momento da contratação ou da inclusão no contrato.

9. ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA E URGÊNCIA

9.1. Serão cobertas as despesas com atendimento nos casos de emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente, e de urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional, na forma do disposto no artigo 35-C, incisos I e II, da Lei nº 9.656/98.

9.1.1. Os atendimentos de emergência ou de urgência reger-se-ão pela garantia da atenção e atuação no sentido da preservação da vida, órgãos e funções.

9.1.2. Nos casos em que o atendimento de urgência e emergência se refira ao processo gestacional, em que a beneficiária esteja em cumprimento de prazo de carência para parto a termo, observam-se as seguintes peculiaridades:

a) caso a Beneficiária já tenha cumprido o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias, o parto e a internação dele decorrente têm cobertura integral garantida;

b) caso a Beneficiária ainda não tenha cumprido o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias, é garantida a cobertura pelo período de 12 (doze) horas ou até que haja a necessidade de internação, o que ocorrer primeiro.

9.1.3. Nos casos em que o atendimento de Emergência ou Urgência seja decorrente de doença ou lesão preexistente sobre a qual exista acordo de cobertura parcial temporária, a cobertura estará limitada às 12 (doze) primeiras horas do atendimento, realizado em pronto-socorro geral ou especializado.

9.1.4. Enquanto o Beneficiário estiver cumprindo prazos carenciais para eventos que requeiram internação hospitalar, a cobertura estará limitada às 12 (doze) primeiras horas do atendimento, realizado em pronto-socorro geral ou especializado, exceto nos casos em que a urgência decorra de acidente pessoal, para os quais a cobertura é garantida, sem restrições, após decorridas 24 (vinte e quatro) horas da inclusão do Beneficiário no Contrato.

Nos casos de atendimento em que a atenção não venha a se caracterizar, nos termos do artigo 35-C, incisos I e II, da Lei nº 9.656/98, como de emergência ou urgência, não haverá a obrigatoriedade, por parte da Operadora, de cobertura, ambulatorial ou hospitalar, de eventual continuidade do atendimento, enquanto o Beneficiário estiver cumprindo prazos carenciais.

CONTRATO DE COBERTURA DE DESPESAS COM ASSISTÊNCIA À SAÚDE

PLANO INDIVIDUAL OU FAMILIAR

9.1.5. Nos casos de atendimento de Emergência ou Urgência decorrente de doença ou lesão preexistente sobre a qual exista acordo de cobertura parcial temporária, se ficar caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade de atenção ao paciente ou a necessidade de internação hospitalar, a Operadora deverá garantir a cobertura de remoção para uma unidade do SUS, sendo certo que:

- a) quando não possa haver remoção por risco de vida, o beneficiário (ou o seu representante legal) e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a Operadora, desse ônus;
- c) caberá à Operadora o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento;
- c) na remoção, a Operadora deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS;
- d) quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente da unidade indicada, a operadora estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

9.1.5.1. Idêntico procedimento será adotado nos casos de atendimento de Emergência ou Urgência ocorridos enquanto o Beneficiário estiver cumprindo prazos carenciais.

9.1.5.2. Não havendo possibilidade clínica da remoção para uma unidade do SUS, o Beneficiário (e/ou os responsáveis pelo mesmo) e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira pela continuidade da assistência, não cabendo à Operadora quaisquer ônus relativos a essa continuidade.

9.2. Nos casos de Emergência ou Urgência médica, ocorridos na área geográfica de abrangência da cobertura contratual, em que não tenha sido possível a utilização de serviços próprios nem credenciados, é garantido ao Beneficiário o reembolso das despesas decorrentes, sendo certo que o reembolso será efetuado de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados para o produto, vigentes na data em que tenha ocorrido o atendimento, não podendo o valor do reembolso ser superior ao valor das despesas efetivamente pagas pelo Beneficiário nem inferior àquele que teria sido pago a um prestador credenciado, caso tivesse sido utilizado.

9.2.1. O reembolso de medicamentos, de anestésicos, de gases medicinais e de materiais hospitalares, utilizados durante o período de internação hospitalar de emergência ou nos atendimentos de Emergência ou Urgência, será calculado de acordo com os preços apresentados no Brasíndice (Guia Farmacêutico), vigentes na data de sua utilização. Os materiais hospitalares e os gases medicinais não constantes do Brasíndice serão reembolsados com base nos preços de mercado, nessa data.

9.2.2. Os reembolsos, devidos em razão de atendimentos de Emergência / Urgência, devem ser solicitados mediante a apresentação de documentos hábeis (recibos, notas fiscais ou faturas), em suas vias originais, devidamente quitados e discriminados por item, com valor unitário de cada item, a data de realização,

CONTRATO DE COBERTURA DE DESPESAS COM ASSISTÊNCIA À SAÚDE

PLANO INDIVIDUAL OU FAMILIAR

bem como o nome do paciente, além de relatório do médico assistente, indicando a patologia e o procedimento adotado e especificando a razão da Emergência ou Urgência.

- 9.2.3. Os processos de reembolso serão liquidados no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contado a partir do recebimento, pela Operadora, da documentação completa.
- 9.2.4. **O prazo de prescrição para o Beneficiário apresentar os documentos para reembolso será de 12 (doze) meses, contado a partir da data do evento, sendo certo que após decorrido esse prazo o reembolso não mais será devido.**

10. MECANISMOS DE REGULAÇÃO

10.1. Forma de Utilização

- 10.1.1.1. Para a utilização de serviços de prestadores relacionados no Indicador de Serviços da Rede, o Beneficiário deverá apresentar o Cartão de Identificação da Operadora, juntamente com um documento de identidade, a requisição médica para a realização de exames ou tratamentos e, nos casos previstos, com a Autorização Prévia da Operadora para a realização do serviço.
- 10.1.1.2. **Os Beneficiários com 60 (sessenta) ou mais anos de idade, as gestantes, as lactantes e as crianças de até 5 (cinco) anos de idade possuem privilégios na marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos, em relação aos demais Beneficiários.**
- 10.1.1. **Manual do Beneficiário - é o instrumento de orientação ao Beneficiário sobre seus direitos e obrigações contratuais, bem como sobre as rotinas operacionais relativas a alterações cadastrais, mecanismos de acesso aos serviços cobertos e formas e condições de sua utilização, eventuais fatores de co-participação ou de fatores moderadores, limites de cobertura e/ou franquias, procedimentos para a obtenção de autorizações prévias, bem como informações sobre os recursos eletrônicos disponibilizados pela Operadora para a agilização do atendimento.**

10.2. Rede de Serviços

- 10.2.1. **Indicador de Serviços da Rede - é a relação de prestadores de serviços médicos e hospitalares, componentes da Rede Própria e da Rede Credenciada, sendo sua utilização liberada aos Beneficiários de forma diferenciada, de acordo com o plano contratado.**
- 10.2.2. É facultada à Operadora a substituição de entidade hospitalar contratada ou credenciada, desde que por outra equivalente e mediante comunicação aos Beneficiários e à ANS com trinta dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor.
- 10.2.2.1. Na hipótese dessa substituição ocorrer por vontade da operadora durante período de internação do beneficiário, o estabelecimento hospitalar obriga-se a manter a internação e a operadora, a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério médico, na forma do contrato.

CONTRATO DE COBERTURA DE DESPESAS COM ASSISTÊNCIA À SAÚDE

PLANO INDIVIDUAL OU FAMILIAR

- 10.2.2.2. Na hipótese dessa substituição ocorrer em razão de infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação do beneficiário, a operadora arcará com a responsabilidade pela transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para o beneficiário.
- 10.2.3. **Nos casos de Internações Hospitalares Eletivas e Procedimentos Ambulatoriais Eletivos, o atendimento será prestado, mediante prévia autorização da Operadora, nos recursos médicos e/ou hospitalares constantes da Rede específica para o Plano Contratado, de prévio conhecimento do Beneficiário Titular.**
- 10.2.3.1. **Nos casos de Emergência ou Urgência Médica, o atendimento será prestado nos Prontos-Socorros, gerais ou especializados, constantes da Rede específica para o Plano Contratado, também de prévio conhecimento do Beneficiário Titular.**
- 10.2.4. **A Operadora mantém serviços contratados e/ou credenciados especificamente para atendimento nos casos em que seja requerida a utilização de leitos de alta tecnologia e/ou para a realização de exames/procedimentos de alta complexidade, para os quais o Beneficiário, inicialmente atendido em unidades de pronto-socorro próprias ou credenciadas, será transferido, com o objetivo de fornecer ao mesmo condições ou recursos médico-hospitalares mais adequados ao seu tratamento.**
- 10.2.4.1. **Essa transferência somente será realizada quando o paciente apresente condições clínicas para tanto e desde que haja a aquiescência do seu médico assistente.**
- 10.3. **Autorização Prévia da Operadora**
- 10.3.1. **A solicitação de Autorização Prévia para a realização de procedimentos/ eventos contratualmente cobertos deve ser apresentada à Operadora em impresso apropriado, completamente preenchido, assinado e datado pelo médico assistente ou, nos casos de procedimentos abrangidos pelas internações hospitalares de natureza buco-maxilo-facial ou por imperativo clínico, pelo dentista assistente.**
- 10.3.2. **É certo que não haverá restrições às solicitações apresentadas por médico ou cirurgião-dentista não pertencente à rede assistencial (própria ou credenciada) da Operadora.**
- 10.3.3. **Os eventos/procedimentos sujeitos a Autorização Prévia são os seguintes:**
- 10.3.3.1. **Internações Hospitalares, em geral, incluindo todas as despesas hospitalares e os respectivos honorários médicos.**
- 10.3.3.1.1. **Nos casos de Internação de Emergência (caracterizada na forma do artigo 35-C, inciso I, da Lei nº 9.656/98) ou de Urgência (caracterizada na forma do artigo 35-C, inciso II, da Lei nº 9.656/98), a autorização deverá ser expressamente solicitada à Operadora no prazo de até 48 (quarenta e oito) horas, contado a partir do momento em que se tenha dado a internação.**
- 10.3.3.2. **Órteses, Próteses e Materiais Especiais**

CONTRATO DE COBERTURA DE DESPESAS COM ASSISTÊNCIA À SAÚDE

PLANO INDIVIDUAL OU FAMILIAR

- 10.3.3.2.1. Nos casos de procedimentos cirúrgicos em que seja necessária a utilização de órteses, próteses e materiais especiais (OPME), solicitados pelo médico ou pelo cirurgião-dentista assistente, deverá ser justificada clinicamente a indicação e serem indicadas, pelo menos, 3 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto a ANVISA, que atendam as características especificadas.
- 10.3.3.3. Cirurgias Ambulatoriais.
- 10.3.3.4. Remoções, em geral.
- 10.3.3.4.1. Nos casos de Emergência ou Urgência, a autorização prévia será substituída por relatório médico, justificando a sua necessidade.
- 10.3.3.5. Todos os procedimentos relacionados a Exames para Diagnóstico.
- 10.3.3.5.1. Quando esses exames forem efetuados em pacientes internados ou em casos de Emergência ou Urgência, a autorização prévia poderá ser substituída por relatório do médico assistente, justificando a sua necessidade.
- 10.3.3.6. Todos os procedimentos relacionados a Tratamentos Terapêuticos.
- 10.3.3.6.1. Quando esses tratamentos terapêuticos forem efetuados em pacientes internados ou em casos de Emergência ou Urgência, a autorização prévia poderá ser substituída por relatório médico, justificando a sua necessidade.
- 10.3.3.7. Todos os Procedimentos médicos e/ou hospitalares relacionados a Doenças Infecto-Contagiosas, Transplantes e Saúde Mental.
- 10.3.4. As Guias de Internação serão liberadas, inicialmente, por um período equivalente à média de dias usualmente necessários para o diagnóstico informado e tratamento proposto, sendo que em caso de necessidade de permanência superior àquela inicialmente prevista, as guias complementares serão emitidas sob a forma de prorrogações, mediante solicitação do médico assistente, justificando as razões técnicas do pedido. Não haverá, contudo, qualquer limitação de cobertura de dias de internação.
- 10.3.4.1. A Operadora reserva-se o direito de promover auditoria médica para análise da solicitação de permanência a maior solicitada.
- 10.3.5. Aprovada, pela Operadora, a solicitação de autorização prévia para leitos de alta tecnologia e/ou para exames/procedimentos de alta complexidade, o Beneficiário somente poderá utilizar o recurso médico e/ou hospitalar indicado pela Operadora.
- 10.3.6. Fica reservado à Operadora o direito de, para a correta avaliação da solicitação de autorização prévia, solicitar segunda opinião ou perícia médica, por intermédio de seu departamento médico especializado ou profissional pertencente à sua Rede Credenciada.
- 10.3.6.1 É garantido ao Beneficiário o atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de um dia útil a partir do momento da protocolização, na Operadora, da solicitação de autorização prévia, para a definição dos casos de aplicação das regras de regulação, ou em prazo inferior quando caracterizada (na forma do artigo 35-C, inciso II, da Lei nº 9656/98) a urgência.

CONTRATO DE COBERTURA DE DESPESAS COM ASSISTÊNCIA À SAÚDE

PLANO INDIVIDUAL OU FAMILIAR

10.4. Junta Médica

10.4.1. Em caso de divergências e dúvidas de natureza médica, relacionadas aos serviços objeto do Contrato, fica garantido ao Beneficiário o direito de requerer a formação de uma junta médica, composta por três membros, sendo um nomeado pelo Beneficiário, outro pela Operadora, e um terceiro, desempatador, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais nomeados.

10.4.2. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que nomear, exceto se o médico escolhido pelo Beneficiário pertencer à rede credenciada da Operadora, que, nesse caso, arcará com os honorários de ambos os nomeados.

10.4.3. A remuneração do terceiro desempatador deverá ser paga pela Operadora.

11. FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

11.1. Formação do Preço

11.1.1. Os valores das contraprestações pecuniárias serão, sempre, pré-estabelecidos.

11.2. Pagamento da Mensalidade

11.2.1. No ato de assinatura da Proposta de Adesão, o Beneficiário Titular deverá pagar a Taxa de Inscrição e a primeira Mensalidade.

11.2.2. As Mensalidades subseqüentes à primeira terão como data de vencimento o mesmo dia em que foi feito o pagamento da primeira Mensalidade, nos respectivos meses de cobertura, devendo ser pagas nos estabelecimentos bancários autorizados pela Operadora.

11.2.2.1. Quando a data de vencimento da Mensalidade cair em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado até o primeiro dia útil subseqüente.

11.2.3. No caso de atraso no pagamento da Mensalidade, seu valor será automaticamente acrescido de multa de 2% (dois por cento), além de juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso.

11.2.4. O recebimento pela Operadora de parcelas em atraso constituirá mera tolerância, não implicando em novação contratual ou transação.

11.2.5. O pagamento da Mensalidade de um determinado mês não implica na quitação de débitos anteriores.

12. REAJUSTE DA MENSALIDADE

12.1. Reajuste Financeiro Anual

12.1.1. O valor da Mensalidade, estipulada na data de assinatura da Proposta de Adesão, será atualizado anualmente, tendo como data-base o mês de início da vigência contratual, observado o percentual máximo de reajuste autorizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS para atualização das contraprestações pecuniárias dos planos de contratação individual ou familiar comercializados pela Operadora.

CONTRATO DE COBERTURA DE DESPESAS COM ASSISTÊNCIA À SAÚDE

PLANO INDIVIDUAL OU FAMILIAR

- 12.1.2. Caso deixe de ser obrigatória a autorização da ANS para a aplicação do reajuste e, cumulativamente, não se estabeleça um percentual como limite máximo, o reajuste dar-se-á em conformidade como as regras específicas vigentes na época da aplicação.
- 12.1.3. Quaisquer reajustes de Mensalidades, contudo, somente serão aplicados após formalmente autorizados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.
- 12.2. Reajuste por mudança de Faixa Etária
- 12.2.1. O valor da mensalidade inicial é estabelecido de acordo com a faixa etária em que cada beneficiário esteja enquadrado.
- 12.2.2. As faixas etárias de que trata este Contrato são, exclusivamente, aquelas definidas pela RN 63/03, ou seja: 0 (zero) a 18 (dezoito) anos; 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos; 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos; 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos; 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos; 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos; 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos; 49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos; 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos; 59 (cinquenta e nove) anos ou mais.
- 12.2.3. Na manutenção do Contrato, havendo alteração na idade do Beneficiário que signifique deslocamento para outra faixa etária, o valor da respectiva mensalidade passará a ser aquele correspondente à nova faixa etária, a partir do mês subsequente ao da ocorrência, observadas as seguintes condições, conforme artigo 3º, incisos I e II, da RN/ANS nº 63/03:
- a) o valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária;
- b) a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.
- 12.2.3.1. Os percentuais de reajustes incidentes em cada mudança de faixa etária são os seguintes:

Faixa	Descrição	Idade Inicial (em anos)	Idade Final (em anos)	% Variação ANS
1	00 – 18 Anos	0	18	0,0%
2	19 – 23 Anos	19	23	5,0%
3	24 – 28 Anos	24	28	15,0%
4	29 – 33 Anos	29	33	5,0%
5	34 – 38 Anos	34	38	5,0%
6	39 – 43 Anos	39	43	5,0%
7	44 – 48 Anos	44	48	78,1%
8	49 – 53 Anos	49	53	5,0%
9	54 – 58 Anos	54	58	30,0%
10	59 anos ou mais	59	200	70,0%

CONTRATO DE COBERTURA DE DESPESAS COM ASSISTÊNCIA À SAÚDE

PLANO INDIVIDUAL OU FAMILIAR

13. CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

- 13.1. A cessação da cobertura objeto deste contrato relativa aos dependentes do Beneficiário Titular ocorrerá em um dos seguintes casos:
- casamento, 25º aniversário (exceto dependentes inválidos) ou qualquer outra situação de perda da condição de elegibilidade prevista neste Contrato;
 - constatação de fraudes comprovadamente praticadas pelo Beneficiário, com o objetivo de obtenção de vantagem ilícita do Contrato;
 - a pedido do Beneficiário Titular, com aviso prévio de 30 (trinta) dias;
 - falecimento.
- 13.2. **Os Beneficiários que, em razão de atingimento da idade limite ou de casamento ou por qualquer motivo que signifique sua exclusão do grupo familiar, perderem a qualidade de dependente, serão automaticamente excluídos do Contrato, sendo-lhes garantida a migração, na condição de Beneficiário Titular, para outro Contrato, com igual cobertura e aproveitamento pleno dos prazos de carências e/ou de cobertura parcial temporária já cumpridos.**
- 13.3. No caso de falecimento do Beneficiário Titular de plano familiar, fica assegurado aos seus dependentes inscritos no contrato o direito de manutenção das mesmas condições contratuais, com assunção da titularidade, bem como das obrigações decorrentes, pelo Beneficiário dependente de maior idade, por si ou, em se tratando de incapaz, legalmente representado ou assistido.

14. RESCISÃO DO CONTRATO

- 14.1. **Sem prejuízo de outras penalidades legais cabíveis, o Contrato poderá ser rescindido, independentemente de interpelação judicial e sem que caiba indenização à parte infratora, nas seguintes situações:**
- a) **inadimplência por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, acumulado nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, desde que o Beneficiário seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência, preservados os direitos da Operadora relativamente ao recebimento das mensalidades vencidas e não pagas, podendo requerer judicialmente a quitação do débito com suas consequências moratórias;**
 - b) **fraudes comprovadamente praticadas pelo Beneficiário Titular ou por dependente seu, com o objetivo de obtenção de vantagem ilícita do Contrato;**
 - c) **constatação pela ANS, por meio de processo administrativo instaurado, da omissão da existência de Doença e/ou Lesão Preexistente não declarada, pelo Beneficiário Titular, quando do preenchimento da Declaração de Saúde, no momento da contratação ou da inclusão de dependente.**
 - d) **por solicitação expressa do Beneficiário Titular, mediante aviso-prévio de 30 (trinta) dias.**
- 14.1.1. **Caso a notificação referida no item 14.1., alínea a, seja encaminhada após o 50º dia de inadimplência, a rescisão somente ocorrerá após 10 (dez) dias do seu efetivo recebimento, desde que não haja quitação dos débitos durante esse período.**
- 14.1.2. A extinção do vínculo contratual motivada por fraude implica, automaticamente, na responsabilidade do Beneficiário Titular pelo ressarcimento à Operadora de todas as despesas médico-hospitalares decorrentes da utilização comprovadamente indevida, por ele ou por dependente seu.

CONTRATO DE COBERTURA DE DESPESAS COM ASSISTÊNCIA À SAÚDE

PLANO INDIVIDUAL OU FAMILIAR

14.1.3. Caso o Beneficiário Titular manifeste sua intenção de rescindir o Contrato antes que se complete o período de vigência inicial de 12 (doze) meses, ficará sujeito ao pagamento de multa no valor correspondente a 10% (dez por cento) das mensalidades restantes para se completar o período inicial de um ano.

15. DISPOSIÇÕES GERAIS

15.1. Anexos Contratuais

15.1.1. Integram este Contrato, para todos os fins de direito, a Proposta de Adesão (assinada pelo Beneficiário Titular), a Declaração de Saúde e a Carta de Orientação ao Beneficiário, o Cartão de Identificação, o Indicador de Serviços da Rede e o Manual do Beneficiário, além do Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS) e do Guia de Leitura Contratual (GLC).

15.2. Transferências de Plano

15.2.1. **As transferências de plano somente serão aceitas após ter sido completado um ano de vigência do Contrato, por ocasião de sua renovação, e, posteriormente, a cada 12 (doze) meses, durante o mês de aniversário do Contrato, desde que, em qualquer hipótese, o Beneficiário esteja em dia com suas obrigações contratuais.**

15.2.2. **Nos casos de plano familiar, a transferência de plano deverá abranger a totalidade de componentes do grupo familiar.**

15.2.3. **Nos casos em que o beneficiário esteja em cumprimento de prazos carenciais, os prazos restantes deverão ser cumpridos na vigência contratual do Plano para o qual tenha ocorrido a transferência.**

15.2.4. **Nos casos em que o beneficiário, titular ou dependente, esteja em cumprimento de Cobertura Parcial Temporária - CPT, o prazo restante deverá ser cumprido na vigência contratual do Plano para o qual tenha ocorrido a transferência.**

15.2.5. **Nos casos em que, no Plano para o qual tenha ocorrido a transferência, for garantido o acesso a profissionais, entidades ou serviços de assistência à saúde não constantes do Plano anterior, incluindo-se melhor padrão de acomodação em internações, deverão ser cumpridos períodos de carências, limitados a 180 (cento e oitenta) dias, para a aquisição do direito de utilização da parcela adicional de cobertura representada por esses profissionais, entidades ou serviços de assistência à saúde acrescidos, ou apenas em relação a esse melhor padrão de acomodação, limitados a 180 (cento e oitenta) dias.**

15.3. Exclusão de Dependentes

15.3.1. **A exclusão de dependentes somente será aceita pela Operadora mediante aviso-prévio, por escrito, de, no mínimo, 30 (trinta) dias.**

15.4. **Qualquer solicitação de transferência de plano, de exclusão de dependentes ou de qualquer outra alteração contratual, deverá ser apresentada, por escrito, nos escritórios da Operadora, que terá um prazo de 15 (quinze) dias, contados a partir da data do recebimento da solicitação, para análise e admissão, ou não, da mesma.**

CONTRATO DE COBERTURA DE DESPESAS COM ASSISTÊNCIA À SAÚDE

PLANO INDIVIDUAL OU FAMILIAR

15.5. Atendimento ao Cliente

15.5.1. A Operadora mantém o Serviço de Apoio ao Cliente (SAC), para fornecer informações gerais, orientações e esclarecimentos, referentes aos serviços objeto do Contrato.

15.6. Plano Referência

15.6.1. É certo que o Beneficiário Titular teve prévio conhecimento de que a Operadora mantém, em disponibilidade para comercialização, plano com coberturas contratuais que compreendem o tipo de segmentação assistencial Referência, que também lhe foi oferecido.

15.7. Definições

Para os efeitos deste Contrato, os termos abaixo têm as seguintes definições:

15.7.1. **Acidente Pessoal** - é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física, que, por si só, e independentemente de toda e qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico.

15.7.2. **Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)** – é a autarquia sob regime especial vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo território nacional, como entidade de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem a saúde suplementar.

15.7.3. **Área Geográfica de Abrangência da Cobertura Contratual** – é a área geográfica de abrangência em que a Operadora se obriga a garantir todas as coberturas de assistência à saúde objeto deste Contrato.

15.7.3.1. **Área de Atuação** – é a relação de, conforme o caso, estados ou municípios incluídos na Área Geográfica de Abrangência da Cobertura Contratual, ressaltando-se que no caso de abrangência Nacional estão incluídos todos os municípios brasileiros.

15.7.4. **Beneficiário** - é todo Proponente, titular ou dependente, efetivamente incluído no Contrato.

15.7.5. **Beneficiário Titular** - é o Proponente Titular que contrata o plano de assistência à saúde objeto deste Contrato e é admitido pela Operadora, e que se responsabiliza pelo pagamento das Mensalidades e pelas declarações constantes da Proposta de Adesão.

15.7.5.1. **Beneficiário Dependente** – é a pessoa física com vínculo familiar com o Beneficiário Titular, que o inclui no Contrato em conformidade com as condições de elegibilidade contratualmente estabelecidas.

15.7.6. **Carência** - é o período de tempo ininterrupto a ser cumprido pelo Beneficiário para adquirir o direito de utilização de determinadas coberturas, contado a partir da data de início de vigência do Contrato, ou, no caso de dependentes incluídos posteriormente, da data em que a solicitação de inclusão tenha sido protocolada na Operadora.

15.7.7. **Contrato** - é o documento formal e legal, que caracteriza a contratação do Plano de Assistência à Saúde pelo Beneficiário Titular junto à Operadora.

CONTRATO DE COBERTURA DE DESPESAS COM ASSISTÊNCIA À SAÚDE

PLANO INDIVIDUAL OU FAMILIAR

- 15.7.8. **Co-Participação** – é o montante, definido contratualmente, que o Beneficiário Titular deve pagar, como participação na despesa assistencial, diretamente à Operadora, após a realização do procedimento, **aplicando-se para efeitos deste Contrato, exclusivamente, nos casos de internação hospitalar em saúde mental, sendo o compartilhamento adotado a partir do primeiro dia subsequente àquele em que tenha sido atingido o limite anual de permanência em regime hospitalar com custeio integral obrigatório, conforme definido no sub-item 4.4.3.4. deste Contrato.**
- 15.7.9. **Declaração de Saúde** – é o formulário, anexo e parte integrante da Proposta de Adesão, a ser preenchido, de próprio punho, e assinado pelo Beneficiário Titular, em seu nome e de seus dependentes, devendo ser, obrigatoriamente, prestadas informações verdadeiras e completas sobre todas as Doenças e/ou Lesões.
- 15.7.10. **Despesas Cobertas (Coberturas e Procedimentos Garantidos)** - são as despesas decorrentes de procedimentos, serviços e eventos, cuja cobertura é garantida pela Operadora, de acordo com o estabelecido neste Contrato.
- 15.7.11. **Despesas não Cobertas (Exclusões de Cobertura)** - são as despesas decorrentes de procedimentos, serviços e eventos, cuja cobertura é excluída do Plano de Assistência à Saúde, de acordo com o estabelecido neste Contrato.
- 15.7.12. **Doença** - é o processo mórbido definido, tendo um conjunto de sintomas e sinais, que requer tratamento médico e/ou internação hospitalar e não se enquadra na definição de Acidente Pessoal.
- 15.7.13. **Doença Aguda** – é a falta ou perturbação da saúde, de característica grave e de curta duração, sendo reversível com o tratamento.
- 15.7.14. **Doença Crônica** - é aquela que atingiu estado mórbido irreversível (exemplos: insuficiência grave de órgãos vitais; câncer em fase avançada; diabetes em estado avançado).
- 15.7.15. **Doença, Lesão e/ou Deformidade Congênita** – trata-se de anormalidade desenvolvida durante a vida intra-uterina, com as quais a pessoa já nasce.
- 15.7.16. **Doença ou Lesão Preexistente** - é aquela cuja origem ou causa tenha ocorrido antes do início da cobertura individual, sendo, contudo, considerada para efeitos deste Contrato, apenas quando o Beneficiário, ou seu responsável, saiba ser portador ou sofredor da mesma na época de sua inclusão no Contrato.
- 15.7.17. **Doença Profissional** – é aquela adquirida em consequência do trabalho.
- 15.7.18. **Emergência e Urgência**
- 15.7.18.1. **Emergência** - situação médica que implica risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, requerendo atendimento médico imediato.
- 15.7.18.2. **Urgência** - situação médica, resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional, com necessidade de atendimento médico imediato, podendo haver, ou não, porém, o caráter de morte iminente, como nas situações de emergência.
- 15.7.19. **Evento** - é o conjunto de ocorrências e/ou serviços de assistência médica e/ou hospitalar, que tenham por origem ou causa o mesmo dano involuntário à saúde do Beneficiário, em decorrência de acidente pessoal ou doença.
- 15.7.19.1. O evento se inicia com a comprovação médica da ocorrência e termina com a alta médica ou com o óbito do Beneficiário.

CONTRATO DE COBERTURA DE DESPESAS COM ASSISTÊNCIA À SAÚDE

PLANO INDIVIDUAL OU FAMILIAR

- 15.7.20. **Franquia** - é o montante, definido contratualmente, até o qual o Beneficiário é responsável pelo custo do atendimento médico e/ou hospitalar, devendo ser pago diretamente ao prestador credenciado ou referenciado utilizado, por não ser referido pagamento de responsabilidade da Operadora, **não se aplicando para efeitos deste Contrato.**
- 15.7.21. **Inclusão de Beneficiário** – é o processo pelo qual o Proponente, titular ou dependente, é admitido pela Operadora, passando à condição de Beneficiário.
- 15.7.22. **Internações Hospitalares Cirúrgicas** - são aquelas decorrentes de Eventos que exigem ato cirúrgico.
- 15.7.23. **Internações Hospitalares Clínicas** - são aquelas decorrentes de Eventos que, por sua gravidade ou complexidade, exigem internação hospitalar, sem, contudo, exigir ato cirúrgico.
- 15.7.24. **Internações Hospitalares Eletivas e Procedimentos Eletivos** - são os casos que não se caracterizam como Emergência ou Urgência.
- 15.7.25. **Leitos de Alta Tecnologia** – são considerados como leitos de alta tecnologia **as unidades de terapia intensiva**, de qualquer tipo, assim consideradas aquelas que, em conformidade com o disposto na Súmula Normativa nº 2, da Diretoria Colegiada da ANS, apresentem as características definidas na Portaria GM nº 3.432, de 12/08/1998, do Ministério da Saúde.
- 15.7.26. **Limitações de Cobertura** - são as quantidades máximas de dias ou de serviços, de responsabilidade da Operadora para fins de cobertura, previstas neste Contrato, em conformidade com a legislação vigente, sendo certo que os limites contratualmente previstos serão automaticamente reintegrados no aniversário de inclusão do Beneficiário no Contrato, sem efeito cumulativo de ano para ano nem compensação dentro do grupo familiar.
- 15.7.27. **Mensalidade** - é a quantia, em moeda corrente, devida, mensal e antecipadamente, pelo Beneficiário Titular à Operadora.
- 15.7.28. **Órtese** – acessório usado em atos cirúrgicos e que não substitui, parcial ou totalmente, nenhum órgão ou membro, podendo, ou não, ser retirado posteriormente.
- 15.7.29. **Plano Contratado** - é o nível de cobertura, oferecido na forma deste Contrato, mediante o pagamento da Mensalidade específica, pelo qual o Beneficiário Titular tenha optado por ocasião da assinatura da Proposta de Adesão.
- 15.7.30. **Procedimentos de Alta Complexidade** – para efeitos deste Contrato, são entendidos como de alta complexidade os exames/procedimentos como tal indicados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS conforme normativo vigente à época do evento, de acordo com a segmentação assistencial do Plano Contratado.
- 15.7.31. **Proponente** - é a pessoa física que propõe sua adesão ao Contrato e que passará à condição de Beneficiário tão logo após sua inclusão seja efetivada pela Operadora.
- 15.7.32. **Proposta de Adesão** - é o documento formal e legal, que, **com numeração igual à deste Contrato**, contém as condições comerciais do Plano, além dos dados e informações pessoais do Beneficiário Titular e de seus dependentes, preenchido e assinado pelo Beneficiário Titular, em seu nome e de seus dependentes, apresentado à Operadora para análise do risco a ser assumido.

CONTRATO DE COBERTURA DE DESPESAS COM ASSISTÊNCIA À SAÚDE

PLANO INDIVIDUAL OU FAMILIAR

- 16.7.32.1. Como anexo, a Declaração de Saúde faz parte integrante da Proposta de Adesão
- 15.7.33. **Prótese** – peça artificial empregada em atos cirúrgicos, em substituição, parcial ou total, de um órgão ou membro, reproduzindo sua forma e/ou sua função.
- 15.7.34. **Rede Credenciada** – é o conjunto de prestadores de serviços médicos e hospitalares (hospitais, centros médicos, clínicas, serviços de diagnóstico e de terapia etc.), composto por pessoas físicas e jurídicas legalmente habilitadas para a prestação de assistência médica e/ou hospitalar, contratadas pela Operadora.
- 15.7.35. **Rede Própria** – é o conjunto de recursos e/ou serviços médicos e hospitalares (hospitais, centros médicos, serviços de diagnóstico e terapia etc.) de propriedade da Operadora, onde o atendimento médico-hospitalar ao Beneficiário é prioritariamente prestado.
- 15.7.36. **Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS** – é a listagem de consultas, exames, cirurgias e demais procedimentos e eventos em saúde, que um plano de saúde deve oferecer, constituindo-se, assim, na referência básica de cobertura obrigatória, de acordo com a segmentação assistencial do plano contratado.
- 15.7.36.1. O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS contém, ainda, os *Procedimentos de Alta Complexidade (PAC)* e as *Diretrizes de Utilização (DUT)*, podendo ser consultado no site <http://www.ans.gov.br>.

16. FORO

Para dirimir quaisquer dúvidas ou demanda judicial oriundas do presente Contrato, fica eleito o Foro da Comarca de domicílio do Beneficiário Titular, renunciando-se a qualquer outro por mais privilegiado que seja.