**DAS CONDIÇÕES GERAIS**

Pelo presente instrumento particular, CONTÉM ADMINISTRADORA DE PLANOS DE SAÚDE LTDA, utilizando como nome fantasia CONTÉM, inscrita no CNPJ/MF sob nº 13.286.268/0001-83 e na ANS sob nº 41832-3, situada na Rua do Carmo, nº 08 - 10º andar, Centro - Rio de Janeiro/RJ - CEP 20011-020, denominada neste ato ADMINISTRADORA ESTIPULANTE; e **IDEAL SAÚDE ASSISTÊNCIA MÉDICA AMBULATORIAL LTDA**, utilizando como nome fantasia **IDEAL SAÚDE**, inscrita no CNPJ/MF sob nº 26.032.244/0001-40 e na ANS sob nº 42075-1, situada na Rua QS 03, Lote 03/09, Lojas 16/17, Térreo, Edifício Pátio Capital, Taguatinga - Sul- Brasília - DF - CEP 71.953-1000, denominada neste ato OPERADORA, vêm celebrar presente Contrato de Adesão na modalidade Coletivo Empresarial, de forma a permitir que os sócios, executivos e empregados da **EMPRESA CONTRATANTE**, bem como seus respectivos dependentes, possam usufruir da cobertura médico-assistencial prevista neste Contrato, em conformidade com as Resoluções Normativas nº 195 e 196 da Agência Nacional de Saúde Suplementar/ANS.

DO OBJETO DO CONTRATO

1. O objeto deste Contrato é pactuar a adesão de Pessoa Jurídica, permitindo a ela, consequentemente, proceder a inclusão das pessoas físicas a ela vinculadas por relação empregatícia ou estatutária para que tenham cobertura à prestação continuada de serviços e/ou cobertura de custos assistenciais na forma de Plano Privado de Assistência à Saúde prevista no Inciso I, do Art 1º da Leiº 9.656/98, visando a assistência médica hospitalar com a cobertura de todas as doenças da “Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas com a Saúde”, da Organização Mundial de Saúde/OMS, obedecendo o “Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde” editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar/ANS, vigente à época do evento.

DOS BENEFICIÁRIOS DO CONTRATO

Pessoas aptas a utilizar os serviços

1. O Plano de Saúde Coletivo Empresarial é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à EMPRESA CONTRATANTE, por relação empregatícia ou estatutária.

2.1 Serão considerados BENEFICIÁRIOS da prestação de serviços o titular, pertencente ao corpo funcional da EMPRESA CONTRATANTE, podendo ainda, serem inscritos pelo titular seus dependentes, assim constituídos:

a) cônjuge; b) Filhos e enteados, naturais ou adotivos, solteiros, até 21 (vinte e um) anos de idade ou até 24 (vinte e quatro) anos quando universitários; c) menor que, por força de decisão judicial, se ache sob guarda ou tutela do beneficiário titular; d) companheiro, havendo união estável na forma da lei civil, devidamente comprovada, sem eventual concorrência com o cônjuge; e) curatelado que, por força de decisão judicial, se ache sob os cuidados do beneficiário titular.

2.2 Também serão considerados BENEFICIÁRIOS da prestação de serviços o titular, pertencente ao corpo funcional da EMPRESA CONTRATANTE, podendo ainda, serem inscritos pelo titular seus dependentes, assim constituídos:

a) os sócios da EMPRESA CONTRATANTE

b) os Administradores da EMPRESA CONTRATANTE

c) os demitidos ou aposentados que tenham sido vinculados anteriormente à pessoa jurídica

d) os trabalhadores temporários;

e) os estagiários e menores aprendizes.

O ingresso do grupo familiar dependerá da participação do beneficiário titular no contrato de plano privado de assistência à saúde.

Cadastramento de BENEFICIÁRIOS:

1. Para uso dos benefícios previstos neste Contrato é indispensável o cadastramento prévio dos

BENEFICIÁRIOS titulares e dependentes junto à ADMINISTRADORA e à OPERADORA.

3.1 São asseguradas ainda as seguintes condições aos beneficiários:

3.1.1 inscrição do recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário titular, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência e preexistência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o nascimento ou adoção, quando a segmentação contratada for hospitalar com obstetrícia;

se o beneficiário titular (pai ou mãe) não tiver cumprido o prazo de carência de pelo menos 180 (cento e oitenta) dias, a cobertura assistencial a ser prestada ao recém-nascido seguirá o limite da carência já cumprida pelo beneficiário titular;

3.1.2 inscrição do filho adotivo, menor de 12 (doze) anos, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o deferimento da adoção, independentemente da segmentação contratada;

3.1.3 se o beneficiário titular (pai ou mãe) não tiver cumprido o prazo de carência de pelo menos 180 (cento e oitenta) dias, a cobertura assistencial a ser prestada ao filho adotivo menor de 12 anos seguirá o limite da carência já cumprida pelo beneficiário titular;

3.1.4 cobertura assistencial, ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, quando a segmentação contratada for hospitalar com obstetrícia.

3.1.5 As inclusões se efetivarão dentro do mês de sua comunicação, sendo observado o prazo máximo de 10 (dez) dias úteis contados do recebimento da solicitação para o cadastramento.

3.1.6 A EMPRESA CONTRATANTE fornecerá a relação nominal dos BENEFICIÁRIOS que deverão ser vinculados ao plano e os enviará em formulários apropriados a serem fornecidos pela ADMINISTRADORA;

3.1.7 Será necessária a comprovação da dependência dos familiares designados em relação aos seus funcionários ou estatutários conforme Cláusulas acima.

4. É obrigatório o vínculo empregatício ou estatutário entre o beneficiário titular e a EMPRESA CONTRATANTE, sendo que tanto a OPERADORA quanto a ADMINISTRADORA se reservam no direito de exigir documentação comprobatória durante o período de vigência do contrato.

5. A EMPRESA CONTRATANTE informará, mensalmente, à ADMINISTRADORA, em formulários próprios, o efetivo mensal do corpo funcional e seus dependentes;

6. O valor mensal será calculado com base no número de BENEFICIÁRIOS cadastrados pela EMPRESA CONTRATANTE;

7. As adesões dos BENEFICIÁRIOS titulares e dependentes terão início de vigência na data escolhida no ato da contratação do plano ou para as adesões posteriores, no ato da vinculação do beneficiário à EMPRESA CONTRATANTE;

8. A EMPRESA CONTRATANTE declara ser a única responsável pelos documentos e informações fornecidas por ela e de seu corpo de beneficiário(s) e dependente(s) e sobre toda e qualquer circunstância que possa influenciar na aceitação deste Contrato e na manutenção ou no valor mensal do mesmo, sabendo que omissões ou dados errôneos acarretarão a perda de todos os direitos, bem como o(s) do(s) beneficiário(s) dependente(s).

9. A EMPRESA CONTRATANTE deverá apresentar a documentação descrita abaixo:

• Contrato Social e/ou última Alteração Contratual;

• cópia do comprovante de endereço da EMPRESA CONTRATANTE (água, luz ou telefone);

• comprovante de vínculo de todos os BENEFICIÁRIOS (GFIP e/ou SEFIP);

• CTPS, Ficha de Registro ou Contrato de Trabalho/Estágio para recém contratados e que ainda não constam na GFIP e SEFIP;

• cópia da Identificação Civil do(s) beneficiário(s) – RG;

• cópia do CPF (inclusive para dependentes maiores de 18 anos) do(s) beneficiário(s);

• cópia da Certidão de Casamento ou Declaração de União Estável do(s) beneficiário(s);

• cópia da Certidão de Nascimento ou Certidão Tutelar do(s) beneficiário(s).

10. Por ser tratar de um Contrato Coletivo Empresarial, a EMPRESA CONTRATANTE e seus BENEFICIÁRIOS com vínculo empregatício e estatutário, além de seus dependentes, está sujeita às condições contratuais aqui expressas, não se submetendo às regras inerentes aos contratos individuais, ficando outorgados à ADMINISTRADORA amplos poderes para representar, assim como seu(s) beneficiário(s) dependente(s), perante a OPERADORA e outros órgãos, em especial a ANS, no cumprimento e/ou nas alterações deste benefício, bem como nos reajustes dos seus valores mensais.

11. A ADMINISTRADORA, na defesa do interesse de seus BENEFICIÁRIOS, poderá alterar a OPERADORA que atende este Contrato, independente de prévio aviso aos seus consumidores.

DA COBERTURA E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

12. A prestação de serviços de assistência médica e afins será prestada de acordo com as coberturas e segmentações do “Rol de Procedimentos da ANS” vigente, não cabendo reembolso nos procedimentos não cobertos por este rol.

DA VIGÊNCIA, DA VALIDADE E DA RESCISÃO DO CONTRATO

13. Após a aceitação deste Contrato sua vigência e do(s) seu(s) dependente(s), se houver, estará impreterivelmente condicionada ao pagamento do valor total da mensalidade a ser quitada no primeiro boleto bancário emitido pela ADMINISTRADORA, respeitando a data do mês vigente conforme a opção definida no FORMULÁRIO EMPRESA da PROPOSTA DE ADESÃO.

14. Em caso de não pagamento do primeiro boleto em seu vencimento, o cadastro referente a Proposta de Adesão será cancelado em até 30 (trinta) dias, não isentando a cobrança deste.

15. Caso a EMPRESA CONTRATANTE tenha interesse em efetuar a aquisição de um novo plano deverá procurar um corretor e será necessário o preenchimento de uma nova Proposta de Adesão juntamente com o envio dos documentos necessários.

16. A cobrança da taxa de corretagem não representa o pagamento da primeira mensalidade do plano de assistência à saúde, e o início da vigência do plano e do Contrato somente se dará após o pagamento do primeiro boleto de cobrança emitido pela ADMINISTRADORA na data escolhida na Proposta de Adesão.

17. A ADMINISTRADORA não se responsabilizará por quaisquer atos, promessas ou compromissos efetuados por corretores que estejam em desacordo com as cláusulas expressas neste Contrato.

18. A EMPRESA CONTRATANTE poderá declinar este Contrato, sem nenhum ônus, desde que tal decisão seja comunicada por escrito à ADMINISTRADORA no prazo máximo de 7 (sete) dias contados a partir da data da assinatura deste instrumento, autorizando a cobrança da Taxa de Cadastramento e Implantação e do valor mensal do benefício, caso esse prazo não seja observado.

19. O presente Contrato é passível de devolução nos seguintes casos: a) da falta de minha elegibilidade, b) por falta de documentação exigida pela Operadora, c) por impossibilidade do contato telefônico de pós- venda realizado pela ADMINISTRADORA com o BENEFICIÁRIO titular para confirmação de dados.

20. Deve ser observada a importância de que todas as informações sejam verdadeiras para que não ocorram prejuízos ou danos aos demais participantes e, de acordo com o Artigo 766 do Código Civil Brasileiro, se omitidas circunstâncias que possam influenciar na aceitação ou na mensalidade, poderá ensejar na perda de todo e qualquer direito inerente à mesma.

21.As informações prestadas na Declaração de Saúde deverão ser absolutamente verdadeiras e completas, ficando a ADMINISTRADORA autorizada a solicitar, a qualquer momento, documentação comprobatória das informações fornecidas. Em caso de fraude, o beneficiário será notificado e poderá acarretar no cancelamento unilateral do contrato.

22. O Contrato Coletivo Empresarial será renovado no mês de( verificar Mês) , por igual período, desde que não ocorra denúncia por escrito por parte da OPERADORA ou da ADMINISTRADORA do Contrato. Em caso de rescisão desse Contrato coletivo, a ADMINISTRADORA fará a comunicação desse fato aos beneficiários titulares.

DAS CARÊNCIAS

23. Os prazos de carência são períodos nos quais o(s) beneficiário(s) poderá(rão) realizar determinadas coberturas desde que esteja em dia com o pagamento. Haverá prazos de carências para utilização do(s) benefício(s) contados a partir da data de vigência e cobertura.



DAS DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

24. Doença ou lesão preexistente (DLP) é aquela em que o beneficiário saiba ser portador no momento da contratação do plano de saúde. Cobertura Parcial Temporária (CPT) é a suspensão, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças e lesões preexistentes.

25. O beneficiário deverá preencher, no momento da contratação, a Declaração de Saúde conforme disposto na Resolução Normativa nº 162 de 17 de outubro de 2007 da ANS.

26. Sendo constatada a existência de lesão ou doença preexistente que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, uso de leitos de alta tecnologia ou procedimentos de alta complexidade, o(s) beneficiário(s) deverá(rão) cumprir a Cobertura Parcial Temporária (CPT) cujo prazo será de no máximo 24 (vinte e quatro) meses a contar da vigência do beneficiário. Findado o prazo, a cobertura do plano passará a ser integral, não cabendo qualquer tipo de agravo por doença ou lesão preexistente.

27. Será considerado como comportamento fraudulento a omissão de doença ou lesão preexistente de conhecimento prévio do beneficiário.

28. Alegada a existência de doença ou lesão preexistente não declarada pelo beneficiário no preenchimento da Declaração de Saúde, o beneficiário será imediatamente comunicado pela OPERADORA. Caso o beneficiário não concorde com a alegação, a OPERADORA encaminhara a documentação pertinente à Agência Nacional de Saúde Suplementar/ANS, e esta abrirá processo administrativo para investigação.

29. Cumpre esclarecer que durante o período em que a ANS estiver analisando o referido processo investigatório, a OPERADORA poderá realizar o procedimento pretendido normalmente. Entretanto, se ao término do processo investigatório for constatada a omissão do beneficiário em relação as doenças ou lesões preexistentes, este deverá ressarcir, integralmente, todas as despesas decorrentes do procedimento realizado à OPERADORA.

DA URGÊNCIA E DA EMERGÊNCIA

Atendimento de Urgência e Emergência

30. Para efeitos desta cobertura, entende-se como atendimento de emergência aquele que implica no risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente. Como atendimento de urgência entende-se aquele resultante de acidente pessoal ou de complicações no período gestacional.

31. Para os casos de urgência e emergência a OPERADORA garantirá assistência médica no sentido da preservação da vida, órgãos e funções.

32. Quando o atendimento de urgência e emergência for efetuado no decorrer dos períodos de carência será garantida cobertura e medicação limitadas até as primeiras 12 (doze) horas. Quando necessária, para a continuidade de internação do atendimento de urgência e emergência, após o prazo das 12 (doze) horas, a cobertura cessará, sendo do beneficiário a responsabilidade financeira, não cabendo ônus à OPERADORA. A remoção do paciente será realizada pela OPERADORA para uma unidade do Serviço Único de Saúde (SUS) que possua os recursos necessários para garantir a continuidade do atendimento.

DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS

33. Os serviços ora contratados serão prestados pela IDEAL SAÚDE na área de atuação do produto, a saber, nos municípios BrasíliaDF, Águas Lindas-GO, Cidade Ocidental-GO, Formosa-GO, Luziânia-GO, Novo Gama-GO, Planaltina-GO, Santo Antônio do Descoberto-GO, Valparaiso-GO e Unaí-MG, por meio da rede assistencial específica do presente plano, conforme Guia Médico do Plano Contratado, disponível no site www.planoidealsaude.com.br e no aplicativo da IDEAL SAÚDE.

34. Em caso de urgência e emergência quando o beneficiário estiver fora da área de atuação do produto, os serviços ora contratados serão prestados pela rede credenciada da ABRAMGE, de acordo com: a) a estrutura física da unidade prestadora do atendimento; b) a oferta de prestadores na região onde se encontra o beneficiário; c) as normas de atendimento e autorização da unidade prestadora.

35. A IDEAL SAÚDE poderá, a qualquer momento, promover inclusões e exclusões disponibilizando a informação à ESTIPULANTE, à PESSOA JURÍDICA CONTRATANTE e ao BENEFICIÁRIO pelo site [www.planoidealsaude.com.br](http://www.planoidealsaude.com.br) e a relação atualizada dos hospitais credenciados estará a disposição a qualquer tempo também no site [www.atendimento](http://www.atendimento)abramge.com.br

36. A relação atualizada dos hospitais credenciados pela IDEAL SAÚDE estará à disposição dos beneficiários, a qualquer tempo, junto aos sites www.planoidealsaude.com.br e www.atendimentoabramge.com.br.

37. É obrigatória a apresentação da Cédula de Identificação com foto para usufruir dos atendimentos e recursos deste Contrato.

38. A OPERADORA se reserva, outrossim, o direito de modificar, extinguir ou realizar novos convênios de credenciamento de profissionais, clínicas e pronto socorros, mantendo sempre o seu alto padrão técnico.

39. Na hipótese da substituição de estabelecimento hospitalar por outro equivalente, a OPERADORA comunicará a Agência Nacional de Saúde Suplementar/ANS no prazo de 30 (trinta) dias de antecedência, garantindo assim a continuidade da internação.

DA FORMAÇÃO DO PREÇO E DA MENSALIDADE

40. Após o fechamento do efetivo mensal, a ADMINISTRADORA enviará fatura correspondente aos atendimentos/mensalidades realizados no mês, sendo de responsabilidade da EMPRESA CONTRATANTE o pagamento da mesma na totalidade de BENEFICIÁRIOS inscritos, ressalvadas as hipóteses previstas nos Art. 30 e 31 da Lei nº 9.656/98.

41. A EMPRESA CONTRATANTE efetuará a quitação mensal, na data de vencimento escolhida no ato da assinatura deste Contrato, pelo número de BENEFICIÁRIOS vinculados a empresa, sendo os valores determinados de acordo com a faixa etária e produto escolhido por cada usuário.

42. Será responsabilidade da EMPRESA CONTRATANTE avisar à ADMINISTRADORA o não recebimento do boleto até 2 (dois) dias úteis antes do seu vencimento. Após a data de vencimento da fatura incidirão multa de 2% sobre o valor do débito em atraso e juros de mora de 1,0% ao mês, estando a ADMINISTRADORA autorizada a realizar cobrança, caso haja pendência financeira, através de SMS, cartas, e-mails ou qualquer outro meio de comunicação legal.

43. Será cobrada a Taxa de Reemissão de boleto caso a solicitação da segunda via seja feita após a data do vencimento original da mensalidade, e seu valor será de R$ 3,00 (três reais), podendo ser reajustado conforme a base tarifária do banco emissor. Todos os comunicados que forem entregues com a fatura serão considerados notificações extrajudiciais.

44. Caso não ocorra o pagamento em seu vencimento, a ADMINISTRADORA se reserva ao direito de proceder a inclusão do número do CNPJ da EMPRESA CONTRATANTE nos cadastros dos órgãos restritivos de crédito, caso haja atrasos superiores a 30 (trinta) dias, consecutivos ou não, bem como de seu representante legal, o qual obriga-se a observar e cumprir os prazos e condições de pagamento estipulados neste Contrato, como também respeitar as normas e regulamentos do benefício, respondendo civil e criminalmente por quaisquer danos morais e materiais eventualmente causados por si e pela utilização indevida do plano de saúde.

45. Não haverá distinção quanto ao valor da prestação entre os BENEFICIÁRIOS que vierem a ser incluídos no Contrato e aqueles a este já vinculado.

46.Todos os pagamentos mensais serão efetuados pela EMPRESA CONTRATANTE à ADMINISTRADORA através de boleto bancário nos prazos de cobrança e na forma estabelecida nos documentos emitidos pela ADMINISTRADORA, não realizando a mesma, em hipótese alguma, cobrança domiciliar. Para qualquer outro meio de pagamento, o mesmo somente poderá ser efetuado com prévia autorização da ADMINISTRADORA.

47. A EMPRESA CONTRATANTE reconhece que os valores estabelecidos neste Contrato são líquidos e certos, legitimando a emissão de faturamento mensal em conformidade com esta Cláusula e procedimento executivo nos casos de inadimplência com a inclusão, então, dos juros legais e das despesas processuais, advocatícias e demais cominações legais.

DO FATOR MODERADOR

48. O referido plano contratado possui coparticipação, sendo este o valor financeiro a ser pago pelo beneficiário diretamente ao prestador da rede credenciada, rede própria ou referenciada no ato da utilização do serviço.

49. Os valores de coparticipação – Tabela de Referência de Coparticipação, estão divulgados de forma atualizada no endereço eletrônico da OPERADORA, assim como a classificação completa de cada exame/terapia/procedimento para cálculo de coparticipação estará disponível para consulta no site da IDEAL SAÚDE ([www.planoidealsaude.com.br](http://www.planoidealsaude.com.br)).

Interface gráfica do usuário, Aplicativo, Tabela

Descrição gerada automaticamente com confiança média

50. Os valores apurados na coparticipação serão cobrados na mensalidade do plano, na data de vencimento e compõem as obrigações financeiras do contrato e seu inadimplemento sujeitará às mesmas penalidades impostas à inadimplência das mensalidades.

51. Os valores de mensalidade e coparticipações deste instrumento serão reajustados anualmente no aniversário do contrato.

52. A cobrança dos valores devidos a título de coparticipação de procedimentos realizados antes da data de exclusão ou valor integral dos atendimentos executados indevidamente após a exclusão dos beneficiários, será realizada a partir do conhecimento da ADMINISTRADORA, ou seja, quando forem cobrados pelo prestador de serviço, dentro do prazo de até 5 (CINCO) anos.

53. Sempre que houver uma atualização do rol de procedimentos e ventos em saúde, publicada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, e forem inclusos procedimentos e/ou medicamentos, não listados acima e também não contemplados no rol anterior, incidirá a cobrança de coparticipação sobre as novas coberturas ambulatoriais incluídas.

DO REAJUSTE

54. A atualização dos valores dos custos mensais será efetuada anualmente, no mês de aniversário do Contrato entre a ADMINISTRADORA e a OPERADORA, e ocorrerá no mês de jUNHO ( verificar) de cada ano, independente da data da adesão ao Contrato, pela variação do IGPM, que será apurado no período de 12 meses consecutivos, sendo aplicada a todos os usuários ativos no Contrato, independentemente da idade.

55. Independentemente da data de inclusão dos usuários, os valores de suas contraprestações sofrerão o primeiro reajuste integral na data de aniversário (vigência) do Contrato ou quando em razão de mudança de faixa etária, migração e adaptação do Contrato à Lei nº 9.656/98;

56. Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será negociado de comum acordo entre a ADMINISTRADORA e a OPERADORA, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 (doze) meses consecutivos, anteriores à data base de aniversário considerada como o mês de assinatura do contrato entre a EMPRESA CONTRATANTE e a OPERADORA.

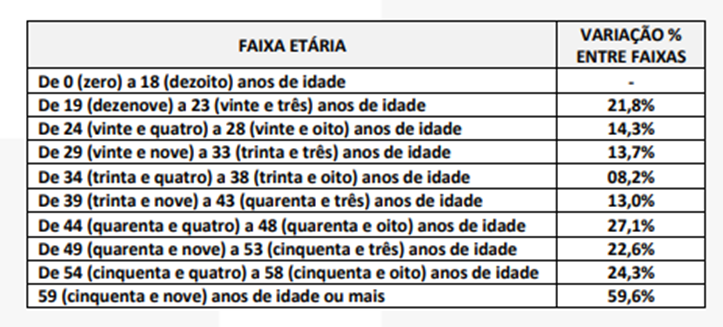
57. Nos casos de aplicação de reajuste por sinistralidade, o mesmo será procedido de forma complementar ao especificado no Item 30 e nas mesmas datas.

58. Será calculado valor único de percentual de reajuste para o agrupamento ao qual está agregado o Contrato.

DAS FAIXAS ETÁRIAS

Variação do preço em razão da faixa etária

60. Havendo alteração de faixa etária de beneficiário inscrito no presente Contrato, a contraprestação pecuniária será reajustada no mês subsequente ao da ocorrência, de acordo com os valores da tabela abaixo, que se acrescentarão sobre o valor da última contraprestação pecuniária, observadas a seguintes condições, conforme determina o Art. 3º, Incisos I e II da RN nº 63/03.



DAS REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS POR ADESÃO

Termo de Permanência

61. O beneficiário titular que for demitido ou exonerado sem justa causa, decorrente da sua relação de trabalho com a EMPRESA CONTRATANTE, terá o direito de formalizar Termo de Permanência conforme as regras dos Art. 30 e 31 da Lei nº 9.656/98 e RN nº 279 da ANS.

62. A OPERADORA assegura ao beneficiário titular e seus dependentes vinculados já inscritos o direito de manter sua condição de beneficiário no plano de saúde, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do Contrato de Trabalho quando este for desligado ou exonerar-se da empresa, sem justa causa, através da formalização do Termo de Permanência.

Pagamento

63. O beneficiário que realizar o Termo de Permanência assumirá o pagamento integral diretamente à OPERADORA que lhe fornecerá as devidas instruções na forma do Art 30 da Lei nº 9.656/98 c/c RN nº 179/2011 da ANS.

Requisitos para realização do Termo de Permanência

64. O termo de permanência só será permitido quando cumprido os seguintes requisitos legais:

a) o ex-empregado formalizar o pedido de realização do Termo de Permanência no prazo máximo de 30 (trinta) dias a contar da assinatura do Formulário de Exclusão formalizado junto à EMPRESA CONTRATANTE, que será entregue no ato do comunicado de rescisão do Contrato de Trabalho.

b) contribuição do beneficiário titular pelo plano de saúde, através de desconto em Folha de Pagamento, no qual comprove que este contribuiu total ou parcialmente pelo plano em decorrência do vínculo empregatício, com exceção dos valores realizados à contribuição de dependentes, agregados e coparticipação.

c) assuma o pagamento integral do plano, conforme a tabela de valores e suas atualizações, estabelecida no contrato principal firmado com a EMPRESA CONTRATANTE.

Período de Manutenção

65. O período de manutenção do beneficiário no Termo de Permanência será de 1/3 (um terço) do tempo de permanência no seu plano anterior, com um mínimo assegurado de 06 (seis) meses e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses.

Extensão ao Grupo Familiar

66. O Termo de Permanência poderá ser celebrado individualmente ou estendido a todo grupo familiar do beneficiário, quando inscritos durante a vigência do Contrato de Trabalho.

67. É permitida a inclusão junto ao Termo de Permanência somente para novo conjuge e filhos do ex-empregado demitido, exonerado ou aposentado.

Condições de perda do Termo de Permanência

a) quando do término da contagem de prazo de permanência estipulado no momento da assinatura do termo;

b) pela admissão do beneficiário em novo emprego que lhe possibilite ingresso em novo plano; ou

c) cancelamento do plano coletivo empresarial ao qual o beneficiário demitido encontrava-se vinculado.

Morte do Titular

68. Em caso de morte do titular, o direito de permanência é assegurado aos dependentes cobertos pelo plano privado coletivo de assistência à saúde, desde que assumam as mensalidades correspondentes aos dependentes que optarem por permanecerem com o plano.

Aposentados

69. Ao aposentado que contribuiu comprovadamente para o plano contratado decorrente de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de 10 (dez) anos, a OPERADORA assegura ao beneficiário titular e seus dependentes vinculados, o direito de manutenção como beneficiário no plano de saúde nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do Contrato de Trabalho, desde que assuma junto à OPERADORA o pagamento integral das mensalidades, na forma do Art. 31 da Lei nº 9.656/98.

70. Ao aposentado que contribuiu comprovadamente para o plano, por período inferior a 10 (dez) anos, é assegurado o direito de realizar o Termo de Permanência à razão de 1 (um) ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral do plano.

71. O aposentado deve optar pela manutenção do benefício no prazo máximo de 30 dias a contar da assinatura do Formulário de Exclusão formalizado junto à EMPRESA CONTRATANTE que será entregue no ato do comunicado de rescisão contratual;

Aposentado que permanecer trabalhando:

72. O aposentado que continuar trabalhando na mesma empresa e venha a se desligar desta, é garantido o direito de manter sua condição de beneficiário através do Termo de Permanência, devendo este optar pela manutenção no prazo máximo de 30 (trinta) dias a contar da data de seu desligamento junto à EMPRESA CONTRATANTE e da assinatura do Formulário de Exclusão;

73. O Termo de Permanência também poderá ser estendido aos dependentes já inscritos do empregado aposentado que continuou trabalhando na mesma empresa e que veio a falecer antes de se desligar, cabendo a estes optar pela manutenção no prazo máximo de 30 (trinta) dias a contar do óbito e da assinatura do Formulário de Exclusão.

Cancelamento do Plano Empresarial:

74. Em caso de cancelamento dos planos coletivos empresariais terão os BENEFICIÁRIOS a garantia de continuar com o plano de saúde na modalidade coletivo por adesão ou empresarial, sem a necessidade do cumprimento de novos prazos de carências, conforme Súmula Normativa 21 da ANS, desde que comunique a OPERADORA no prazo máximo de 30 (trinta) após o seu término.

Formas de contribuições permitidas:

75. Nos planos custeados integralmente pela EMPRESA CONTRATANTE, quando o titular não participar financeiramente do plano durante o período que mantiver o vínculo empregatício, este não terá direito ao Termo de Permanência. Não é considerada contribuição a coparticipação do beneficiário, única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação na utilização dos serviços de assistência médica e/ou hospitalar.

76. O direito assegurado ao beneficiário titular, demitido ou aposentado, não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

DAS CONDIÇÕES DE PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

77. Compete à EMPRESA CONTRATANTE, na vigência deste Contrato, comunicar imediatamente as ocorrências de demissões realizadas no período, bem como o recolhimento e a devolução das respectivas Cédulas de Identificação, sendo que caberá somente à EMPRESA CONTRATANTE solicitar a exclusão dos BENEFICIÁRIOS.

78. As solicitações de exclusões devem conter a assinatura e o carimbo do representante legal da

EMPRESA CONTRATANTE;

79. A EMPRESA CONTRATANTE será responsável pelos atendimentos prestados aos usuários demitidos ou excluídos cujos nomes não tenham sido comunicados a OPERADORA, em tempo hábil, cabendo-lhe indenizar os seus custos;

80. Na falta de comunicação em tempo oportuno, da inclusão ou da exclusão de BENEFICIÁRIOS, a fatura se baseará nos dados disponíveis, sendo os eventuais acertos realizados na fatura subsequente.

Cancelamento a pedido – RN 412

81. O benecifiário que desejar realizar o cancelamento de seu plano de saúde, deverá solicitar a exclusão junto a EMPRESA CONTRATANTE.

82. A EMPRESA CONTRATANTE deverá enviar a solicitação de cancelamento a ADMINISTRADORA através do e-mail rempresarial@grupocontem.com.br, encaminhando a solicitação por escrito pelo responsável pela EMPRESA CONTRATANTE.

83. Caso o beneficiário solicite a portabilidade de seu plano para outra OPERADORA, ao concluir a portabilidade, o beneficiário deverá solicitar o cancelamento do seu vínculo com a ADMINISTRADORA ou OPERADORA de origem no prazo de 5 (cinco) dias a partir da data do início da vigência do seu vínculo com o plano de destino.

84. A OPERADORA só poderá cancelar a assistência à saúde dos BENEFICIÁRIOS, sem a anuência da EMPRESA CONTRATANTE, nos seguintes casos:

a) fraude comprovada mediante notificação formal ao beneficiário;

b) perda do vínculo do titular com a EMPRESA ou de dependência, ressalvado o disposto nos Art. 30 e 31 da Lei nº 9.656/98;

c) agressão verbal ou física aos colaboradores da OPERADORA.

85. Para todos esses casos haverá comunicação formal da decisão à EMPRESA CONTRATANTE pela OPERADORA.

DA RESCISÃO

86. O presente Contrato poderá ser rescindido nas hipóteses de fraude ou não pagamento da mensalidade por período superior a 30 (trinta) dias consecutivo ou não, a cada 12 (doze) meses de vigência do Contrato, cabendo à ADMINISTRADORA notificar a EMPRESA CONTRATANTE.

87. A omissão de informações ou fornecimento de informações incorretas ou inverídicas pela EMPRESA CONTRATANTE para auferir vantagens próprias ou para seus usuários é reconhecida como violação ao Contrato, permitindo à ADMINISTRADORA e à OPERADORA realizar a rescisão do Contrato por fraude.

88. Caso não ocorra a quitação da mensalidade em até 05 (cinco) dias a contar da data do vencimento original do boleto bancário, poderá ocorrer a suspensão do(s) beneficiários(as) e a utilização somente será reestabelecida a partir da quitação integral do(s) valor(es) pendente(s) acrescido( s) dos encargos supracitados.

89. O restabelecimento do serviço em caso de suspensão caso não ocorra a quitação da mensalidade em até 05 (cinco) dias a contar da data do vencimento original, dependerá da comprovação da baixa bancária.

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

90. Somente será possível postular nova adesão pela EMPRESA CONTRATANTE, mediante: (I) aceitação pela ADMINISTRADORA, (II) quitação de eventuais débitos anteriores junto à ADMINISTRADORA, mesmo que seja de Contrato de outra OPERADORA, e (III) cumprimento de novos prazos de carência, independentemente do período anterior em que permaneceu no Contrato Coletivo.

91. Autorizo, expressamente, ressalvada as formas regulamentares de notificação, receber através de e-mail, SMS e WhatsApp, notificações de cancelamento por inadimplência ao atingir 30 (trinta) dias em atraso no pagamento, rescisão de contrato, inadimplência, reajuste anual, aviso de cobrança, migração e demais avisos.

92. Declaro que estou ciente e concordo com a utilização dos meus dados pessoais e de meus dependentes, em conformidade com a Lei n. 13.709, Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais – LGPD, no que concerne o compartilhamento dos dados e informações entre as empresas e com o objetivo de atuar na viabilização, comercialização e administração dos produtos de assistência médica e/ ou odontológica, no cumprimento de obrigações perante os órgãos reguladores e/ou no atendimento à eventuais demandas judiciais.

92.1 Ainda em reverência à Lei Geral de Proteção de Dados, a ADMINISTRADORA e OPERADORA se comprometem a cumprir todas as disposições da citada norma, através das políticas internas de proteção de dados das empresas, no tocante o compartilhamento das informações cadastrais entre as partes, para formalização dos contratos de Plano de saúde com os beneficiários.

93. Para solicitar a 2ª via da carteira do plano de saúde será cobrado o valor da Taxa de Reemissão de carteira (R$ 35,00 (trinta e cinco reais) por carteira).

94. O foro para dirimir quaisquer questões oriundas da presente proposta será o de Brasília, Distrito Federal, excluindo qualquer outro.

Após ter lido os termos e estar totalmente de acordo com as condições prévias para a aceitação desta proposta, é de livre e espontânea vontade que manifesto a intenção de fazer minha adesão e a dos meus dependentes indicados nesta proposta.