

ÍNDICE

Da Qualificação das Partes e Dados do Produto	02
Qualificação da Operadora	02
Qualificação do Contratante	02
Descrição do Produto	02
Atributos do Contrato	02
Contratação e Condições de Admissão	03
Cobertura e Procedimentos Garantidos	04
Das Exclusões de Cobertura	08
Da Duração do Contrato	09
Dos Períodos de Carência	11
Das Doenças e Lesões Preexistentes	12
Dos Atendimentos de Urgência e Emergência	14
Da Remoção	14
Do Reembolso	15
Do Cartão de Identificação do Beneficiário	16
Das Autorizações Prévias	17
Da Junta Médica	18
Dos Serviços Próprios e Rede Credenciada	18
Da Formação de Preço e Mensalidade	19
Do Reajuste	19
Das Condições da Perda da Qualidade de Beneficiário	21
Da Rescisão	22
Das Disposições Gerais	22
Das Consultas Médicas	23
Dos Exames de Apoio Diagnóstico e Tratamento Ambulatorial	23
Das Internações Hospitalares	25
Das Definições	26
Da Eleição ao Foro	28

DA QUALIFICAÇÃO DAS PARTES E DADOS DO PRODUTO:

Contrato de prestação de serviços de cobertura de custos de assistência médica e hospitalar, em regime de contratação coletiva por adesão, estabelecido entre as partes abaixo:

QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA

Nome da Operadora	MEDPLAN ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA		
CNPJ	01.892.976/0001-89		
Endereço	RUA COELHO RODRIGUES 1921	Bairro:	CENTRO
Cidade	TERESINA	U.F.: PI	CEP.: 64.000-080
Telefone	(86) 3131-8888	Fax: (86) 3131-8888	
Registro na ANS	33751-0	Classificação da operadora	MEDICINA DE GRUPO

QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE

Nome do Contratante	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
CNPJ	XXXXXXXXXXXX	Natureza Jurídica:	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Endereço	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		Bairro: XXXXXXXXX
Cidade	XXXXXXXXXX	U.F.: XX	CEP.: XXXXXXXX
Telefone	(XX) XXXXXXXXX	Fax:	

DESCRIÇÃO DO PRODUTO

Nome Comercial:	PLENO COLETIVO POR ADESAO
Nº de Registro na ANS:	480.011/18-7
Tipo de Contratação:	Coletivo por Adesão
Padrão de acomodação em internação:	Apartamento
Seguimentação Assistencial:	Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia
Área geográfica de abrangência:	Grupo de Municípios (Teresina-PI, Parnaíba-PI, Picos-PI e Floriano-PI).
Área de atuação:	Teresina-PI
Serviços e coberturas adicionais:	Não se aplica

Cláusula 1ª - ATRIBUTOS DO CONTRATO

O presente contrato tem por objeto a prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais na forma de plano privado de assistência à saúde prevista no inciso I, do artigo 1º da Lei nº 9656/98, visando a assistência médico-hospitalar com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial da Saúde, e do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela

ANS, vigente à época do evento, prestados nos consultórios próprios ou credenciados, em hospitais e ambulatórios, dentro da rede própria ou contratada pelo **MEDPLAN**, aos beneficiários deste contrato, **quando os mesmos forem atingidos por eventos mórbidos**, nos limites e condições definidos no presente contrato.

Trata-se de um **Contrato Coletivo Por Adesão**, revestido de característica bilateral, gerando direitos e obrigações para ambas as partes, na forma do disposto nos artigos 458 a 461 do Código Civil Brasileiro, estando sujeito também às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

Cláusula 2º - CONTRATAÇÃO E CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

São considerados **BENEFICIÁRIOS** deste contrato todos os que forem expressamente nomeados pelo **CONTRATANTE** e que sejam admitidos pelo **MEDPLAN**.

2.1. São incluídos como BENEFICIÁRIOS:

a) Beneficiário titular: os associados, cooperados ou sindicalizados da **CONTRATANTE**, obedecendo ao que dispõe o Art. 9º e o Art. 10 da RN Nº 195, de 14 de julho de 2009, Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

b) Beneficiário Dependente: esposo(a) ou companheiro(a); o(a)s filho(a)s solteiro(a)s com até 18 anos incompletos ou, se estudantes universitários, até 24 anos incompletos. São equiparados aos filhos, para fins deste contrato, menores sob a guarda judicial, enteados e tutelados. A condição de cônjuge, filho adotado, enteado, tutelado e menor sob guarda deverá ser expressamente comprovada, no momento da inclusão do dependente, através de documentos legais.

2.2. As inclusões de beneficiários ocorrerão:

a) No período compreendido entre a data da celebração do contrato até o prazo máximo de 30 (trinta) dias: serão inclusos os indivíduos associados, cooperados ou sindicalizados da **CONTRATANTE**, pertencentes ao grupo populacional que mantém vínculo com as pessoas jurídicas delimitadas no artigo 9º da RN nº195, da Agência Nacional de Saúde Suplementar-ANS.

b) No período compreendido entre a data do aniversário do contrato até o prazo máximo de 30 dias: serão inclusos os indivíduos que vincularam-se à **CONTRATANTE** posteriormente à celebração do contrato.

2.2.1 Os indivíduos pertencentes ao grupo populacional vinculado à **CONTRATANTE** na data da celebração do contrato que não efetuaram a sua adesão ao plano no período compreendido entre a data da celebração do contrato até o prazo máximo de 30 (trinta) dias poderão solicitar a sua inclusão em data posterior, ficando submetidos ao cumprimento de carências, inclusive Cobertura Parcial Temporária (CPT), para as Doenças e Lesões Preexistentes à data de adesão ao contrato.

2.2.2. Os indivíduos que vincularam-se à **CONTRATANTE** posteriormente à celebração do contrato e que não cumprirem o prazo previsto na alínea “b” do item 2.2. para providenciarem a sua inclusão no contrato, ainda terão o direito de aderir ao plano, mas serão submetidos ao cumprimento de prazos de carência, nos termos e limites da lei.

2.3. Todos os BENEFICIÁRIOS, titulares ou dependentes preencherão a Solicitação de Adesão, que inclui informações pessoais e administrativas.

2.3.1. O ato de omitir ou prestar informações, ou tentar, por qualquer meio fraudulento, obter vantagem própria ou para seus dependentes neste contrato acarretará o surgimento da penalidade prevista no art. 13, § único, II, da Lei nº 9.656/98.

2.4. O **MEDPLAN** solicitará ao **CONTRATANTE** os documentos comprobatórios de vínculo: cópia da carteira de associado atualizada, cópia de sua adesão à entidade (sindicato, associação etc); cópia do comprovante de contribuição associativa atualizada, assim como os documentos legais relacionados à comprovação do grau de parentesco dos dependentes diretos.

2.5. O **CONTRATANTE**, quando do cadastramento, deverá indicar os nomes e classificação dos **BENEFICIÁRIOS**, sejam titulares, dependentes diretos, bem como data de nascimento e o grau de parentesco destes últimos com relação ao titular ou outro vínculo existente; endereço do titular, CPF e nome da mãe dos titulares e dependentes.

2.5.1. Nenhuma indicação de **BENEFICIÁRIO** terá valor se não constar da Proposta de Adesão da **CONTRATANTE**, aprovada pelo **MEDPLAN**.

2.5.2. O **BENEFICIÁRIO** incluído no curso do contrato somente terá direito à cobertura, nos termos e limites deste contrato, a partir da data de sua inclusão no plano.

2.5.3. A inclusão de dependente somente será autorizada pelo **MEDPLAN** se vinculada à inclusão do titular, **ou em casos de nascimento, adoção de menores até 12 anos de idade ou casamento, e desde que solicitadas no prazo de 30 (trinta) dias da data da ocorrência. Está assegurada a inscrição de filho adotivo, menor de 12 anos de idade, aproveitando os períodos de carências já cumpridos pelo beneficiário titular adotante.**

2.6. As inclusões ou exclusões cadastrais obedecerão, além do previsto neste contrato e seus termos aditivos, as normas administrativas do **MEDPLAN**.

2.7. O **MEDPLAN** fornecerá identificação específica aos **BENEFICIÁRIOS** incluídos no contrato, que os habilitará ao uso dos benefícios previstos no seu plano.

2.8. As exclusões cadastrais implicarão na perda do direito da cobertura do atendimento, sendo obrigação do **CONTRATANTE** recolher e devolver ao **MEDPLAN** toda a documentação que possibilite a utilização do sistema.

2.9. Se, por hipótese, o usuário, após sua exclusão do sistema, continuar a utilizar o sistema através de documentos não devolvidos (por exemplo, a “carteira do plano”) ficará o **CONTRATANTE** responsável por tais atos podendo, inclusive, o **MEDPLAN**, se assim lhe aprouver, efetuar a cobrança devida diretamente ao **CONTRATANTE**.

Cláusula 3ª - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

Respeitados os prazos de carência, as exclusões e as coberturas estabelecidas nas cláusulas deste contrato, o **BENEFICIÁRIO** terá cobertura para as despesas ambulatoriais, hospitalares, exames complementares e serviços auxiliares listados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, através do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, relacionados às doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde (CID 10);

3.1. Cobertura de consultas médicas em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM;

3.2. Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitados pelo médico ou cirurgião dentista assistente devidamente habilitado;

3.3. Cobertura de consulta e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional, conforme indicação do médico assistente, e obedecendo aos quantitativos legais estabelecidos no **Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS** vigente à época do evento.

3.4. Cobertura de psicoterapia, de acordo com o número de sessões estabelecido no **Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento**, que poderão ser realizadas tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme indicação do médico assistente;

3.5. Cobertura dos procedimentos de fisioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente;

3.6. Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais:

- a) hemodiálise e diálise peritoneal (CAPD);
- b) quimioterapia oncológica ambulatorial;
- c) radioterapia ambulatorial;
- d) procedimentos de hemodinâmica ambulatorial;
- e) hemoterapia ambulatorial;
- f) cirurgias oftalmológicas ambulatoriais;

3.7. Cobertura dos atendimentos nos casos de planejamento familiar, de que trata o inciso III do artigo 35-C da Lei 9.656/98, previstos no Anexo I da RN 192/2009, incluindo:

- a) atividades educacionais;
- b) consultas de aconselhamento para planejamento familiar;
- c) atendimento clínico;
- d) dosagem de sulfato de DEHIDROEPIANDROSTERONA (SDHEA);
- e) implante de dispositivo intra-uterino (diu) hormonal incluindo o dispositivo.

3.8. É garantido o atendimento dentro da segmentação e da área geográfica de abrangência estabelecida no presente contrato, independentemente do local de origem do evento.

3.9. Cobertura de internações hospitalares em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina e em Centro de Terapia Intensiva ou similar, a critério do médico assistente, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, bem como o acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional em caso de indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou credenciados do **MEDPLAN**;

3.10. Cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, valor e quantidade, a critério do médico assistente;

3.11. Cobertura de despesas referentes a Honorários Médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação do paciente, durante o período de internação hospitalar;

3.12. Cobertura de despesas referentes à nutrição parenteral ou enteral, administradas durante o período de internação hospitalar;

3.13. Medicamentos registrados/regularizados na ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos para a segmentação ambulatorial;

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

3.15. Cobertura de toda e quaisquer taxas e materiais utilizados durante as cirurgias;

3.16. Cobertura dos honorários do médico anestesista nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, caso haja indicação clínica;

3.17. O BENEFICIÁRIO terá direito à cobertura de despesas de diária(s) de 1 (um) acompanhante, no caso de paciente menor de 18 (dezoito) anos e com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente, no local da internação, excetuado os casos de CTI ou similar. A cobertura de despesas relativas a um acompanhante que incluem:

a) acomodação e alimentação necessárias à permanência do acompanhante, para crianças e adolescentes de 18 anos;

b) acomodação e alimentação, conforme indicação do médico ou cirurgião dentista assistente e legislações vigentes, para acompanhantes de idosos e a partir de 60 anos de idade, e pessoas portadoras de deficiências.

3.18. Remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites observados de abrangência geográfica da sua rede de atendimento, em território brasileiro, mediante prévia autorização do **MEDPLAN**;

3.19. Cobertura de cirurgias odontológicas buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar, realizadas por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, 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;

3.20. Cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo Conselho de Classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar;

§1º– O imperativo clínico caracteriza-se pelos atos que se impõem em função das necessidades do doente.

§ 2º – Em se tratando de atendimento odontológico, o cirurgião-dentista irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao doente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados.

§ 3º – Os honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista **não estão incluídos na cobertura da segmentação hospitalar**, à exceção dos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

3.21. Cobertura para os procedimentos considerados especiais, mesmo quando prestados ambulatorialmente, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada como internação hospitalar:

a) hemodiálise e diálise peritonial – CAPD;

b) quimioterapia oncológica intra-tecal ou que demande internação;

c) embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;

d) radioterapia listada no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento;

e) radiologia intervencionista;

f) nutrição parenteral ou enteral;

g) hemoterapia;

h) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;

i) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento;

j) procedimentos de fisioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento.

3.22. Cobertura obstétrica incluindo o atendimento pré-natal, correspondendo às consultas obstétricas e exames relacionados à gestação; a cobertura de urgência e emergência obstétrica; cobertura de parto (normal ou cesárea) e puerpério, e a cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, sendo vedada a alegação de DLP ou aplicação de CPT ou agravo.

§ 1º – A continuidade da cobertura de atendimento após o trigésimo dia do nascimento somente será devida quando o recém-nascido tiver sido incluído no contrato dentro do referido prazo de até 30 (trinta) dias após o parto.

§ 2º – Nos planos com cobertura obstétrica, fica assegurada a opção de inscrição do recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou da data da sentença de adoção, e desde que a carência de 300 (trezentos) dias já tenha sido cumprida pelo beneficiário titular ou dependente (pai ou mãe).

§ 3º – Cobertura de um acompanhante indicado pela mulher (parturiente) durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato;

3.23. Transplantes de córnea, rim, transplante autólogo de medula óssea (conforme diretriz de utilização) e transplante alogênico de medula óssea (conforme diretriz de utilização) listados no Rol de Procedimentos da ANS vigente à época do evento, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, sem prejuízo da legislação específica que normatiza estes procedimentos;

§ 1º - Entende-se como despesas com procedimentos vinculados, todas aquelas necessárias à realização do transplante, incluindo:

- a) as despesas assistenciais com doadores vivos;
- b) os medicamentos utilizados durante a internação;
- c) o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, excluídos os medicamentos de manutenção;
- d) despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.

§ 2º - Os **CONTRATANTES** dos planos com cobertura para os referidos transplantes deverão estar obrigatoriamente inscritos em uma das CNCDOS (CENTRAIS DE NOTIFICAÇÃO, CAPTAÇÃO E DISTRIBUIÇÃO DE ÓRGÃOS) e sujeitarem-se aos critérios da fila de espera e de seleção para recepção de órgão(s) das mesmas.

3.24. Cobertura para cirurgia plástica reconstrutiva de mama prevista na Lei 10.223/2001, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias para tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer de mama.

3.25. Cobertura para cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.

3.26. Cobertura para procedimentos de esterilização cirúrgica voluntária através das técnicas laqueadura tubária / laqueadura tubária laparoscópica e vasectomia, desde que cumpram as exigências determinadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, relacionadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigente à época do evento.

3.27. Cobertura para lesões relacionadas a acidente do trabalho e cobertura para tratamento de doenças ocupacionais como lesão por esforços repetitivos (LER) e distúrbios osteomoleculares relacionados ao trabalho (DORT).

3.28. As internações previstas neste instrumento contratual se farão em **APARTAMENTO**.

Cláusula 4ª - EXCLUSÕES DE COBERTURA

Este contrato não prevê cobertura de custos ou ressarcimento para os eventos que seguem:

1. Abortamentos, exceto os espontâneos ou nas hipóteses previstas no Art. 128 do Código Penal, devidamente justificados pelo médico assistente.
2. Assistência médica domiciliar ou remoção domiciliar.
3. Atendimento médico nos casos de cataclismos, dentre estes, acidentes com gases e produtos radioativos e ionizantes, guerras e comoções internas, quando declaradas pela autoridade competente.
4. Cirurgia de refração com grau bilateral inferior ao definido pela legislação - o grau mínimo hoje definido pela legislação é 05 (cinco).
5. Cirurgias plásticas com finalidade estética.
6. Consultas, atendimentos domiciliares e enfermagem em caráter particular.
7. Despesas médicas e hospitalares efetuadas antes do cumprimento das carências previstas neste contrato.
8. Fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados.
9. 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;
10. Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar.

11. Fornecimento de materiais e medicamentos anestésicos (importados ou não) e gases medicinais (importados ou não) que não tenham autorização para sua comercialização pelos órgãos governamentais competentes.
12. Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico, bem como para finalidade exclusivamente estética.
13. Fornecimento de óculos, lentes oculares e aparelhos ortopédicos.
14. Fornecimento em regime ambulatorial de medicamentos, vacinas (exceto para dessensibilização), e material de curativo.
15. Inseminação artificial: incluindo as internações, intervenções cirúrgicas, tratamentos e demais procedimentos médicos destinados à inseminação artificial.
16. Internação de caráter social, ou seja, aquela solicitada, ainda que por médico credenciado, para complementação do tratamento em razão de carências de apoio social, econômico ou familiar (entre outros exemplos, internação de paciente - idoso ou não - em razão de os filhos não desejarem cuidar do beneficiário em casa; internação em razão da falta de condições na residência do beneficiário).
17. Internação com finalidade diagnóstica, cujo quadro clínico não a justifique e cujos testes e exames possam ser realizados em caráter ambulatorial, sem prejuízo para o contratante.
18. Medicamentos de manutenção no pós-operatório dos transplantes.
19. Procedimentos clínicos ou cirúrgicos, órteses e próteses para fins estéticos, incluindo a esclerose de varizes com indicação estética.
20. Procedimentos, exames ou tratamentos realizados fora da área de abrangência prevista neste contrato.
21. Estão excluídos de cobertura o atendimento a procedimentos não relacionados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde elaborado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e suas atualizações.
22. Procedimentos relacionados com a saúde ocupacional (exames admissionais, demissionais, mudanças de função e periódicos), que são de responsabilidade do empregador (conforme disposto na NR nº 7 do Ministério do Trabalho).
23. Procedimentos odontológicos.
24. Procedimentos ou exames realizados no exterior, ainda que a coleta do material seja feita no Brasil.
25. Quaisquer procedimentos referentes a tratamento rejuvenescedor ou emagrecedor com finalidade estética.
26. Qualquer outro tipo de transplantes, à exceção dos de córnea, de rim e para transplantes autólogos e alogênicos de medula óssea, definidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde elaborado pela ANS vigente à época do evento.
27. Tratamento clínico ou cirúrgico em caráter experimental.
28. Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes.
29. Tratamentos para redução de peso em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estadas em estâncias hidrominerais e climáticas, SPA.
30. Tratamento em clínicas para acolhimento de idosos ou clínicas de repouso que não necessitem de cuidados em ambiente hospitalar.

Cláusula 5ª - DURAÇÃO DO CONTRATO

O período de vigência do contrato será de 12 (doze) meses, a contar da data da assinatura do mesmo.

§ 1º - O presente contrato renovar-se-á automaticamente, ao final do período de 12 (doze) meses de vigência, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação, bem como não havendo incidência de qualquer período adicional de carência.

§ 2º - Após 12 (doze) meses de vigência, o contrato poderá ser rescindido imotivadamente a qualquer tempo, por qualquer das partes, mediante notificação escrita, com 60 (sessenta) dias de antecedência, sem quaisquer ônus.

5.1. As partes acordam que a mudança de plano poderá ser solicitada pelo CONTRATANTE constituindo-se causa para novo contrato; esta mudança ocorrerá na data de aniversário do contrato.

5.2. Quando da transferência para um novo plano será contabilizado o tempo de vigência deste contrato, à exceção dos novos benefícios ou da utilização da nova rede de atendimento, que cumprirão as carências determinadas para os referidos benefícios no novo plano.

5.3. As transferências para um novo plano deverão incluir o beneficiário titular e seus dependentes.

5.4. Em caso de morte do beneficiário titular, o direito de permanência é assegurado aos seus dependentes cobertos pelo plano, nas mesmas condições que gozavam quando da existência do vínculo do titular com o **CONTRATANTE**, desde que assumam o pagamento integral das mensalidades, anteriormente de responsabilidade do **CONTRATANTE**.

5.4.1. O período de manutenção da condição de beneficiário acima referido será um terço de tempo de permanência no plano ou sucessor, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses.

5.4.2. A manutenção dos dependentes no plano após a morte do titular será garantida se for solicitada até 30 (trinta) dias da ocorrência da morte do titular. A comprovação da morte do titular deverá ser feita mediante apresentação de Atestado de Óbito ao **MEDPLAN**.

5.5. No caso de cancelamento do contrato, os beneficiários poderão solicitar inclusão em plano de assistência à saúde na modalidade individual ou familiar, sem necessidade de cumprimento de novos prazos de carência.

5.5.1. Considera-se, na contagem de prazos de carência para essas modalidades de planos, o período de permanência do beneficiário no plano coletivo cancelado.

5.5.2. A inclusão dos beneficiários em plano de assistência à saúde na modalidade individual ou familiar implicará no pagamento de valores de mensalidades correspondentes aos valores praticados pelo **MEDPLAN** para o plano escolhido pelo beneficiário.

5.5.3. Inclui-se no universo de usuários de que trata o caput, o grupo familiar vinculado ao beneficiário titular.

5.5.4. Os beneficiários dos planos coletivos cancelados deverão fazer a opção pelo produto individual ou familiar da operadora no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o cancelamento para terem direito ao disposto no item 5.5.

5.5.5. É de responsabilidade do **CONTRATANTE** informar aos beneficiários sobre o cancelamento do contrato, em tempo hábil ao cumprimento do prazo de opção de que trata o item 5.5.

5.6. Extinto o contrato, qualquer que seja o motivo, o **MEDPLAN** deixará de ser responsável pela cobertura dos custos ou reembolso das despesas havidas após a data de extinção, passando esta responsabilidade para o **CONTRATANTE**, e ficando o **MEDPLAN** autorizado, desde logo, a efetuar a cobrança diretamente ao **CONTRATANTE** dos eventuais custos gerados, sem prejuízo de quaisquer medidas judiciais ou extrajudiciais.

Cláusula 6ª - PERÍODOS DE CARÊNCIA

As carências são cláusulas que operam uma limitação na eficácia do contrato, ou seja, para determinadas doenças ou espécies de tratamento, a responsabilidade de cobertura do **MEDPLAN** somente terá início a partir do transcurso de certo período, previamente estipulado neste contrato.

6.1. NÃO SERÁ EXIGIDO O CUMPRIMENTO DE CARÊNCIAS NOS SEGUINTE CASOS:

6.1.1. Para clientes vinculados à **CONTRATANTE** incluídos no plano de saúde no período compreendido entre a data da celebração do contrato até o prazo máximo de 30 (trinta) dias.

6.1.2. Para os clientes que tenham se vinculado à **CONTRATANTE** após o prazo inicial de adesão de 30 (trinta) dias e que tenham formalizado a solicitação de adesão até 30 (trinta) dias da data do aniversário do contrato.

6.2. SERÁ EXIGIDO O CUMPRIMENTO DE CARÊNCIAS DESCRITAS ABAIXO PARA OS SEGUINTE CASOS:

6.2.1. Para os clientes vinculados à contratante **na data da celebração do contrato e** que não efetuaram sua inclusão no plano no período compreendido entre a data da celebração do contrato até o prazo máximo de 30 (trinta) dias e que solicitarem a sua inclusão a qualquer tempo.

6.2.2. Para os clientes que tenham se vinculado à contratante após a data de celebração do contrato e que não formalizaram a sua solicitação de adesão até 30 (trinta) dias da data de aniversário do contrato.

I. CARÊNCIA DE 24 (VINTE E QUATRO) HORAS:

a) Para atendimentos de urgência/emergência observadas as coberturas previstas em cláusula específica do presente contrato.

b) remoção para o SUS, após os atendimentos de urgência e emergência ocorridos durante o período de carência para internação hospitalar ou ocorridos durante o prezo de cobertura parcial temporária para **DLP**.

II. CARÊNCIA DE 30 (TRINTA) DIAS: Para os atendimentos eletivos definidos abaixo:

a) Consultas Médicas no Núcleo de Orientação Médica do **MEDPLAN**;

b) Consultas médicas em consultórios, clínicas e centros médicos credenciados.

c) Exames complementares básicos de diagnóstico, definidos em cláusula contratual específica.

III. CARÊNCIA DE 180 (CENTO E OITENTA) DIAS:

- a) Exames ou procedimentos terapêuticos ambulatoriais especiais;
- b) Internações Clínicas e Cirúrgicas e demais procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde elaborado pela Agência Nacional de Saúde (ANS) vigente à época do evento.

IV. CARÊNCIA DE 300 (TREZENTOS) DIAS:

- a) Internações para obstetrícia em partos a termo – cobertura para honorários médicos e custos hospitalares.

Cláusula 7ª - DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

O beneficiário deverá informar à CONTRATADA, quando expressamente solicitado na documentação contratual por meio da Declaração de Saúde, o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes à época da adesão ao presente contrato, 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 art. 13 da Lei nº 9.656/1998.

Doenças ou Lesões Preexistentes 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 art. 11 da Lei nº 9656/1998, o inciso IX do art 4º da Lei nº 9961/2000 e as diretrizes estabelecidas na Resolução Normativa nº 162/2007.

Para informar a existência de doenças e lesões preexistentes, o Beneficiário Titular preencherá o Formulário de Declaração de Saúde acompanhado da Carta de Orientação ao Beneficiário e poderá solicitar um médico para orientá-lo.

O beneficiário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados ou referenciados pela CONTRATADA, sem qualquer ônus para o beneficiário.

Caso o beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da CONTRATADA, poderá fazê-lo, desde que assumo o ônus financeiro dessa entrevista.

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 contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.

É vedada a alegação de omissão de informação de doença ou lesão preexistente quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário pela CONTRATADA, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.

Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa 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 CONTRATADA oferecerá a cobertura parcial temporária, e, dependendo do caso, ser-lhe-á facultada a oferta do agravo. Caso a CONTRATADA não ofereça Cobertura Parcial Temporária no momento da adesão contratual, não caberá alegação de omissão de informação na Declaração de Saúde ou aplicação posterior de Cobertura Parcial Temporária ou Agravo.

Cobertura Parcial Temporária - CPT é aquela que admite, por um 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, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.

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.

Na hipótese de Cobertura Parcial Temporária, a CONTRATADA somente poderá suspender a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta tecnologia e os procedimentos de alta complexidade, quando relacionados exclusivamente à Doença ou Lesão Preexistente.

Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no site www.ans.gov.br

É vedada à CONTRATADA a alegação de Doença ou Lesão Preexistente decorridos 24 meses da data da celebração do contrato ou da adesão ao plano privado de assistência à saúde.

Nos casos de Cobertura Parcial Temporária, findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme a segmentação contratada e prevista na Lei nº 9.656/1998.

O Agravo será regido por Aditivo Contratual específico, cujas condições serão estabelecidas entre as partes, devendo constar menção expressa o percentual ou valor do Agravo e período de vigência do Agravo.

Identificado indício de fraude por parte do beneficiário, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a CONTRATADA deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao beneficiário através de Termo de Comunicação ao Beneficiário e poderá solicitar abertura de processo administrativo junto a ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do beneficiário à Cobertura Parcial Temporária.

Instaurado o processo administrativo na ANS, à CONTRATADA caberá o ônus da prova.

A CONTRATADA poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do Beneficiário sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão preexistente.

A ANS efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação.

Se solicitado pela ANS, o Beneficiário deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.

Após julgamento, e acolhida à alegação da CONTRATADA, pela ANS, o Beneficiário 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, desde a data da efetiva comunicação da constatação da doença e lesão preexistente, pela CONTRATADA, bem como será excluído do contrato.

Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de doença ou lesão preexistente, bem como a suspensão ou rescisão unilateral do contrato até a publicação, pela ANS, do encerramento do processo administrativo.

Cláusula 8ª - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

8.1. É obrigatória por parte da CONTRATADA a cobertura do atendimento nos casos de:

I - urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional;

II - emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

8.2. A CONTRATADA garantirá os atendimentos decorrentes de acidentes pessoais em caráter integral, incluindo internações sem restrições, depois de decorridas 24 horas de vigência do contrato.

8.3. Estão incluídos nos atendimentos de urgência/emergência em prontos-socorros a consulta os exames de apoio diagnóstico, os procedimentos e os recursos terapêuticos realizados ou utilizados somente durante esse atendimento; caso se torne necessária à internação hospitalar, a sua cobertura obedecerá aos limites e normas estabelecidos nas Cláusulas que tratam das carências para internações e para cobertura das doenças e lesões preexistentes;

a) Fica assegurada a cobertura para os atendimentos de urgências decorrentes de acidente pessoal, em caráter integral, incluindo internações, após decorridas 24 (vinte e quatro) horas de vigência do contrato;

8.4. A cobertura será prestada por 12 (doze) horas ou, caso surja à necessidade de internação, por período inferior, para:

I - os atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, durante o cumprimento dos períodos de carência;

II - os atendimentos de urgência e emergência, quando efetuados no decorrer dos períodos de carência para internação;

III - os casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia ou procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças ou lesões preexistentes.

8.5. Após cumpridas as carências, haverá cobertura dos atendimentos de urgência e emergência desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções.

Cláusula 9ª - DA REMOÇÃO

9.1. A remoção do paciente será garantida pela OPERADORA nas seguintes hipóteses:

I - para outra unidade de atendimento da rede do plano, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente; e

II - para uma unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, quando houver o limite de 12 (doze) horas de atendimento, nas hipóteses citadas acima, e este for atingido ou surgir a necessidade de internação.

9.2. Da Remoção para o SUS:

À CONTRATADA caberá 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.

Quando não puder haver remoção por risco de vida, o CONTRATANTE e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a CONTRATADA desse ônus.

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

Se o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade que, ainda que pertencente ao SUS, não disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento, ficará a CONTRATADA desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

Cláusula 10ª - DO REEMBOLSO

10.1 Será garantido ao Beneficiário o reembolso das despesas decorrentes dos atendimentos de urgência e emergência ocorridos na área de abrangência geográfica da cobertura contratual sempre que não for possível a utilização dos serviços de prestadores da rede assistencial deste plano.

10.1.1 Na hipótese acima mencionada, o valor do reembolso corresponderá, no máximo ao valor equivalente ao que a CONTRATADA custearia caso o atendimento fosse realizado na rede credenciada do plano contratado.

10.2 O beneficiário deverá apresentar os seguintes documentos para solicitar o reembolso, à CONTRATADA:

a) - Consulta: recibos ou nota fiscal válida 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 um 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 da 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, **valores cobrados, valor de desconto, quando houver**, assinatura, CPF e/ou CNPJ, CRM e endereço legível e data da realização do evento;

e) - Internação: nota fiscal quitada e seu 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;

f) - O reembolso para os custos hospitalares de internação observará a adequada justificativa médica no que diz respeito à permanência hospitalar e aos recursos terapêuticos utilizados;

10.3 - A CONTRATADA 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;

10.4 - Se a documentação não contiver todos os dados comprobatórios que permitam o cálculo correto do reembolso, a CONTRATADA poderá solicitar do beneficiário essa documentação ou informações complementares sobre o procedimento a ser ressarcido, passando a serem contados novos prazos para pagamentos a partir da data de entrega ou complementação de documentos;

10.5 – Após a entrega de toda a documentação, os valores aprovados para reembolso serão pagos ao **CONTRATANTE** no prazo máximo de 30 (trinta) dias, sendo indispensável a apresentação de identidade e CPF e a obediência às normas estabelecidas pela Secretaria da Receita Federal, do Ministério da Fazenda;

10.6 – O direito ao reembolso fica vinculado ao prazo de 01(um) ano contado da data do atendimento;

§ 1º O beneficiário que não exercer esse direito no prazo estipulado não poderá mais fazê-lo.

Cláusula 11ª - CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO

Nenhum atendimento ao serviço previsto neste contrato será realizado sem a apresentação do Cartão de Identificação do beneficiário fornecida e expedida pela CONTRATADA para os beneficiários cadastrados no Plano, acompanhada de cédula de identidade dos mesmos ou, inexistindo tal documento, outro que surta efeitos similares, exceto nos casos de urgência e emergência.

O beneficiário, no extravio do Cartão, para obter uma 2ª (segunda) via, comunicará o fato imediatamente à CONTRATADA, arcando com as despesas da confecção de outra via.

Cessa a responsabilidade do beneficiário a partir da comunicação do extravio do cartão de identificação.

Cláusula 12ª - AUTORIZAÇÕES PRÉVIAS

Para a realização dos procedimentos contratados será necessária a obtenção de AUTORIZAÇÃO PRÉVIA através de GUIA, exceto os casos caracterizados como urgência e emergência.

O pedido médico deverá ser apresentado ao Setor de Encaminhamento do MEDPLAN, localizado na Rua Coelho Rodrigues, 1921, Centro, Teresina-PI, fone: 3131-8888, que emitirá resposta pelo profissional avaliador nos seguintes prazos:

§ 1º Para fins de cumprimento dos prazos estabelecidos, será considerado o acesso a qualquer prestador da rede assistencial, habilitado para o atendimento no município onde o beneficiário o demandar e, não necessariamente, a um prestador específico escolhido pelo beneficiário;

Serviços	Prazo máximo de atendimento (em dias úteis)
Consulta básica - pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia.	07 (sete)
Consulta nas demais especialidades	14 (catorze)
Consulta/ sessão com fonoaudiólogo	10 (dez)
Consulta/ sessão com nutricionista	10 (dez)
Consulta/ sessão com psicólogo	10 (dez)
Consulta/ sessão com terapeuta ocupacional	10 (dez)
Consulta/ sessão com fisioterapeuta	10 (dez)
Consulta e procedimentos realizados em consultório/ clínica com cirurgião-dentista	07 (sete)
Serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial	03 (três)
Demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial	10 (dez)
Procedimentos de alta complexidade (PAC)	21 (vinte e um)
Atendimento em regimento hospital-dia	10 (dez)
Atendimento em regime de internação eletiva	21 (vinte e um)
Urgência e emergência	Imediato
Consulta de retorno	A critério do profissional responsável pelo atendimento

Os procedimentos deverão ser solicitados pelo médico-assistente ou cirurgião-dentista em formulário específico e disponibilizado pela CONTRATADA, ou quando não credenciado, em Receituário, contendo dados do BENEFICIÁRIO, descrição dos exames e especificação de acordo com CID.

Cláusula 13ª - DA JUNTA MÉDICA

A CONTRATADA garante, no caso de situações de divergência médica, a definição do impasse através de junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo beneficiário, por médico da operadora e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais nomeados.

Se não houver acordo quanto à escolha do médico desempatador, a sua designação será solicitada ao presidente de uma das Sociedades Médicas sediadas na localidade do escritório da CONTRATADA.

Cada uma das partes pagará os honorários do profissional que nomear, exceto se o médico-assistente escolhido pelo beneficiário pertencer à rede credenciada ou própria da CONTRATADA, que nesse caso, arcará com os honorários de ambos os nomeados. A remuneração do terceiro desempatador deverá ser paga pela CONTRATADA.

Cláusula 14ª - SERVIÇOS PRÓPRIOS E REDE CREDENCIADA

Será fornecida ao beneficiário uma relação contendo os dados dos prestadores de serviços próprios e credenciados pela CONTRATADA, obedecidas as regras que disciplinam o atendimento dos mesmos, sendo que os beneficiários com mais de 60 (sessenta anos), as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até 05 (cinco) anos possuem privilégios na marcação de consultas, exames e qualquer outros procedimentos em relação aos demais beneficiários.

A relação contendo os dados dos prestadores de serviços próprios e credenciados da CONTRATADA terá suas atualizações disponíveis na sede da Contratada, através do serviço de tele-atendimento ou por meio da internet, no endereço **www.medplan.com.br**.

A inclusão como contratado, referenciado ou credenciado, de qualquer entidade hospitalar, implica compromisso para com os consumidores quando a sua manutenção ao longo da vigência do contrato, conforme regras abaixo:

- A substituição da entidade hospitalar seja por outra equivalente e mediante comunicação aos consumidores e a 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;
- Nos casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, a CONTRATADA arcará com a transferência do beneficiário para outro estabelecimento equivalente, sem ônus adicional, garantindo-lhe a continuação da assistência;
- Na hipótese da substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer por vontade da CONTRATADA durante período de internação do beneficiário, o hospital estará obrigado a manter a internação e a CONTRATADA a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério do médico assistente, na forma do contrato;

- Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, a operadora deverá solicitar à ANS autorização expressa.

Cláusula 15ª: FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

O valor a ser pago pela cobertura assistencial contratada é pré-estabelecido.

A responsabilidade pelo pagamento total da contraprestação pecuniária será da pessoa jurídica contratante, salvo os casos dos artigos 30 e 31, da Lei 9656/98.

A CONTRATANTE obriga-se a pagar à CONTRATADA, em pré-pagamento, os valores relacionados na Proposta de Adesão, por beneficiário, para efeito de inscrição e mensalidade, através da emissão de faturas.

As mensalidades serão pagas até seus respectivos vencimentos, conforme acordado na proposta de Adesão.

Quando a data de vencimento cair em dia que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser realizado até o primeiro dia útil subsequente.

As faturas emitidas pela CONTRATADA serão baseadas na comunicação de movimentação de pessoal enviada pela CONTRATANTE. A fatura se baseará nos dados disponíveis, realizando-se os acertos nas faturas subsequentes.

Se a CONTRATANTE não receber documento que possibilite realizar o pagamento de sua obrigação até cinco dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente à CONTRATADA, para que não se sujeite a consequência da mora.

Ocorrendo impontualidade no pagamento da mensalidade, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso, além de multa de 2% (dois por cento).

A Contratada não poderá fazer distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles a este já vinculados.

Cláusula 16ª - REAJUSTE

16.1. REAJUSTE FINANCEIRO:

Haverá um reajuste anual de acordo com a variação das despesas médicas e/ou hospitalares e administrativas da Operadora, a ser apurada mediante a aplicação dos critérios designados pelo Órgão Fiscalizador Competente para cada ano vigente.

§ 1º – Os reajustes dos aditivos serão realizados na mesma data do reajuste principal.

16.1.1. Nos termos da legislação vigente, o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, através de negociação entre as partes, tendo como base a variação do Índice VCMH (Variação de Custos Médico-Hospitalares), do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS). Este será apurado no período de 12(doze) meses consecutivos, com uma antecedência de 60 (sessenta) dias em relação a data-base de aniversário, considerada esta o mês de assinatura do Contrato.

16.1.2. Caso seja verificado o desequilíbrio econômico-atuarial do contrato, este será reavaliado. O desequilíbrio é constatado quando o nível de sinistralidade da carteira ultrapassar o índice de 70% (Sm), cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 meses consecutivos, anteriores à data base de aniversário. Neste caso, para o cálculo do percentual de reajuste será aplicada a seguinte fórmula:

$$R = (S/Sm) - 1$$

Onde: **S** = Sinistralidade apurada no período (Mínimo de 12 meses)

Sm = Meta de Sinistralidade expressa em contrato

16.1.3. Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, previsto no item 16.1.2, o mesmo deverá ser procedido de forma complementar ao especificado no item 16.1.1 e na mesma data, de forma a garantir a anualidade dos reajustes.

16.1.4. Na hipótese de descontinuidade do índice estabelecido no item 16.1.1, será estipulado novo índice mediante instrumento específico.

16.1.5. Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano em um determinado contrato.

16.1.6. Nenhum contrato poderá receber reajuste em periodicidade inferior a 12 (doze) meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de migração e adaptação do contrato à Lei 9.656/98.

16.1.7. Os reajustes efetuados serão comunicados à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), conforme determinado pela legislação em vigor.

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

16.1.9. Para os contratos com menos de 30 (trinta) beneficiários, apurados na data de aniversário do contrato, o cálculo de reajuste terá por base o agrupamento de todos os contratos com número inferior a 30 (trinta) beneficiários.

§1º Apenas para a primeira apuração a quantidade de beneficiários a ser observada será a do mês de Janeiro de 2013.

§2º O percentual de reajuste calculado para o agrupamento de contratos com menos de 30 (trinta) beneficiários, será aplicado no mês de aniversário do contrato, no período que vai do mês de maio ao mês de abril do ano subsequente, imediatamente posterior ao período de cálculo do reajuste.

§3º O percentual calculado para o agrupamento será divulgado no site www.medplan.com.br.

§4º O valor do percentual do reajuste calculado para o agrupamento de contratos deverá ser único, sendo vedado qualquer tipo de variação.

16.2. REAJUSTE POR FAIXA ETÁRIA:

Em havendo 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

os percentuais da tabela abaixo, que se acrescentarão sobre o valor da última da contraprestação pecuniária, observadas a seguintes condições, conforme art. 3º, incisos I e II da RN 63/03:

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.

FAIXAS ETÁRIAS PERCENTUAIS DE REAJUSTE

- a) Ao completar 19 anos, acréscimo de 10% (dez por cento);
- b) Ao completar 24 anos, acréscimo de 12,06% (doze e zero seis décimos por cento);
- c) Ao completar 29 anos, acréscimo de 14,01% (quatorze e zero um décimo por cento);
- d) Ao completar 34 anos, acréscimo de 20,40% (vinte e quatro décimos por cento);
- e) Ao completar 39 anos, acréscimo de 21,90% (vinte e um e nove décimos por cento);
- f) Ao completar 44 anos, acréscimo de 24,80% (vinte quatro e oito décimos por cento);
- g) Ao completar 49 anos, acréscimo de 29,60% (vinte e nove e seis décimos por cento);
- h) Ao completar 54 anos, acréscimo de 32,50% (trinta e dois e cinco décimos por cento);
- i) Ao completar 59 anos, acréscimo de 34,10% (trinta e quatro e um décimos por cento);

§ 1º O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a 06 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária;

§ 2º A variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

Cláusula 17ª - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

A perda da qualidade de beneficiário poderá ocorrer nas seguintes situações:

17.1. Perda da qualidade de beneficiário titular:

- a) pela rescisão do presente contrato;
- b) por perda dos vínculos de natureza associativa, classista ou setorial que o titular mantém com o CONTRATANTE, ou da perda do vínculo de dependência em relação ao titular, desde que previstos em regulamento ou contrato, ressalvado o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº. 9.656/1998.
- c) fraude praticada pelo beneficiário titular, apurada de acordo com a legislação vigente.

17.2. Perda da qualidade de beneficiário dependente:

- a) pela perda da condição de dependência prevista nas condições gerais deste contrato;
- b) a pedido do beneficiário titular;
- c) fraude praticada pelo beneficiário dependente, apurada de acordo com a legislação vigente.

17.3. Caberá tão-somente à pessoa jurídica contratante solicitar a suspensão ou exclusão de beneficiários.

17.4. A contratada só poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência da pessoa jurídica contratante nas seguintes hipóteses:

a) fraude;

b) por perda dos vínculos de natureza associativa, classista ou setorial que o titular mantém com o CONTRATANTE, ou da perda do vínculo de dependência em relação ao titular, desde que previstos em regulamento ou contrato, ressalvado o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº. 9.656/1998.

Cláusula 18ª – RESCISÃO

A rescisão ou denúncia do contrato dar-se-á após 12 (doze) meses de vigência do contrato em função de notificação escrita prévia de 60 (sessenta) dias por parte do **CONTRATANTE**, ou do **MEDPLAN**, sem qualquer ônus.

Parágrafo único: Após o prazo de aviso prévio acima referido, estando o contrato cancelado, fica o **CONTRATANTE** ciente que os **BENEFICIÁRIOS** não poderão mais usufruir qualquer atendimento médico ou hospitalar anteriormente previsto. Se os **BENEFICIÁRIOS** contrariarem o acima exposto, todo e qualquer custo gerado por tal ato será de inteira e exclusiva responsabilidade do **CONTRATANTE**.

18.1. O presente contrato poderá, também, ser rescindido ou denunciado de pleno direito se o **CONTRATANTE**:

a) deixar de efetuar o pagamento da mensalidade por prazo superior a 60 (sessenta) dias da data do vencimento, sejam eles consecutivos ou não, durante a vigência do presente contrato, desde que o **CONTRATANTE** seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência.

b) omitir ou prestar informações, ou tentar, para qualquer meio fraudulento, obter vantagem própria ou para seus dependentes durante a vigência deste contrato.

18.2. Decorrido o prazo de 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, sem que tenha sido efetuado o respectivo pagamento, o plano ficará de pleno direito cancelado, sem que caiba restituição das mensalidades já pagas.

18.3. Se o **CONTRATANTE**, na data do pedido de cancelamento do contrato, efetuar o pagamento da mensalidade, garantirá a cobertura por um prazo de 30 (trinta) dias. A responsabilidade do **MEDPLAN** sobre os atendimentos indicados cessa no último dia do prazo de 30 (trinta) dias mencionado nesta Cláusula, correndo as despesas a partir de então por conta do **CONTRATANTE**.

18.4. O **CONTRATANTE** que na data de solicitação de cancelamento do contrato, não efetuar o pagamento da mensalidade, terá a cobertura contratual encerrada na mesma data.

Não haverá atendimento por parte do **MEDPLAN** sem que o **CONTRATANTE** efetue o pagamento referente ao período de cobertura.

Cláusula 19ª - DISPOSIÇÕES GERAIS

Fazem parte integrante do presente contrato a Proposta de Adesão, o recibo correspondente, bem como os anexos complementares, orientador médico da rede credenciada, os aditivos, tabela de preços, declarações de saúde, carta de orientação ao beneficiário, certificado de contratação, manual de orientação para contratação de planos de saúde, guia de leitura contratual e recibos de pagamento.

Parágrafo único: Qualquer alteração nestes documentos só será válida se for feita por escrito e com concordância das partes contratantes.

19.1. O **CONTRATANTE** obriga-se a fornecer todos os documentos exigidos para fazer prova de seus eventuais direitos.

19.2. Não se admitirá a presunção de que as partes contratantes possam ter conhecimento de circunstâncias que não constem expressamente no contrato, da proposta de adesão ou quaisquer outros documentos que dele façam parte integrante.

19.3. O presente contrato obriga as partes **CONTRATANTES** por si, seus herdeiros e sucessores.

19.4. No caso de não adesão em que já tenha havido pagamento da mensalidade, os valores pagos devem ser devolvidos atualizados pelo **MEDPLAN**. A restituição deve ocorrer até 03 (três) dias úteis após o pagamento da mensalidade.

19.5. Em razão da idade do beneficiário, ou da condição de pessoa portadora de deficiência, ninguém pode ser impedido de participar de planos privados de assistência à saúde.

Cláusula 20ª – DAS CONSULTAS MÉDICAS

20.1 - A cobertura de custeio das consultas será realizada nas especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, em número ilimitado, nas condições estabelecidas nas cláusulas deste contrato, no que diz respeito às coberturas, exclusões, carências e direcionamento;

20.2 - A data e a hora da consulta serão determinadas por iniciativa do beneficiário e de acordo com o médico;

20.2.1 - As consequências do não comparecimento à consulta marcada são de inteira responsabilidade do beneficiário;

20.3 - Para aplicação deste contrato as consultas são classificadas nos seguintes tipos:

a) Consultas em consultório médico;

b) Consultas em centro médico ou clínica.

Cláusula 21ª – DOS EXAMES DE APOIO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO AMBULATORIAL

Os exames complementares de diagnóstico e demais procedimentos ambulatoriais terão sua cobertura de custos assegurada quando realizados nos prestadores de serviços participantes da rede credenciada do MEDPLAN, nas especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, em conformidade com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde elaborado pela ANS, vigente à época do evento, nas condições e demais cláusulas deste contrato.

21.1. As solicitações de exames ou procedimentos emitidas por médico assistente, deverão ser apresentadas ao MEDPLAN para prévia aprovação.

21.2. SÃO CONSIDERADOS EXAMES COMPLEMENTARES BÁSICOS:

a) Exames Laboratoriais Básicos de Análises Clínicas: ácido úrico, antibiograma, bacterioscopia, beta-hcg, cálcio, clearance de creatinina, colesterol, creatinina, culturas em geral, estradiol, fator rh, fosfatase alcalina, glicose, grupo sanguíneo abo e rh, hemoglobina glicosilada, hemograma, lipidograma, mantoux, parasitológico, potássio, ppd, rotina de urina, sódio, t4 tiroxina, tempo de

coagulação, tempo de protombina, tempo de sangramento, tgo,tgp, tsh, triglicerídios, vdrl – sífilis, vhs.

b) Exames Anátomo-patológicos e Citopatológicos: citologia cervico-vaginal, citologias oncóticas, estudo histopatológico, estudo anátomo-patológico, exceto exames de imunohistoquímica e de biologia molecular.

c) Exames radiológicos não-contrastados: incluindo raio-x de tórax, raio-x de crânio, raio-x de face, raio-x do cavum, raio-x de membros, raio-x da coluna;

d) Eletrocardiograma;

e) Colposcopia, Colpocitologia (citologia cervico-vaginal) e Exames de Peniscopia.

21.3. SÃO CONSIDERADOS EXAMES COMPLEMENTARES ESPECIAIS:

a) Exames Laboratoriais de Dosagens Hormonais, Teste do Pezinho, Exames Laboratoriais de Imunologia e Radioimunoensaio, Exames Laboratoriais de PCR, Exames Laboratoriais de Genética Clínica;

b) Ecocardiograma, Holter, MAPA e Teste Ergométrico;

c) Exames de Diagnóstico em Medicina Nuclear, Cintilografias em geral;

d) Exames Radiológicos contrastados de Aparelho Digestivo e Urinário;

e) Exames de Densitometria Óssea;

f) Exames de Endoscopia Digestiva, Respiratória e Urológica realizados em regime ambulatorial;

g) Exames de Mamografia;

h) Exames de Eletroencefalografia, Eletroneuromiografia e Neurofisiologia;

i) Exames de Eletroneuromiografia, Exames de Neurofisiologia, Polissonografia;

j) Exames de Ultra-sonografia, incluindo Dopplerfluxometria;

k) Exames Radiológicos de Tomografia Computadorizada, Neuroradiologia, Angiografias, Coronariografias, Mielografias, Radiologia Intervencionista e Exames de Ressonância Magnética;

l) Exames de Hemodinâmica e exames Cardiovasculares em Medicina Nuclear Diagnóstica e Imunocintilografia;

m) Exames Angiológicos de Doppler e Investigação Vascular Ultra-sônica;

n) Testes Alérgicos e Provas Imuno-Alérgicas;

o) Exames Histopatológicos de Imunohistoquímica, Exames Genéticos e de Biologia Molecular;

p) Exames especiais em Oftalmologia: retinografia fluorescente, biometria e paquimetria ultrassônica, microscopia especular de córnea e campimetria computadorizada;

q) Exames especiais em Otorrinolaringologia: audiometria cortical, eletrococleografia, eletroneurografia, pesquisa de potenciais auditivos de tronco cerebral (Bera), testes vestibulares, registro de nistagmo, teste de glicerol e exames endoscópicos.

21.4. SÃO CONSIDERADOS PROCEDIMENTOS TERAPÊUTICOS BÁSICOS:

a) Inaloterapia Ambulatorial;

b) Cirurgias Ambulatoriais de porte zero em Dermatologia;

c) Procedimentos Ambulatoriais não Cirúrgicos em Oftalmologia;

d) Procedimentos Ambulatoriais não Cirúrgicos em Ortopedia e Traumatologia;

e) Procedimentos Ambulatoriais não Cirúrgicos em Otorrinolaringologia;

f) Procedimentos Ambulatoriais não Cirúrgicos em Urologia.

21.5. SÃO CONSIDERADOS PROCEDIMENTOS TERAPÊUTICOS ESPECIAIS:

a) Cirurgias ambulatoriais em Dermatologia e Cirurgia Plástica;

b) Dessensibilização e Fisioterapia;

c) Procedimentos terapêuticos endoscópicos digestivos, respiratórios e urológicos;

d) Radioterapia do tipo braquiterapia, megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletroterapia;

e) Quimioterapia Ambulatorial;

- f) Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais em Oftalmologia;
- g) Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais em Urologia;
- h) Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais em Otorrinolaringologia;
- i) Artroscopia, Histeroscopia e Laparoscopia (diagnóstica e terapêutica);
- j) Diálise ou hemodiálise;
- k) Hemoterapia;
- l) Tratamento de doenças psiquiátricas em regime ambulatorial;
- m) Procedimentos para litotripsias;
- n) Procedimentos cirúrgicos ambulatoriais em cirurgia plástica e cirurgias em regime de hospital-dia.

21.6. SÃO CONSIDERADOS PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE:

a) Para fins deste contrato, são considerados procedimentos de alta complexidade, todos aqueles definidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento.

21.7. Compete ao MEDPLAN definir as normas administrativas para a solicitação de exames complementares de diagnóstico e tratamento, objetivando o adequado cumprimento do contrato, inclusive os prazos para liberação dos procedimentos eletivos solicitados, que não poderão ser responsabilizados pelo MEDPLAN em prazo superior a um dia útil.

Cláusula 22ª – DAS INTERNAÇÕES HOSPITALARES

A cobertura de custeio de internações para o tratamento das doenças relacionadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças (CID) e Problemas Relacionados com a Saúde, rege-se de acordo com as normas estabelecidas pelo CONSU - Conselho Nacional de Saúde Suplementar, **com acomodação em quarto individual, nos limites e condições das cláusulas deste contrato, no que diz respeito a coberturas, exclusões, carências e direcionamento, e no que segue:**

22.1 - Nas internações de caráter de urgência ou emergência, o beneficiário ou seu responsável fará comunicar à **CONTRATADA, 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;

22.2 - As internações eletivas ou programadas somente terão cobertura quando autorizadas previamente pela **CONTRATADA, devendo o beneficiário solicitar autorização nas agências da CONTRATADA**. A guia de autorização para internação será fornecida pela **CONTRATADA** no prazo máximo de 21 (vinte e um) dias úteis a partir do momento da solicitação ou de prazo inferior em caso de urgência;

22.3 - A exigência da declaração do médico assistente visa deixar claro para a **CONTRATADA** e o **CONTRATANTE** a existência da cobertura prevista neste contrato, **devendo especificar o diagnóstico, o tempo de evolução da doença, e o tratamento proposto;**

22.4 - Em todos os casos que envolvam hemoterapia deverão ser observadas as normas estabelecidas para reposição de sangue pelas autoridades públicas;

22.5 - As despesas extraordinárias (aquelas não previstas no contrato ou não sujeitas à cobertura, como refeições para acompanhantes não obrigatórios, telefonemas e outras definidas pelo

estabelecimento hospitalar) **deverão ser pagas diretamente ao hospital pelo beneficiário, sem direito a reembolso pela CONTRATADA;**

22.6 - Nas situações previstas na Cláusula que trata do Programa Especial de Atendimento, nos casos de urgência e/ou emergência em que ocorra internação em outro hospital que não faça parte do Programa de Atendimento Especial, a **CONTRATADA** deverá ser comunicada imediatamente e, após autorização por parte do beneficiário, do seu responsável ou do seu médico, será providenciada a remoção (transferência) do paciente para um dos hospitais de direcionamento, sendo o custo da remoção coberto pela **CONTRATADA**.

Cláusula 23ª – DEFINIÇÕES:

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.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE/ANS: autarquia sob regime especial vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem a saúde suplementar.

AGRAVO DA CONTRAPRESTAÇÃO: 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 carência contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.

ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA: área em que a operadora se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo beneficiário.

ATENDIMENTO ELETIVO: termo usado para designar os atendimentos médicos que podem ser programados, ou seja, que não são considerados de urgência e emergência.

ATENDIMENTO OBSTÉTRICO: todo atendimento prestado à gestante, em decorrência da gravidez, parto, aborto e suas conseqüências.

BENEFICIÁRIO: pessoa física, titular ou dependente, que possui direitos e deveres definidos em contrato assinado com a operadora de plano privado de saúde, para garantia da assistência médico-hospitalar e/ou odontológica.

CÁLCULO ATUARIAL: é o cálculo com base estatística proveniente da análise de informações sobre a frequência de utilização, perfil do associado, tipo de procedimento, efetuado com vistas a manutenção do equilíbrio técnico-financeiro do plano e definição de mensalidades a serem cobradas dos beneficiários pela contraprestação.

CARÊNCIA: período corrido e ininterrupto, contado a partir da data de início da vigência do contrato, durante o qual o contratante paga as contraprestações pecuniárias, mas ainda não tem acesso a determinadas coberturas previstas no contrato.

CID-10: é a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10ª revisão.

COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT): aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes - DLP declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal por ocasião da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.

CO-PARTICIPAÇÃO: é a participação na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário diretamente à operadora, após a realização de procedimento.

CONSULTA: é o ato realizado pelo médico que avalia as condições clínicas do beneficiário.

DEPENDENTE: Beneficiário de plano privado de assistência à saúde cujo vínculo com a operadora depende da existência do vínculo de um beneficiário titular. Pessoa física com vínculo familiar com o beneficiário titular do plano de saúde, de acordo com as condições de elegibilidade estabelecidas no contrato. No plano individual, titular e dependentes devem estar no mesmo plano. Nos planos coletivos, titulares e dependentes podem estar no mesmo plano ou em planos diferentes de acordo com o estabelecido pela pessoa jurídica contratante.

DOENÇA: é o processo mórbido definido, tendo um conjunto característico de sintomas e sinais, que leva o indivíduo a tratamento médico.

DOENÇA AGUDA: falta ou perturbação da saúde, de característica grave e de curta duração, sendo reversível com o tratamento.

DOENÇA OU LESÃO PREEXISTENTE: aquela 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.

DOENÇA PROFISSIONAL: é aquela adquirida em conseqüência do trabalho.

EMERGÊNCIA: é a situação que implica risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizada em declaração do médico assistente.

EXAME: é o procedimento complementar solicitado pelo médico, que possibilita uma investigação diagnóstica, para melhor avaliar as condições clínicas do beneficiário.

MÉDICO ASSISTENTE: é o profissional responsável pela indicação da conduta médica a ser aplicada ao beneficiário.

MENSALIDADE: contraprestação pecuniária paga pelo contratante à operadora.

ÓRTESE: acessório usado em atos cirúrgicos e que não substitui parcial ou totalmente nenhum órgão ou membro, podendo, ou não, ser retirado posteriormente.

PRÓTESE: peça artificial empregada em atos cirúrgicos, em substituição parcial ou total de um órgão ou membro, reproduzindo sua forma e/ou sua função.

PRIMEIROS SOCORROS: é o primeiro atendimento realizado nos casos de urgência ou emergência.

PROCEDIMENTO ELETIVO: é o termo usado para designar procedimentos médicos não considerados de urgência ou emergência e que podem ser programados.

TITULAR: é o beneficiário de plano privado de assistência à saúde cujo contrato o caracteriza como detentor principal do vínculo com uma operadora.

URGÊNCIA: é o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional.

Cláusula 24ª - ELEIÇÃO DE FORO

As partes elegem o foro do domicílio do CONTRATANTE para os casos de litígios ou pendências judiciais, renunciando a qualquer outro por mais privilegiado que seja.