

INSTRUMENTO PARTICULAR DE CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA

Plano **MATER PERFEITO ESPECIAL ADESÃO**

Reg. ANS: 474.810/15-7

Contratação: **Coletivo por Adesão**

Segmentação Assistencial: **Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia**

Abrangência Geográfica: **Grupo de municípios**

Área de Atuação: **Araucária, Campina Grande do Sul, Colombo, Curitiba, Fazenda Rio Grande, Pinhais e São José dos Pinhais.**

Padrão de Acomodação: **Individual**

Formação do Preço: **Pré-Estabelecido**

Plano opera exclusivamente como Livre Escolha: **Não**

QUALIFICAÇÃO DA CONTRATADA

CLINIPAM - CLÍNICA PARANAENSE DE ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA, operadora privada de plano de saúde na modalidade de medicina de grupo, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob nº. 76.882.612/0001-17, registrada na ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, através do registro nº. 34078-2, estabelecida na Rua XV de Novembro, nº. 575 - 4º andar - Centro, CEP 80020-310, Telefone (41) 3021-3001, em Curitiba, Estado do Paraná.

QUALIFICAÇÃO DA CONTRATANTE

(Descrito na Proposta de Adesão – Nº 7876/2016 ASSOCIAÇÃO DOS SERVIDORES DA PREFEITURA MUNICIPAL DE COLOMBO)

CLÁUSULA I - ATRIBUTOS DO CONTRATO

O presente contrato tem por objetivo a prestação continuada de serviços na forma de Plano Privado de Assistência à Saúde médico-hospitalar, conforme previsto no inciso I, art. 1º da Lei 9.656/98, abrangendo a cobertura descrita na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, CID 10, as especialidades definidas pelo Conselho Federal de Medicina, bem como no Rol de Procedimentos Médicos editados pela ANS, vigente à época do evento, aos Beneficiários regularmente inscritos, na forma e condições deste instrumento.

O presente contrato é de adesão, bilateral, gerando direitos e obrigações para as partes, conforme dispõe o Código Civil Brasileiro, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

CLÁUSULA II - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

Plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população que mantenha com a CONTRATANTE vínculo de caráter profissional, classista ou setorial.

Podem ser inscritos no plano como Beneficiários Titulares as pessoas que comprovem vínculo profissional, classista ou setorial com:

- a) Conselhos profissionais e entidades de classe nos quais seja necessário o registro para o exercício da profissão;
- b) Sindicatos, centrais sindicais e as respectivas federações e confederações;

- c) Associações profissionais legalmente constituídas;
- d) Cooperativas que congreguem membros de categorias ou classes de profissões regulamentadas;
- e) Caixas de assistência e fundações de direito privado que se enquadrem nas disposições do artigo 9º, da RN 195/2009, e suas alterações;
- f) Entidades previstas nas Leis 7395 de 31 de outubro de 1985 e 7398, de 04 de novembro de 1985.

Podem ser inscritos pelo Titular como Beneficiários Dependentes, a qualquer tempo, mediante a comprovação das qualidades abaixo indicadas e da dependência econômica em relação àquele:

- a) O cônjuge;
- b) O companheiro, havendo união estável na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge salvo por decisão judicial;
- c) Os filhos e enteados, ambos com até 18 anos incompletos ou, se estudantes universitários, até 24 anos incompletos;
- d) Os tutelados e os menores sob guarda.

A adesão do grupo familiar dependerá da participação do Titular no plano privado de assistência à saúde.

O recém-nascido, filho natural ou adotivo de beneficiário, terá assegurada inscrição como Dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência e sendo vedada qualquer alegação de doença ou lesão pré-existente, ou aplicação de cobertura parcial temporária ou agravo, desde que inscrito no prazo máximo de trinta dias do nascimento ou da adoção.

Em caso de inscrição de filho adotivo menor de 12 (doze) anos, serão aproveitados os períodos de carência já cumpridos pelo Beneficiário Titular ou Dependente adotante.

Caberá à operadora de plano de assistência à saúde exigir e comprovar a legitimidade da pessoa jurídica contratante e a condição de elegibilidade do beneficiário conforme disposto na RN 195/2009 e suas alterações.

CLÁUSULA III - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

Respeitados os prazos de carência, as exclusões e as coberturas estabelecidas nestas Condições Gerais, 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).

A participação de profissional médico anesthesiologista nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento terá cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínica.

Está garantida, ainda, a cobertura para os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho, respeitada a segmentação contratada.

Entende-se como cobertura relacionada com a saúde ocupacional, o diagnóstico, tratamento, recuperação e reabilitação de doenças relacionadas ao processo de trabalho, listadas na Portaria nº 1339/GM do Ministério da Saúde.

Exclui-se da cobertura deste contrato a realização dos exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais.

A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais priorizará o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando-se a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e de acordo com indicação do médico assistente.

Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10ª Revisão - CID - 10, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas, estão obrigatoriamente cobertos.

O atendimento, dentro da segmentação e da área de abrangência estabelecida no contrato, está assegurado independentemente do local de origem do evento.

COBERTURAS AMBULATORIAIS EM UNIDADES DA REDE REFERENCIADA PELA CONTRATADA

Ao BENEFICIÁRIO serão asseguradas as coberturas com despesas decorrentes de cirurgias ambulatoriais que não necessitem de internação hospitalar, consultas médicas, exames clínicos e laboratoriais, bem como terapias, conforme relacionado a seguir:

a) Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, aptas a atender as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM;

b) Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente ou cirurgião dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar;

c) Procedimentos de reeducação e reabilitação física em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente;

d) Consultas e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo, de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, conforme indicação do médico assistente;

e) 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 poderão ser realizados tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitados;

f) atendimentos nos casos de planejamento familiar, incluindo:

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

g) Os seguintes procedimentos, considerados especiais:

- Hemodiálise e diálise peritoneal;
- Quimioterapia oncológica ambulatorial;
- Radioterapia ambulatorial;
- procedimentos de hemodinâmica ambulatorial;
- Hemoterapia ambulatorial;
- Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais;

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

i) Cobertura de medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, respeitando preferencialmente as seguintes características:

1) medicamento genérico: medicamento similar a um produto de referência ou inovador, que se pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após expiração ou renúncia da proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovada a sua eficácia, segurança e qualidade, e designado pela Denominação Comum Brasileira - DCB ou, na sua ausência, pela Denominação Comum Internacional - DCI, conforme definido pela Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999; e

2) medicamento fracionado: medicamento fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição do órgão competente - ANVISA.

COBERTURAS HOSPITALARES EM UNIDADES DA REDE REFERENCIADA PELA CONTRATADA

Ao BENEFICIÁRIO serão asseguradas as coberturas de despesas médico-hospitalares, sem limite de prazo, valor máximo e quantidade de internação, em unidades referenciadas aptas a atender as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM, englobando os seguintes itens:

a) Internações hospitalares clínicas e/ou cirúrgicas, bem como o acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional, na indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou contratados pelo plano e internações em Centro de Terapia Intensiva ou similar;

b) Despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem, exceto quando em caráter particular, e alimentação;

c) Toda e qualquer taxas, incluindo materiais utilizados, assim como a remoção do paciente, quando comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, em território brasileiro, dentro dos limites da abrangência geográfica prevista no contrato;

- d) Remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro;
- e) 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;
- f) Exames complementares indispensáveis ao controle da evolução da doença e à elucidação diagnóstica realizados durante o período de internação hospitalar;
- g) Fornecimento de medicamentos nacionais e nacionalizados, anestésicos, gases medicinais e transfusões, conforme prescrição do médico assistente ministrados durante o período de internação hospitalar;
- h) Atendimentos nos casos de planejamento familiar incluindo o seguinte procedimento: sulfato de DEHIDROEPIANDROSTERON A (SDHEA);
- i) Os seguintes procedimentos, considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:
- Hemodiálise e diálise peritoneal;
 - Quimioterapia oncológica ambulatorial;
 - Procedimentos radioterápicos ambulatorial e hospitalar;
 - Hemoterapia;
 - Nutrição enteral ou parenteral;
 - Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
 - Embolizações e radiologia intervencionista;
 - Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
 - Procedimentos de reeducação e reabilitação física;
- j) Cirurgia plástica reparadora quando efetuada para restauração de órgãos e funções conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- k) Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer;
- l) Procedimentos buco-maxilo-faciais que necessitem de internação hospitalar, realizada por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, 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;
- m) 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;

n) Transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, bem como as despesas com os procedimentos necessários à realização do transplante, incluindo, quando couber: despesas assistenciais com doadores vivos, medicamentos utilizados durante a internação, acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção, despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde - SUS. Na hipótese de realização dos referidos transplantes, o associado deverá, obrigatoriamente, estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs, sujeitando-se aos critérios de fila única de espera e de seleção;

COBERTURA PARA SAÚDE MENTAL EM UNIDADES DA REDE CREDENCIADA PELA CONTRATADA

Ao BENEFICIÁRIO serão asseguradas as coberturas das despesas relativas à saúde mental correspondentes ao tratamento de todos os transtornos psiquiátricos codificados na CID-10.

A cobertura hospitalar para saúde mental garantirá por ano de contrato:

- a) Custeio integral de pelo menos 30 (trinta) dias de internação;
- b) Nas internações psiquiátricas haverá coparticipação do beneficiário em 50% (cinquenta por cento) de todos os custos envolvidos na diária de internação, a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação do paciente, por ano de contrato. Esse percentual de coparticipação equivalerá ao máximo admitido por norma editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que estiver vigente à época da contratação do plano.
- c) A cobertura do tratamento em regime de hospital-dia deverá se dar de acordo com as diretrizes estabelecidas nos normativos vigentes.

COBERTURAS OBSTÉTRICAS

- a) Procedimentos relativos ao pré-natal e à assistência ao parto e puerpério;
- b) Cobertura das despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, relativas ao acompanhante indicado pela mulher durante pré-parto, parto e pós-parto imediato por 48 horas, salvo contra-indicação do médico ou até 10 dias, quando indicado pelo médico assistente;
- c) Cobertura assistencial ao recém-nascido (a), filho (a) natural ou adotivo (a) do BENEFICIÁRIO, durante os 30 (trinta) primeiros dias após o parto sendo vedada qualquer alegação de DLP ou aplicação de CPT ou Agravo.

CLÁUSULA IV - EXCLUSÕES DE COBERTURA

Em conformidade com o que prevê o artigo 10 da Lei n.º 9.656/1998 e as coberturas obrigatórias previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, respeitando-se a segmentação ambulatorial, hospitalar e obstétrica contratada, estão previstas as seguintes exclusões de cobertura do plano ora pactuado:

1.1. Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, isto é, aquele que:

- a) emprega medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país;**
- b) considerado experimental pelo Conselho Federal de Medicina - CFM ou pelo Conselho Federal de Odontologia- CFO; ou**
- c) não possui as indicações descritas na bula/manual registrado na ANVISA (uso off-label).**

1.2. Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, ou seja, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA.

1.3. Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, com exceção dos medicamentos antineoplásicos orais que estejam em conformidade com as Diretrizes de Utilização do Rol de Procedimentos da ANS vigente à época do evento. Medicamentos para tratamento domiciliar são aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde.

1.4. Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico: prótese é qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido, e órtese é qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico os materiais cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico.

1.5. Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim: todo aquele que não visa restaurar função parcial ou total de órgão ou parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita.

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

1.7. Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética,

1.8. Tratamentos em clínica de repouso, spas, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar.

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

1.10. Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.

1.11. Aplicação de vacinas.

1.12. Toda forma de tratamento domiciliar que esteja fora das determinações da ANS, como por exemplo o *Home Care*, aluguel de equipamentos e similares, materiais e medicamentos, serviços de enfermagem e remoção, consultas médicas e terapias, como fisioterapia, terapia ocupacional, psicologia, fonoaudiologia, nutricionista, entre outros, ainda que as condições de saúde do beneficiário exijam cuidados especiais ou extraordinários.

1.13. Procedimentos realizados fora da área geográfica de abrangência e da área de atuação estabelecidas neste contrato.

1.14. Despesas com hospitais, clínicas, laboratórios, médicos, profissionais da área de saúde, exames, terapia, entre outros, que não sejam credenciados ou próprios da CLINIPAM, não cabendo qualquer forma de reembolso para tais despesas, exceto

com relação aos casos de urgência e emergência quando não for possível a utilização dos serviços próprios ou credenciados dentro da área geográfica de abrangência e área de atuação do contrato.

1.15. Tratamentos ou procedimentos odontológicos de qualquer natureza, inclusive os decorrentes de acidentes pessoais, exceto os procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, e que necessitem de regime de internação hospitalar.

1.16. Tratamentos, exames, terapias e consultas médicas realizadas ou prescritas por profissionais de especialidades ou áreas de atuação médica não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, ou outras especialidades não reconhecidas pelos seus respectivos Conselhos de Classe (exemplo: medicina ortomolecular)

1.17. 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.

1.18. Transplantes, com exceção de córnea, rim, bem como dos transplantes autólogos e alogênicos de medula óssea que estejam em conformidade com as Diretrizes de Utilização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento.

1.19. Internações clínicas ou cirúrgicas, exames e terapias não prescritos ou não solicitados por médico assistente;

1.20. Quaisquer despesas extraordinárias não relacionadas com o atendimento médico-hospitalar do beneficiário durante o período de internação hospitalar, tais como serviços telefônicos, itens do frigobar, jornais, TV, estacionamento, etc.

1.21. Despesas com a internação após a alta hospitalar concedida pelo médico assistente.

1.22. Remoções realizadas por via área ou marítima; ou terrestre, respeitando-se nesse caso as regras previstas na cláusula “Atendimento de Urgência e Emergência”.

1.23. Todo e qualquer procedimento médico, terapêutico e hospitalar que não esteja previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, incluindo, mas não se limitando aos seguintes procedimentos que não possuem cobertura contratual:

- a) Nucleoplastia com Radiofrequência;
- b) Monitorização Neurofisiológica Intra-Operatória;
- c) Cifoplastia;
- d) Tratamento Radioterápico com Técnica de Modulação de Intensidade de Feixe de Radiação, exceto para cabeça e pescoço;
- e) Radioterapia Conformada Tridimensional, exceto para cabeça e pescoço, sistema nervoso central (SNC), mama, pulmão e pelve;
- f) Fisioterapias Especiais como Método Bobath, Pediasuit, Theratogs, Equoterapia, Hidroterapia e Musicoterapia, entre outras experimentais.
- g) Terapia Fotodinâmica;
- h) Implante Transcateter de Prótese Valvar Aórtica ou Troca Valvar por Via Percutânea;
- i) Mastoplastia ou Mamoplastia para correção da hipertrofia mamária;
- j) Todo exame de Pet Scan que não atenda as Diretrizes de Utilização editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

A presente cláusula de exclusão deverá ser interpretada em consonância com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento (data da solicitação do procedimento) e suas Diretrizes de Utilização.

CLÁUSULA V - DURAÇÃO DO CONTRATO

O presente Contrato vigorará pelo prazo de 12 (doze) meses, contados da data da assinatura do contrato, desde que até este momento não seja feito nenhum pagamento à operadora. A vigência do contrato inicia conforme disposto na Proposta de Adesão.

O contrato será renovado automaticamente, por prazo indeterminado, ao término da vigência inicial, sem cobrança de qualquer taxa ou outro valor no ato da renovação, salvo manifestação formal em contrário por qualquer uma das partes, mediante aviso prévio de 30 (trinta) dias anteriores ao seu vencimento.

CLÁUSULA VI - PERÍODOS DE CARÊNCIA

As coberturas previstas pelo plano contratado somente passam a vigorar depois de cumpridos os prazos de carência a seguir descritos, contados a partir da assinatura da Proposta de Adesão por parte do beneficiário:

- a) 24 (vinte quatro) horas para os casos de emergência e urgência conforme definidos na Cláusula de URGÊNCIA E EMERGÊNCIA;
- b) 30 (trinta) dias - consultas e inaloterapia, patologia clínica, raio X simples, eletrocardiograma, anatomia patológica e eletroencefalograma;
- c) 120 (cento e vinte) dias - ultra-sonografia, audiometria, impedanciometria e eletroneuromiografia;
- d) 180 (cento e oitenta) dias – radiologia contrastado, endoscopia digestiva, fisioterapia, testes oftalmológicos, testes otorrinolaringológicos, tomografia computadorizada, ressonância magnética, quimioterapia, hemodiálise, demais exames e procedimentos ambulatoriais;
- e) 180 (cento e oitenta) dias – internamentos clínicos, cirúrgicos, psiquiátricos e todos os demais procedimentos de natureza hospitalar.
- f) 300 (trezentos) dias – procedimentos obstétricos (parto a termo).

Não será exigido o cumprimento de carências se:

- 1. A inscrição do beneficiário no plano ocorrer em até trinta dias da celebração do contrato.
- 2. O beneficiário se vincular à contratante após o transcurso do prazo acima e formalizar sua proposta de adesão até trinta dias após a data de aniversário do contrato coletivo.

Havendo carência a contagem da mesma para cada beneficiário se dará a partir de seu ingresso.

CLÁUSULA VII - DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES

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 e suas alterações.

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 a 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.

Não haverá Cobertura Parcial Temporária ou Agravo, nos casos de Doença e Lesão Preexistente, quando o número de participantes for igual ou maior que trinta, para os

beneficiários que formalizarem o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante.

CLÁUSULA VIII - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

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; e
- 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.

A CONTRATADA garantirá os atendimentos decorrentes de acidentes pessoais, sem restrições, depois de decorridas 24 horas de vigência do contrato.

A cobertura será prestada por 12 (doze) horas ou, caso surja a 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; e
- 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.

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.

DA REMOÇÃO

A CONTRATADA garantirá a remoção do paciente somente quando decorrente de atendimento de urgência ou emergência médico-hospitalar e nas seguintes hipóteses:

I – Quando o beneficiário se encontrar em um estabelecimento credenciado da CONTRATADA e o médico assistente detectar a falta de recursos desse estabelecimento para garantir a continuidade da atenção ao paciente, o mesmo será transferido para outra unidade de atendimento da rede da CONTRATADA que ofereça os recursos necessários.

II – Quando houver o limite de 12 (doze) horas de atendimento, previstos para os casos de carência ou para os planos com cobertura exclusivamente ambulatorial, e após terem sido realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência durante o período acima ou quando antes disso houver a necessidade de internação, o beneficiário que se encontrar em uma unidade credenciada da CONTRATADA será removido para uma unidade do SUS – Sistema Único de Saúde.

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 não pertencente ao SUS, ficará a CONTRATADA desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

DO REEMBOLSO

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.

O beneficiário terá o prazo de 1 (um) ano para solicitar o reembolso, devendo para tanto apresentar à CONTRATADA os seguintes documentos:

- I) Cartão de Identificação do beneficiário;
- II) Nota Fiscal ou Recibo Original, sendo necessário neste último o número do CRM do profissional, CPF e telefone de contato;
- III) Demais documentos que se façam necessários.

O reembolso será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento da documentação completa pela CONTRATADA, e seu valor não poderá ser inferior ao praticado por esta junto à rede assistencial do presente plano.

CLÁUSULA IX - MECANISMOS DE REGULAÇÃO

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO

Nenhum atendimento ao serviço previsto neste contrato será realizado sem a apresentação do Cartão de Identificação do beneficiário fornecido e expedido 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.

AUTORIZAÇÕES PRÉVIAS

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

O pedido médico deverá ser apresentado à Central de Atendimento da CONTRATADA que emitirá resposta pelo profissional avaliador no prazo de 01 (um dia útil), a contar da data da solicitação à CONTRATADA, ou em prazo inferior, quando caracterizada a urgência.

Os serviços, diagnósticos, tratamentos e demais procedimentos poderão ser solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista, pertencentes ou não à rede própria ou contratualizada da CONTRATADA. No entanto, em todos os casos a realização dos serviços, diagnósticos, tratamentos e procedimentos deverá obrigatoriamente ser realizada na rede da CONTRATADA.

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.

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 desempataador deverá ser paga pela operadora.

COPARTICIPAÇÃO

Coparticipação é a participação na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário diretamente à operadora, cujos valores ou percentuais estarão de acordo com o normativo editado pela ANS vigente.

Para os serviços relacionados abaixo, o beneficiário Titular coparticipará do custeio, para si ou seus dependentes, pagando o valor da coparticipação em cada procedimento utilizado, juntamente com a mensalidade, conforme especificado a seguir:

Segmento Ambulatorial:

- Consultas eletivas (inclusive os retornos) – R\$ 13,65 (treze reais e sessenta e cinco centavos) por consulta realizada;
- Consultas de urgência e emergência (inclusive os retornos) - R\$ 24,05 (vinte e quatro reais e cinco centavos) por consulta realizada.

As coparticipações serão cobradas juntamente com a mensalidade subsequente à realização dos procedimentos acima descritos.

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 do portal eletrônico da CONTRATADA.

A inclusão como contratada, referenciada ou credenciada, de qualquer entidade hospitalar, implica compromisso para com os consumidores quanto a sua manutenção ao longo da vigência do contrato, conforme regras abaixo:

- A substituição da entidade hospitalar, que se dará por outra equivalente e mediante comunicação aos consumidores e à ANS com trinta dias de antecedência, fazendo constar essa informação inclusive no portal eletrônico da CONTRATADA. Ficam ressalvados desse prazo mínimo de 30 dias 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.

É vedada a suspensão ou rescisão unilateral do contrato, em qualquer hipótese, durante a ocorrência da internação do titular.

A CONTRATADA reserva-se o direito, quando necessário, de modificar ou cancelar o credenciamento de médicos ou entidades prestadoras de serviços, constantes na relação da rede credenciada, preservando, entretanto, o mesmo nível de atendimento e disponibilizando os dados do novo credenciado/prestador no portal eletrônico da CONTRATADA.

As substituições dos prestadores não hospitalares podem ser obtidas através do endereço eletrônico www.clinipam.com.br e telefone (41) 3021-3001.

CLÁUSULA X - FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

O valor a ser pago pela cobertura assistencial contratada é preestabelecido e a responsabilidade pelo pagamento das contraprestações pecuniárias dos beneficiários a Operadora será da pessoa jurídica CONTRATANTE.

Este contrato poderá ser comercializado em preço por faixa acumulada ou preço único e em atenção ao disposto no § 1º do artigo 15 da RN nº 279, de 2011, fica estabelecido como método de cálculo o critério de média ponderada, conforme o número de beneficiários integrantes do contrato.

A CONTRATANTE obriga-se a pagar à CONTRATADA os valores relacionados na Proposta de Adesão, quais sejam:

- a) Taxa de Adesão;
- b) Mensalidade dos beneficiários inscritos no contrato.

Também deverá ser pago à CONTRATADA o valor de agravo por doença e lesões preexistentes, quando existir, por opção do CONTRATANTE.

As mensalidades, acrescidas de eventuais coparticipações, deverão ser pagas até o vencimento estipulado na Proposta de Adesão.

Caso algum beneficiário seja incluído em data posterior à vigência mensal do contrato, será cobrada mensalidade proporcional ao tempo em que foi incluído.

Caso o beneficiário seja excluído em data posterior à vigência mensal do contrato, será cobrada a mensalidade integral relativa ao mês de exclusão.

Quando a data de vencimento coincidir com 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), podendo, outrossim, a CONTRATADA incluir o nome do CONTRATANTE no banco de dados dos órgãos de restrição ao crédito, relativamente aos meses em que não houver pagamento da contraprestação.

O beneficiário pagará as contraprestações diretamente a CONTRATANTE e caso haja atraso no pagamento, por período superior a 30 dias, a mesma poderá solicitar à CONTRATADA a exclusão do beneficiário inadimplente do plano de saúde, desde que ele seja devidamente notificado com 10 dias de antecedência.

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 XI - REAJUSTE

1. O reajuste anual será aplicado na data de aniversário do contrato e comunicado à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), conforme determinado pela legislação em vigor.

1.1 Nenhum contrato poderá receber reajuste em periodicidade inferior a 12 meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de migração e adaptação do contrato à Lei 9656/98.

1.2 Independentemente da data de inclusão individual dos beneficiários, 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.

1.3 O reajuste anual será aplicado indistintamente a todos os beneficiários integrantes do contrato independente da sua faixa etária.

1.4 O reajuste por faixa etária, que não se confunde com o reajuste anual, está previsto na Cláusula – Faixas Etárias.

1.5 Este contrato obedece às regras dispostas a seguir para o cálculo do percentual de reajuste anual, que será aplicado de acordo com a sua classificação em contrato agregado ou contrato não agregado ao agrupamento.

1.6 Os contratos com até 29 vidas serão agregados ao agrupamento para determinação do índice calculado conforme o item 2. Os contratos com 30 ou mais vidas, classificados como não agregados ao agrupamento, terão o índice de reajuste calculado conforme o item 3.

1.6.1 A quantidade de beneficiários ativos para determinar se o contrato será agregado, ou não, ao agrupamento de até 29 vidas, será mensurada no mês de aniversário, considerando-se todos os planos de saúde vinculados a CONTRATANTE.

1.7 O contrato será desagregado do agrupamento caso na data de seu aniversário o número de beneficiários seja superior a 29 (vinte e nove) beneficiários e ser-lhe-á aplicado, no seu aniversário subsequente, o reajuste conforme os critérios estabelecidos no item 3.

1.8 Ficará disponível, no site da Clinipam, a relação dos contratos que receberão o reajuste por agrupamento (identificados conforme código informado no sistema de Reajuste de Planos Coletivos – RPC à ANS), seus respectivos planos, número de registro e o percentual que será aplicado.

DOS CONTRATOS AGREGADOS AO AGRUPAMENTO

2 O critério para o reajuste anual da contraprestação pecuniária do contrato agregado ao agrupamento observará o disposto nesse item.

2.1 Os valores das mensalidades definidas na Proposta de Adesão, da tabela de preços para as novas adesões e das coparticipações serão reajustados anualmente pelo índice máximo autorizado pela ANS para os planos médico-hospitalares na segmentação individual/familiar ou através do Índice Nacional de Preço ao Consumidor – INPC, *devendo ser aplicado aquele que apresentar maior variação positiva no período*. O Índice Nacional de Preço ao Consumidor – INPC será apurado no período de 12 meses consecutivos, com

uma antecedência de 2 meses em relação a data-base de aniversário, considerada esta o mês de assinatura do Contrato.

2.1.1 Na hipótese de descontinuidade do índice estabelecido no item 2.1, será aplicado o índice oficial que venha a substituí-lo.

2.2 Caso seja verificado o desequilíbrio econômico-atuarial da carteira de planos coletivos com até 29 beneficiários, este será reavaliado, nos termos descritos a seguir.

2.2.1 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.

2.2.2 Neste caso, para o cálculo do percentual de reajuste será aplicada a seguinte fórmula:

$R = (S / S_m) - 1$, onde:

S - Sinistralidade apurada no período, abrangendo a integralidade da carteira de beneficiários vinculados a todos os contratos agrupados.

S_m - Meta de Sinistralidade expressa em contrato

2.2.3 Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, previsto no item 2.2, este deverá ser procedido de forma complementar ao especificado no item 2.1 e na mesma data, de forma a garantir a anualidade dos reajustes.

DO SUB-AGRUPAMENTO

3. Poderá a CONTRATADA utilizar para o reajuste o critério de sub-agrupamento, conforme seu tipo de cobertura, calculando-se um percentual de reajuste para cada um dos sub agrupamentos.

3.1 O agrupamento de contratos coletivos poderá ser desmembrado em até 3 (três) sub-agrupamentos, de acordo com o tipo de segmentação contratada no presente instrumento, da seguinte forma:

a) sem internação: engloba os planos de segmentação assistencial "ambulatorial" e "ambulatorial + odontológico";

b) internação sem obstetrícia: engloba os planos que possuam segmentação assistencial "hospitalar sem obstetrícia", "hospitalar sem obstetrícia + odontológico", "ambulatorial + hospitalar sem obstetrícia" e "ambulatorial + hospitalar sem obstetrícia + odontológico"; e

c) internação com obstetrícia: engloba os planos que possuam segmentação assistencial "hospitalar com obstetrícia", "hospitalar com obstetrícia + odontológico", "ambulatorial + hospitalar com obstetrícia", "ambulatorial + hospitalar com obstetrícia + odontológico", e "referência".

3.2 De acordo com o número de sub-agrupamento, poderá ocorrer a aplicação de até 3 (três) percentuais de reajuste diferentes dentro do mesmo contrato coletivo, sendo:

3.2.1 No sub-agrupamento os valores das mensalidades definidas na Proposta de Adesão, da tabela de preços para as novas adesões e das coparticipações poderá utilizar o critério estabelecido na cláusula 2.1 “Dos contratos Agregados ao Agrupamentos”.

3.2.2 Caso seja verificado o desequilíbrio econômico-atuarial, em um ou mais tipos de cobertura, do sub-agrupamento, poderá ser calculado um percentual de reajuste para cada um dos sub agrupamentos, conforme fórmula descrita na cláusula 2.2.2 e 2.2.3 “Dos Contratos Agregados ao Agrupamento”.

DOS CONTRATOS NÃO AGREGADOS AO AGRUPAMENTO

4. O critério para o reajuste anual da contraprestação pecuniária do contrato não agregado ao agrupamento observará o disposto nesse item.

4.1 Os valores das mensalidades definidas na proposta de adesão, da tabela de preços e das coparticipações para as novas adesões serão reajustados anualmente pelo índice máximo autorizado pela ANS para os planos médico-hospitalares na segmentação individual/familiar ou através do Índice Nacional de Preço ao Consumidor – INPC, *devendo ser aplicado àquele que apresentar maior variação positiva no período*. O Índice Nacional de Preço ao Consumidor – INPC será apurado no período de 12 meses consecutivos, com uma antecedência de 2 meses em relação a data-base de aniversário, considerada esta o mês de assinatura do contrato.

4.1.1 Na hipótese de descontinuidade do índice estabelecido no item 4.1, será aplicado o índice oficial que venha a substituí-lo.

4.1.2 No reajuste da contraprestação pecuniária, será também considerada a variação da população e a redução do número de vidas inicialmente contratada, que possam implicar alteração do perfil técnico atuarial da carteira de beneficiários, visando com isso ao equilíbrio econômico-financeiro do contrato, sem prejuízo da periodicidade anual.

4.2 Caso seja verificado o desequilíbrio econômico-atuarial do contrato, este será reavaliado nos termos descritos a seguir.

4.2.1 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.

4.2.2 Neste caso, para o cálculo do percentual de reajuste será aplicada a seguinte fórmula:

$R = (S / Sm) - 1$, onde:

S - Sinistralidade apurada no período

Sm - Meta de Sinistralidade expressa em contrato

4.2.3 Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, previsto no item 4.2, este deverá ser procedido de forma complementar ao especificado no item 4.1 e na mesma data, de forma a garantir a anualidade dos reajustes.

CLÁUSULA XII - FAIXAS ETÁRIAS

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 e suas alterações:

- I. O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária;
- II. A variação acumulada entre a sétima e a décima faixa não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

PERCENTUAIS DE AUMENTO POR FAIXA ETÁRIA PÓS RESOLUÇÃO NORMATIVA 63/2003

0-18	19-23	24-28	29-33	34-38	39-43	44-48	49-53	54-58	59 ou mais
0%	5,00%	5,00%	7,00%	7,00%	12,00%	35,00%	20,00%	25,00%	27,00%

Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária não se confundem com o reajuste financeiro anual.

Os beneficiários com mais de 59 (cinquenta e nove) anos de idade estarão isentos do aumento decorrente de modificação por faixa etária, permanecendo apenas a aplicação do reajuste financeiro anual na forma prevista neste contrato.

CLÁUSULA XIII - BONUS – DESCONTO

a) Conforme negociação entre as partes poderá ser aplicada tabela de desconto, vigente à época, prevista no contrato ou na Proposta de Adesão, que é parte integrante do presente instrumento.

b) Se o número de vidas, no mês do aniversário do contrato, estiver menor do que o número de vidas na data da assinatura do contrato, conforme proposta de adesão, o desconto sobre a mensalidade, aplicado conforme item “a” desta cláusula, será recalculado, de acordo com o número efetivo de vidas a permanecerem no contrato.

c) As mensalidades de que tratam a presente cláusula sofrerão regularmente os reajustes previstos nesse contrato.

CLÁUSULA XIV - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

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

1. Perda da qualidade de beneficiário titular:

- a) pela rescisão do presente contrato;
- b) pela perda do vínculo com a pessoa jurídica contratante;

c) fraude praticada pelo beneficiário titular, apurada de acordo com a legislação vigente.

2. Perda da qualidade de beneficiário dependente:

a) pela perda da condição de dependência prevista na Cláusula II – Condições de Admissão deste contrato;

b) a pedido do beneficiário titular;

c) fraude praticada pelo beneficiário dependente, apurada de acordo com a legislação vigente.

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

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) perda do vínculo do titular com a pessoa jurídica contratante ou de dependência, previstos neste contrato;

c) impossibilidade de comunicação com o Responsável pelo contrato na CONTRATANTE;

d) mudança de endereço da CONTRATANTE sem aviso prévio a CONTRATADA.

CLÁUSULA XV - RESCISÃO

O atraso no pagamento da mensalidade pela CONTRATANTE por um período superior a 15 (quinze) dias implicará na suspensão automática do direito do(s) BENEFICIÁRIO(S) TITULAR(ES) e de seus DEPENDENTES a qualquer cobertura.

Sem prejuízo das penalidades legais, o contrato poderá ser rescindido, a qualquer tempo, mediante prévia notificação, nas seguintes situações:

a) quando for identificado pela CONTRATADA infrações ou fraudes de qualquer natureza com o objetivo de obter vantagens ilícitas, inclusive quando for verificada na Declaração de Saúde informações não verdadeiras e/ou omissas;

b) inadimplência por período superior a 45 (quarenta e cinco) dias, consecutivos ou não, verificados nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato;

c) quando a CONTRATANTE não respeitar o número mínimo de beneficiários previsto na Proposta de Adesão, que se faz necessário para a manutenção do contrato, e não houver o complemento do pagamento referente ao número mínimo pactuado;

d) quando a sinistralidade referente ao presente contrato inviabilizar a sua manutenção em razão da não aceitação de proposta necessária para o seu reequilíbrio;

e) quando for comprovada a distribuição da ação ou decretação de falência, de liquidação judicial/extrajudicial ou de recuperação judicial/extrajudicial em face da CONTRATANTE;

f) se qualquer das partes inadimplirem as cláusulas do presente instrumento.

Antes de completado o período inicial de 12 (doze) meses a rescisão do contrato poderá ser solicitada:

a) por qualquer das partes, quando motivada por uma das hipóteses previstas acima, sem qualquer ônus;

b) pela CONTRATANTE, mediante comunicação escrita com antecedência mínima de 60 dias, sujeitando-a ao pagamento de multa no valor de 50% das mensalidades restantes para se completar este período.

Após o período de 12 (doze) meses, contados da data de início de sua vigência, o presente contrato poderá ser denunciado imotivadamente, a qualquer tempo, por qualquer das partes, mediante aviso prévio por escrito, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

É de responsabilidade da CONTRATANTE, no caso de rescisão deste contrato, recolher e devolver as respectivas carteiras de identificação, de propriedade da CONTRATADA.

CLÁUSULA XVI - DISPOSIÇÕES GERAIS

Integram este contrato, para todos os fins de direito: Proposta de Adesão, Ficha Cadastral, Recibo de Pagamento da Taxa de Adesão, Manual de Rede Credenciada, Carta de Orientação ao Beneficiário, Declaração de Saúde, Manual de Orientação para Contratação de Plano de Saúde, Guia de Leitura Contratual.

Serão automaticamente incorporadas ao presente contrato, independentemente de notificação, todas as normativas futuras que venham a ser formuladas pela ANS, as quais prevalecerão sobre as cláusulas contrárias constantes no contrato.

O CONTRATANTE reconhece expressamente que seu vínculo contratual é apenas com a CONTRATADA.

O CONTRATANTE, por si e por seus beneficiários dependentes, autoriza a CONTRATADA a prestar todas as informações cadastrais solicitadas pelos órgãos de fiscalização da assistência à saúde, respeitados os normativos referentes ao sigilo médico.

Qualquer tolerância por parte da CONTRATADA não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

O pagamento antecipado da mensalidade não implicará redução ou eliminação de carências.

O CONTRATANTE se obriga a apresentar à CONTRATADA os documentos correspondentes aos beneficiários inscritos em até 5 (cinco) dias, contados da assinatura do contrato, sendo que a não entrega dos referidos documentos implicará no cancelamento deste instrumento contratual, sem devolução dos valores pagos até o presente momento.

A CONTRATADA não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelos beneficiários com médicos, hospitais ou entidades contratadas ou não, sendo estas despesas por conta exclusiva do beneficiário.

A CONTRATADA fornecerá aos beneficiários o Cartão de Identificação, constando o plano em que está inscrito, bem como as carências e demais informações necessárias, cuja apresentação será exigida, juntamente com documento de identidade, sempre que os serviços forem utilizados.

Considera-se uso indevido do Cartão de Identificação a utilização desses documentos para obter atendimento, mesmo que na forma contratada, pelos beneficiários excluídos ou por terceiros que não sejam beneficiários.

Os documentos para as inclusões, alterações e exclusões, referentes à movimentação cadastral mensal, deverão ser enviados a CONTRATANTE com antecedência de pelo menos 5 (cinco) dias da vigência mensal do contrato.

O CONTRATANTE se obriga a comunicar a CONTRATADA em caso de mudança, o seu novo endereço com 30 (trinta) dias de antecedência. Caso não o faça, assumirá inteira responsabilidade por eventuais danos ou transtornos que ocorram por comunicados e cobranças que deixar de receber.

Ocorrendo a perda ou extravio do Cartão de Identificação, o CONTRATANTE deverá participar, por escrito, o fato à CONTRATADA, para o cancelamento do Cartão, que só terá validade quando reconhecido por escrito pela CONTRATADA ou, quando for o caso, para a emissão de segunda via, mediante pagamento do custo de nova carteira de identificação no valor de R\$ 10,00 (Dez Reais). O valor do cartão será reajustado no mesmo percentual adotado para reajustes das mensalidades no aniversário do contrato.

Não havendo comunicação da perda ou extravio, o CONTRATANTE se responsabilizará pelo seu uso indevido, ficando a CONTRATADA autorizada a cobrar, juntamente com a próxima mensalidade, o valor correspondente aos serviços prestados, indevidamente utilizados.

O beneficiário, na impossibilidade de comparecer às consultas previamente marcadas, deverá comunicar à CONTRATADA com antecedência mínima de 24 horas. Caso não o faça o CONTRATANTE estará sujeito a cobrança de uma taxa de R\$ 20,00 (Vinte Reais) por consulta que o beneficiário tenha faltado, a ser cobrada juntamente com a mensalidade. Esta taxa será reajustada no mesmo percentual adotado para reajustes das mensalidades no aniversário do contrato.

É obrigação do (a) CONTRATANTE, na hipótese de rescisão, resolução ou resilição deste contrato, ou ainda, da exclusão de algum beneficiário, devolver todos os Cartões de Cliente e quaisquer outros documentos fornecidos pela CONTRATADA, respondendo pelos prejuízos resultantes do uso indevido desses documentos, não cabendo à CONTRATADA qualquer responsabilidade em relação ao uso indevido dos mesmos.

Considera-se uso indevido a utilização desses documentos para obter atendimento, mesmo que na forma contratada, pelos beneficiários que sabiam da perda desta condição por exclusão ou término do contrato, ou, por terceiros, que não sejam beneficiários, se comprovada a má-fé do beneficiário que emprestou seu cartão a outrem.

Nestas condições, o uso indevido do cartão de identificação de qualquer beneficiário, ensejará pedido de indenização por perdas e danos, bem como a exclusão do beneficiário do plano.

As reclamações ou sugestões sobre qualquer um dos serviços prestados devem ser encaminhadas por escrito à CONTRATADA ou através do serviço de OUVIDORIA.

São adotadas as seguintes 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.

AGRUPAMENTO DE CONTRATOS: reunião de todos os contratos com menos de 30(trinta) beneficiários, que visa promover a distribuição para todo o grupo, do risco inerente à operação de cada um deles, com aplicação de um único reajuste para todos os contratos pertencentes ao agrupamento.

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 consequências.

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.

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

CONTRATO AGREGADO AO AGRUPAMENTO: Contrato que integra o agrupamento de contratos, por conter na data de apuração menos de 30(trinta) beneficiários.

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

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.

DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO: Conjunto de critérios, clínicos ou não, que condicionam a obrigatoriedade de cobertura, pela operadora de plano privado de assistência à saúde, de determinados procedimentos ou eventos em saúde estabelecidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Tem por finalidade estabelecer a melhor indicação para a execução do procedimento ou evento em saúde no setor de saúde suplementar. A obrigatoriedade da cobertura do procedimento ou evento em saúde está condicionada à presença dos seus critérios atestada em declaração do médico ou cirurgião-dentista assistente.

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 PREEEXISTENTE: 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 consequência 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.

FRANQUIA: é o valor financeiro a ser pago pelo beneficiário diretamente ao prestador da rede credenciada ou referenciada no ato da utilização do serviço, por não ser responsabilidade contratual da operadora.

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.

PERÍODO DE APURAÇÃO DA QUANTIDADE DE BENEFICIÁRIOS: período definido pela Clinipam em que serão identificadas as empresas CONTRATANTES que participarão do agrupamento de contratos de acordo com a quantidade de beneficiários.

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.

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

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 XVII – ELEIÇÃO DE FORO

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

Curitiba, 01 de janeiro de 2016.

CONTRATANTE

AGENCIADORA/CONTRATADA

Testemunhas:

Nome:
RG:

Nome:
RG:

**DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM OS TERMOS DO CONTRATO E
CONHECIMENTO DO PLANO REFERÊNCIA**

Plano MATER PERFEITO ESPECIAL ADESÃO
Número de registro na ANS: 474.810/15-7

Declaro para os devidos fins de direito, e para que produza os seus jurídicos e legais efeitos, que me foi dada a oportunidade de tomar conhecimento prévio do conteúdo do regulamento do Plano de Assistência Médica da Clinipam, contratação Coletivo por Adesão, sendo que o mesmo está de forma clara e perfeitamente legível, como prevê o art. da Lei 8078/90 (Código de Defesa do Consumidor).

Declaro também, que recebi os seguintes documentos, cujo teor conheço e cujas condições aceito sem opor qualquer ressalva ou restituição: Cópia do Contrato, Proposta de Adesão, Recibo de Pagamento da Taxa de Adesão, Manual de Rede Credenciada, Manual de Orientação para Contratação de Plano de Saúde, Guia de Leitura Contratual.

Informo que tenho plena e total ciência de que o plano adquirido possui coparticipação para os procedimentos relacionados, nos valores descritos no contrato do produto, cabendo a mim o ônus deste pagamento juntamente na fatura do plano de saúde.

No caso de não opção pelo Plano REFERÊNCIA, previsto no art. 10 da lei 9.656/98, afirmo que tenho conhecimento da existência e disponibilidade do mesmo e de que este me foi oferecido, assim como a possibilidade de contratação de agravo, em caso de existência de doença/lesão preexistente – optando outrossim pelo cumprimento de cobertura parcial temporária (CPT).

Curitiba, 01 de janeiro de 2016.

CONTRATANTE

AGENCIADORA/CONTRATADA

Testemunhas:

Nome:
RG:

Nome:
RG: