

PROPOSTA DE ADESÃO A PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

CONTRATAÇÃO SUPER SIMPLES
COLETIVO EMPRESARIAL
DE 02 A 29 VIDAS



NotreDame
Intermédica

ANS n° 359017

ANS n° 368253

SEJA BEM-VINDO

Caro beneficiário (a),

É com grande alegria que a Hapvida, um dos maiores sistemas de medicina e odontologia presente nas 5 regiões do país, recebe você. Caso a Hapvida não entre em contato em até 30 dias ou caso você altere algum dado cadastral, por gentileza, ligue para o SAC 0800 280 9130 e atualize seus dados.

QUANDO POSSO COMEÇAR A USAR O PLANO?

Você poderá usar seu plano de saúde após cumprir a carência, que é o período que o consumidor deve aguardar para usufruir da cobertura. Os prazos máximos de carência são:

- **24 horas para urgências e emergências;**
- **Até 180 dias para consultas, exames, internações e cirurgias;**
- **300 dias para parto a termo.**

QUANDO RECEBO A CARTEIRINHA DO PLANO E O GUIA MÉDICO?

O titular ou dependente, munido de documento oficial de identificação, deverá dirigir-se à Central de Entregas, 20 dias depois da assinatura do contrato para retirar seu Kit Boas Vindas Hapvida, o qual contém a carteira definitiva do plano e o guia médico atualizado. Enquanto isso, imprima sua carteirinha provisória e consulte o guia médico no site www.hapvida.com.br ou em qualquer terminal de autoatendimento da Hapvida.

ONDE POSSO MARCAR CONSULTA E EXAMES?

Independente do seu tipo de plano, as consultas e exames poderão ser marcados no site www.hapvida.com.br, nos terminais de autoatendimento em qualquer unidade HAPVIDA, no aplicativo Hapvida (para os sistemas Android ou IOS) ou no Call Center 24h (discagem direta sem DDD), através dos telefones 4002.2870, somente para Recife e 4002.3633, para as demais localidades.

NO TERMINAL DE SERVIÇOS DE AUTOATENDIMENTO DA HAPVIDA VOCÊ PODE:

- **Marcar e desmarcar consultas médicas e exames nas unidades próprias da Hapvida;**
- **Imprimir 2º via de boleto, 2º via de carteirinha, resultados de exames e declaração de comparecimento.**

SE EU QUISER CANCELAR MEU PLANO OU EXCLUIR UM DEPENDENTE?

Para cancelar seu plano ou excluir um dependente, siga as orientações fornecidas pelos Canais de Atendimento da Operadora (Atendimento Presencial, Call Center 24 Horas e Portal da Operadora (www.hapvida.com.br, clicando no link Dúvidas/Cancelamento)).

QUANDO O VALOR DO MEU PLANO SERÁ REAJUSTADO?

- Reajuste anual deliberado pela ANS aplicado no aniversário do contrato;
- Reajuste por faixa etária no mês seguinte ao do aniversário do beneficiário que está mudando de faixa.

www.hapvida.com.br
SAC: 0800 280 9130
OUVIDORIA: 4020.9091



/hapvida.saude



@hapvidasaude

Apresente sempre um documento de identificação ao utilizar seu plano. Para menores, a Certidão de nascimento e a documentação do responsável legal são obrigatórios.



PROPOSTA CONTRATUAL PLANO COLETIVO

PARA O UNIVERSO DE 02 (DOIS) A 29 (VINTE E NOVE)
Hapvida Assistência Médica SA - Av. Heráclito Graça, 406 - Centro
Fortaleza, Ceará - CEP: 60140 - 060 - CNPJ: 63554067/0001-98

Nº DA PROPOSTA

ANS nº 368253

ANS nº 359017

01 - Dados da Empresa Contratante				Contrato		Tabela													
C.N.P.J			CAEPF																
Razão Social																			
Nome Fantasia																			
Ramo de Atividade			Inscrição Estadual																
02 - Dados Complementares				Endereço de Cobrança () Mesmo () Outros															
Endereço de cobrança																			
Complemento		Bairro		CEP															
Cidade		UF		Telefone		FAX													
Endereço																			
Complemento		Bairro		CEP															
Cidade		UF		Telefone		FAX													
03 - Dados do responsável																			
Nome do Responsável																			
CPF		Cargo																	
Telefone		E-mail																	
04 - Porte da Empresa Conforme o Número de Beneficiários				Porte I: de 02 a 15 usuários <input type="checkbox"/>		Porte II: de 16 a 29 usuários <input type="checkbox"/>													
05 - Adesão / Vigência / Vencimento																			
Adesão		01 a 05		06 a 10		11 a 15		16 a 20		21 a 25		26 a 30							
Vencimento		05		10		15		05		10		15		20		25		30	
06 - Cálculo do Custo Total do Contrato				<input type="checkbox"/> Integral		Observações:													
Plano de Saúde		Plano Odonto		Tx. de Adesão		Total Geral													
07 - Produtos																			
ASSISTENCIA MÉDICA																			
FILIAIS: CAMPO GRANDE, CUIABÁ, DOURADOS, QUIRINÓPOLIS, RIO VERDE, RONDONÓPOLIS, TRÊS LAGOAS																			
Nº Registro	Nome Comercial	Abrangência Geográfica	Segmentação Assistencial	Fator Moderador	Acomodação	Nº de Vidas													
482997192	INTEGRADO 300E-CO	Grupo de Municípios	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	-	ENFERMARIA														
482991193	INTEGRADO 310E-CO	Grupo de Municípios	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Com Coparticipação	ENFERMARIA														
482994198	PLENO 300E-CO	Grupo de Municípios	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	-	ENFERMARIA														
482996194	PLENO 300A-CO	Grupo de Municípios	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	-	APARTAMENTO														
482995196	PLENO 310E-CO	Grupo de Municípios	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Com Coparticipação	ENFERMARIA														
482990195	PLENO 310A-CO	Grupo de Municípios	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Com Coparticipação	APARTAMENTO														
FILIAIS: BARRETOS, JABOTICABAL, MARÍLIA, PIRACICABA, PIRASSUNUNGA, SÃO CARLOS																			
Nº Registro	Nome Comercial	Abrangência Geográfica	Segmentação Assistencial	Fator Moderador	Acomodação	Nº de Vidas													
482082197	INTEGRADO 300E-SE	Grupo de Municípios	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	-	ENFERMARIA														
482431198	INTEGRADO 310E-SE	Grupo de Municípios	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	SIM	ENFERMARIA														
482444190	PLENO 300E-SE	Grupo de Municípios	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	-	ENFERMARIA														
482442193	PLENO 300A-SE	Grupo de Municípios	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	-	APARTAMENTO														
482443191	PLENO 310E-SE	Grupo de Municípios	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	SIM	ENFERMARIA														
482447194	PLENO 310A-SE	Grupo de Municípios	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	SIM	APARTAMENTO														
FILIAIS: ARARAQUARA, BAURU, FRANCA, LINS, RIBEIRÃO PRETO, SERTÃOZINHO																			
Nº Registro	Nome Comercial	Abrangência Geográfica	Segmentação Assistencial	Fator Moderador	Acomodação	Nº de Vidas													
488060219	NOSSO PLANO AHO CE GM ENF SC SF 041	Grupo de Municípios	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	-	ENFERMARIA														
488048210	NOSSO PLANO AHO CE GM APT SC SF 049	Grupo de Municípios	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	-	APARTAMENTO														
488038212	NOSSO PLANO AHO CE GM ENF CC SF 042	Grupo de Municípios	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	SIM	ENFERMARIA														
488055212	NOSSO PLANO AHO CE GM APT CC SF 052	Grupo de Municípios	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	SIM	APARTAMENTO														
482444190	PLENO 300E-SE	Grupo de Municípios	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	-	ENFERMARIA														
482442193	PLENO 300A-SE	Grupo de Municípios	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	-	APARTAMENTO														
482443191	PLENO 310E-SE	Grupo de Municípios	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	SIM	ENFERMARIA														
482447194	PLENO 310A-SE	Grupo de Municípios	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	SIM	APARTAMENTO														

ODONTOLOGIA						
Nº Registro	Nome Comercial	Abrangência Geográfica	Segmentação Assistencial	Fator Moderador	Acomodação	Nº de Vidas
471904142	ODONTO PREMIUM NACIONAL	Nacional	Odontologia	-	-	
471906149	ODONTO PROTECAO EMP	Nacional	Odontologia	-	N/A	

08 - Abrangência Geográfica e da Área de Atuação do(s) Plano(s) Contratado(s)

A contratante declara para os devidos fins que, por questões de conveniência, opta por receber correspondências, faturas, notificações e quaisquer informações relacionadas à presente contratação, no endereço informado na presente proposta de adesão e que está ciente de que somente poderá demandar atendimento junto à Operadora contratada no município de celebração da presente proposta ao final informado, bem como nos municípios pertencentes às áreas de abrangência geográfica e de atuação do(s) produto(s) contratado(s), especificados na página de Apresentação de Produtos, parte integrante do Caderno de Proposta, nos termos da RN Nº. 566/2022, da ANS.

09 - Mecanismos de Regulação Financeira do(s) Plano(s) Contratado(s)

9.1 - Para todo e qualquer produto que envolva a cobertura hospitalar, inclusive aquele elencados como "Sem Coparticipação", a contratante será cobrada, a título de coparticipação, do percentual de 50% (cinquenta por cento) sobre o custo total das internações psiquiátricas a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia, ininterruptos ou não, a cada ano de contrato, realizadas pelos beneficiários do(s) plano(s) contratado(s).

9.2 - A contratante declara para os devidos fins que, se o(s) produto(s) contratado(s), descrito(s) na página de Apresentação de Produtos de Assistência Médica constante da presente Proposta, prevê a cobrança de COPARTICIPAÇÃO, esta será cobrada conforme disposto na tabela de vendas. Entende-se por COPARTICIPAÇÃO, a importância, além da contraprestação mensal, a ser paga pelo CONTRATANTE diretamente à Operadora, para custeio de parte da despesa de determinado procedimento realizado pelos beneficiários titulares ou seus dependentes, a qual será cobrada juntamente com a mensalidade do plano, em fatura posterior à realização do procedimento. Declara, também, que é de seu conhecimento de que, ainda que o contrato preveja a cobrança de Coparticipação, os beneficiário(s) continua-rá(ao) sujeito(s) ao cumprimento integral dos períodos de carência e de Cobertura Parcial Temporária (CTP) para Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP), quando for o caso.

10 - Condições Gerais da Contratação e Contratos Que Regulamentam os Planos Contratados

10.1 - A CONTRATANTE declara ter pleno conhecimento das condições gerais da contratação previstas no Instrumento Jurídico de Contratação de Planos de Assistência Médica e/ou Odontológica Coletivos Empresariais, firmado por ocasião de presente Proposta, bem como de todas as condições estabelecidas nos instrumentos contratuais que regulam os planos contratados, cujas minutas foram recebidas na presente data, através de documentos eletrônicos salvos em mídia digital, declarando-se responsável, ainda, pelo fiel cumprimento das mesmas.

10.2 A CONTRATADA declara que utiliza os Dados Pessoais constantes nesta proposta para finalidade específica de contratação e operacionalização de Plano de Saúde e/ou Odontológico, em conformidade com a Lei nº 13.709 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD).

_____, de _____ de _____.

Assinatura do(a) CONTRATANTE.

11 - Recibo de pagamento

Recebemos da empresa acima a importância de R\$ _____ (_____), através de _____, relativo ao valor da primeira mensalidade dos planos contratados, módulos opcionais e taxa de adesão por usuário.

Local: _____ Data: ____/____/____

Assinatura do representante autorizado: _____

12 - Dados do representante

Nome do vendedor:		Código:	
Nome da representação:		Código:	Rúbrica:

**INSTRUMENTO JURÍDICO DE CONTRATAÇÃO DE PLANOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E/OU
ODONTOLÓGICA COLETIVOS EMPRESARIAIS**

**CLÁUSULA PRIMEIRA
DAS PARTES**

1.1 – O presente Instrumento tem como integrantes, de um lado, **HAPVIDA ASSISTÊNCIA MÉDICA SA.**, pessoa jurídica de direito privado, com sede na Avenida Heráclito Graça, nº 406, Centro, Fortaleza - Ceará, inscrita no CNPJ sob o nº. 63.554.067/0001-98, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS sob o nº. 36.825-3, no exercício da atividade de Medicina de Grupo, por seu Representante Legal abaixo assinado, doravante designada no presente instrumento **CONTRATADA** e, do outro, a pessoa jurídica devidamente qualificada e subscrita na Proposta Comercial, documento integrante do presente negócio jurídico, neste ato designada apenas **CONTRATANTE**.

**CLÁUSULA SEGUNDA
DO OBJETO**

2.1 – Constitui objeto deste Instrumento a estipulação de condições gerais para a contratação de serviços de prestação continuada ou de cobertura de custos assistenciais na forma de plano privado de assistência à saúde prevista no inciso I, do artigo 1º, da Lei 9.656/1998, do tipo **COLETIVA EMPRESARIAL**, visando à cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde – OMS, através dos procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, vigente à época do evento, de acordo com as características e segmentações assistenciais dos produtos contratados, constantes da **PROPOSTA COMERCIAL** e da **TABELA DE PREÇOS** anexas.

2.1.1 – Entende-se por contratação **COLETIVA EMPRESARIAL** aquela que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação Empregatícia ou Estatutária.

2.2 – Os serviços serão prestados de acordo com as características e segmentações do(s) produto(s) escolhido(s) pelo interessado junto ao **CONTRATANTE** ao qual é vinculado, conforme condições previstas no instrumento contratual específico de cada produto contratado, parte integrante deste instrumento.

**CLÁUSULA TERCEIRA
DO TIPO DE PLANO**

3.1 – Através do presente instrumento, estão sendo disponibilizados os produtos constantes da **PROPOSTA COMERCIAL** e da **TABELA DE PREÇOS**, para beneficiários ativos e inativos.

3.2 – As características de cada plano seguirão regras próprias, devidamente registradas na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, as quais não poderão sofrer alterações por livre disposição de nenhuma das partes, em estrita conformidade com a legislação vigente à época do evento.

3.3 – A empresa **CONTRATANTE** declara, ter recebido na data de assinatura da presente contratação, da **CONTRATADA**, salvos em mídia digital, os instrumentos contratuais que regulam os produtos contratados especificados na **PROPOSTA COMERCIAL** e na **TABELA DE PREÇOS**.

**CLÁUSULA QUARTA
DA ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA E ÁREA DE ATUAÇÃO**

4.1 – A Área de Abrangência Geográfica, corresponde à área em que a **CONTRATADA** fica obrigada a garantir as coberturas de assistência médica e/ou odontológica contratadas. A Área de Atuação corresponde, para fins de toda e qualquer previsão legal e regulatória, aos municípios ou estados onde os produtos são comercializados, e variam de acordo com o(s) produto(s) constantes da **TABELA DE PREÇOS**, anexa à Proposta Comercial e ao presente instrumento, em conformidade com o instrumento contratual que regula cada um dos produtos contratados.

CLÁUSULA QUINTA DA ACOMODAÇÃO

5.1 – O padrão de acomodação será determinado de acordo com cada produto contratado, que segue(m) descrito(s) na Proposta Comercial. Importa ressaltar que produtos de assistência médica com segmentação exclusivamente ambulatorial, bem como produtos de assistência odontológica NÃO POSSUEM ACOMODAÇÃO.

CLÁUSULA SEXTA TIPO DE CONTRATAÇÃO

6.1. – Este instrumento é de contratação COLETIVA EMPRESARIAL, na forma do item 2.1.1, nos termos da Resolução Normativa nº 557/2022, da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

6.1.2. - Fica a CONTRATANTE, caso constituída como EMPRESÁRIO INDIVIDUAL, nos termos da RN nº 557/2022 obrigada a, anualmente, em até 60(sessenta) dias da data de aniversário do contrato, comprovar perante a CONTRATADA a sua regularidade junto à Receita Federal e à Junta Comercial do respectivo Estado/Órgão Competente, bem como o vínculo empregatício dos seus empregados e de parentesco entre estes e seus dependentes, através da seguinte documentação:

- a) Requerimento de Empresário ou Contrato Social registrado na Junta Comercial do respectivo Estado da Federação ou Órgão competente, que esteja em situação ATIVA;
- b) Comprovante de inscrição emitido junto ao site da Receita Federal que comprove a regularidade cadastral, em situação ATIVA;
- c) Comprovantes de vínculo empregatício de seus empregados (GFIP, cópia da Ficha de Registro do Empregado ou Cópia da CTPS) e de vínculo de parentesco entre titulares e dependentes, quando a CONTRATANTE tiver funcionários a serem incluídos no contrato (Certidão de Casamento/Declaração de União Estável e Certidão de Nascimento).

6.1.2.1. - Anualmente, no aniversário do contrato, o CONTRATANTE deverá obrigatoriamente apresentar a documentação indicada no item 6.1.2. devidamente atualizada junto à CONTRATADA, sob pena ter o seu contrato rescindido, conforme alínea “b”, do item 26.1.2.1., da cláusula vigésima sexta, do presente instrumento.

6.2. – A forma de custeio do plano pela CONTRATANTE é INTEGRAL, não gerando para os beneficiários ativos inscritos nos produtos contratados por ocasião do presente instrumento, os direitos previstos nos arts. 30 e 31, da Lei No. 9.656/98 e RN No. 488/2022, quando vierem a ser demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados.

6.2.1 - No caso de custeio integral pela CONTRATANTE, não será considerada contribuição, os valores relacionados aos dependentes e à coparticipação do beneficiário na utilização dos serviços de assistência médica ou hospitalar.

CLÁUSULA SÉTIMA DOS BENEFICIÁRIOS

7.1 - São considerados beneficiários das coberturas dos planos de assistência à saúde, objetos desta contratação, os Beneficiários Titulares e o Beneficiários Dependentes.

7.2 - São considerados BENEFICIÁRIOS TITULARES:

7.2.1 – ATIVOS: Pessoas vinculadas à pessoa jurídica contratante por relação empregatícia ou estatutária, sócios e administradores da pessoa jurídica contratante, agentes políticos, trabalhadores temporários prestadores de serviço, estagiários e menores aprendizes, devidamente inscritos no presente Contrato.

7.2.2 – INATIVOS: Demitidos/Exonerados sem justa causa ou Aposentados, em conformidade com o disposto nos artigos 30 e 31, da Lei 9.656/1998 e na RN 488 da ANS.

7.3 - Serão considerados Beneficiários Dependentes aqueles que forem incluídos pelo Beneficiário Titular, conforme lista de beneficiários anexa à este Instrumento, cujo ingresso dependerá da participação do Beneficiário Titular no contrato.

7.4 – A contratação pelo interessado dar-se-á mediante a escolha dentre uma das opções de produtos disponibilizados pela CONTRATADA à CONTRATANTE, mediante instrumento contratual próprio, podendo se dar também nos casos de constituição de vínculo familiar.

7.5 – A escolha por um produto dentre as opções ofertadas à CONTRATANTE implica total e irrestrita concordância com as regras inerentes à contratação.

7.6 – O CONTRATANTE, assim como os beneficiários inscritos por ocasião da presente contratação, se obrigam, a qualquer tempo, quando solicitado pela CONTRATADA, a comprovar, através da apresentação de documentação válida, sua vinculação funcional à pessoa jurídica contratante ou o vínculo parental entre beneficiários titulares e dependentes.

7.7 – Dentre as hipóteses de beneficiários dependentes previstas na legislação aplicável e, visando garantir as condições negociais acordadas, as partes convencionam, como critério de dependência para fins da presente contratação, as pessoas listadas abaixo, cujo ingresso dependerá da participação do beneficiário titular no contrato. Assim, poderão ser incluídos, como beneficiário dependente:

- a) O cônjuge ou companheiro(a) do titular, mediante apresentação da certidão de casamento ou declaração de união estável emitida por cartório competente;
- b) Os(As) filhos(as) do titular, até 43 (quarenta e três) anos de idade, mediante apresentação da certidão de nascimento ou RG do filho(a);
- c) O(A) enteado(a) do titular, até 43 (quarenta e três) anos de idade, mediante apresentação da certidão de casamento / união estável do titular e certidão de nascimento ou RG do enteado(a).
- d) Os (As) netos(as) do titular, até 43 (quarenta e três) anos de idade, mediante apresentação da certidão de nascimento ou RG do(a) neto(a).

7.8 – A CONTRATADA poderá exigir a documentação que comprove a relação funcional ou de dependência dos pretensos beneficiários, conforme disposto na Cláusula 7.6. e, no caso do CONTRATANTE ser EMPRESÁRIO INDIVIDUAL, conforme disposto no item 6.1.1., da Cláusula 6.1., do presente instrumento.

7.8.1 – Independentemente da exigência prevista neste instrumento, a CONTRATANTE se compromete com a veracidade de todos os dados informados, se responsabilizando integralmente por estes últimos, para todos os fins de direito e prova.

CLÁUSULA OITAVA

DAS INCLUSÕES E EXCLUSÕES DE BENEFICIÁRIOS E ALTERAÇÕES CADASTRais

8.1 – As inclusões dos interessados nos planos contratados serão de responsabilidade da CONTRATANTE, sendo igualmente responsável por todas as informações e documentos necessários às adesões, de forma a comprovar os vínculos regulatórios exigidos para a efetivação da contratação.

8.2 – As inclusões de novos beneficiários, serão promovidas pela CONTRATANTE através do website da CONTRATADA, mediante login e senha próprios:

- a) Se o vencimento do valor mensal do contrato for 05 (cinco) - até o dia 10 (dez) do mês respectivo, apresentando toda a documentação necessária para as inclusões, que ocorrerão a partir do 1º (primeiro) dia do mês subsequente. Os mesmos prazos deverão ser obedecidos nas solicitações de alterações cadastrais dos beneficiários;
- b) Se o vencimento do valor mensal do contrato for qualquer outra data - até o dia 15 (quinze) do mês respectivo, apresentando toda a documentação necessária para as inclusões, que ocorrerão a partir do 1º (primeiro) dia do mês subsequente. Os mesmos prazos deverão ser obedecidos nas solicitações de alterações cadastrais dos beneficiários.

8.3 – As exclusões dos Beneficiários Titulares e Beneficiários Dependentes serão promovidas pelo CONTRATANTE, através do endereço eletrônico da CONTRATADA, mediante login e senha próprios:

- a) Se o vencimento do valor mensal do contrato for 05 (cinco) - até o dia 10 (dez) do mês respectivo, apresentando toda a documentação necessária para as exclusões, que ocorrerão a partir do 1º (primeiro) dia do mês subsequente. Os mesmos prazos deverão ser obedecidos nas solicitações de alterações cadastrais dos beneficiários;
- b) Se o vencimento do valor mensal do contrato for qualquer outra data - até o dia 15 (quinze) do mês respectivo, apresentando toda a documentação necessária para as exclusões, que ocorrerão a partir do 1º (primeiro) dia do mês subsequente. Os mesmos prazos deverão ser obedecidos nas solicitações de alterações cadastrais dos beneficiários.

8.3.1 – O beneficiário titular poderá solicitar sua exclusão ou a exclusão de seu(s) dependente(s) à CONTRATANTE, a qualquer tempo, devendo observar o que determina o item 23.1., da cláusula vigésima terceira, deste instrumento.

8.3.2 - Na falta de comunicação, em tempo oportuno, da inclusão ou exclusão de Beneficiários, a fatura se baseará nos dados disponíveis, sendo as eventuais retificações implementadas na fatura subsequente.

8.3.3 - As despesas decorrentes do atendimento de Beneficiário Titular e de seus Dependentes, que deixou de pertencer aos quadros da CONTRATANTE, cuja exclusão não tenha sido imediatamente comunicada à CONTRATADA, serão de responsabilidade da CONTRATANTE.

8.4 - A CONTRATANTE, ao solicitar a exclusão de beneficiário(s) do plano privado de assistência à saúde, deverá informar à CONTRATADA:

- I – se o beneficiário foi excluído por demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria;
- II – se o beneficiário contribuía para o pagamento do plano privado de assistência à saúde;
- III – por quanto tempo o beneficiário contribuiu para o pagamento do plano privado de assistência à saúde; e
- IV – se o ex-empregado optou pela sua manutenção como beneficiário ou se renunciou o seu direito de continuar na condição de beneficiário.

8.5 – Nos termos da RN 488 da ANS, a CONTRATADA solicitará à CONTRATANTE, sempre que esta última solicitar a exclusão de beneficiário, que lhe seja informado a razão da exclusão, e sendo por demissão/exoneração, sem justa, ou aposentadoria, e só acatará mediante a comprovação de que o mesmo foi comunicado da opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, bem como das informações previstas no item anterior.

CLÁUSULA NONA DAS COBERTURAS E DOS PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

9.1 – Todas as coberturas e procedimentos garantidos serão os vigentes à época do evento, devidamente regulamentados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, e descritos especificamente nas Minutas dos Contratos de prestação de Assistência à Saúde, entregues, neste ato, ao CONTRATANTE.

9.2 - Estão excluídas da cobertura contratada os serviços de enfermagem, fisioterapia, fonoterapia, terapia ocupacional ou qualquer tipo de sessão multidisciplinar de caráter particular, em regime domiciliar ou hospitalar, mesmo que as condições do paciente exijam cuidados especiais e/ou extraordinários, consultas, serviços ou atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de urgência ou emergência, aluguel de equipamentos hospitalares e similares, coleta de exames laboratoriais em domicílio, Home-Care e etc., ainda que solicitados pelo médico assistente. Caso a CONTRATANTE tenha interesse em oferecer esses serviços a seus beneficiários, poderá solicitar à CONTRATADA uma proposta para fornecimento dos serviços, com custeio em fatura extra (custo operacional).

CLÁUSULA DÉCIMA DA COBERTURA PARA SAÚDE MENTAL

10.1. Aos beneficiários que optarem por planos com segmentação hospitalar, com ou sem coparticipação, será assegurada a cobertura para internação psiquiátrica, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria em hospital geral para internação psiquiátrica, conforme legislação específica vigente, nos seguintes termos:

a) Custeio de 30 (trinta) dias de internação contínuos ou não, a cada 12(doze) meses de vigência do contrato; ultrapassados 30 (trinta) dias de internação, contínuos ou não, nos 12 (doze) meses de vigência do contrato, será cobrado do CONTRATANTE, a título de coparticipação, o percentual de 50% (cinquenta por cento) do valor contratado entre a CONTRATADA e o respectivo prestador de serviços de saúde, que é a participação financeira do CONTRATANTE quando da utilização dos referidos serviços de assistência.

b) Cobertura de hospital-dia para transtornos mentais, de acordo com as Diretrizes de Utilização estabelecidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA DO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

11.1 – A cobertura para atendimento de Urgência e Emergência de cada produto seguirá o que estiver sendo disposto nas Minutas dos Contratos de prestação de Assistência Médica e/ou Odontológica que integram o presente instrumento.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA DAS DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

12.1 - As regras concernentes às doenças e lesões preexistentes seguirão o que estiver sendo disposto nas Minutas dos Contratos de cada produto de prestação de Assistência à Saúde.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA DA REMOÇÃO E TRASLADOS

13.1 – As regras concernentes à remoção seguirão o que estiver disposto nas Minutas dos Contratos de cada produto de prestação de Assistência à Saúde, parte integrante deste instrumento, bem como na Resolução Normativa nº 566/2022, da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e posteriores alterações.

13.2 – As partes contratantes pactuam que, objetivando propiciar o melhor atendimento possível aos beneficiários da CONTRATANTE, bem como a melhor adequação dos custos assistenciais, fica facultado à CONTRATADA, a seu exclusivo critério, o traslado de pacientes para tratamentos médicos em outras localidades, pertencentes à área geográfica de abrangência e à área de atuação do produto, nas quais disponibilize estrutura própria ou credenciada apta a oferecer condições terapêuticas avançadas e seguras ao usuário, cabendo a CONTRATADA suportar integralmente as despesas advindas do transporte do paciente.

13.2.1 – A CONTRATANTE autoriza a realização pela CONTRATADA dos traslados ora descritos, e assume a obrigação de divulgar, por ocasião da assinatura desse contrato, tal previsão para todos os seus usuários, titulares e dependentes.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA DAS EXCLUSÕES DE COBERTURA

14.1 – As regras concernentes às exclusões de cobertura de cada produto seguirão o que estiver disposto nas Minutas dos Contratos de prestação de Assistência à Saúde, além do que não for de cobertura obrigatória, de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS e Lei 14.454/2022, vigente à época da solicitação do procedimento, de acordo com as segmentações do produto ao qual o beneficiário está vinculado.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

15.1 – As disposições concernentes aos mecanismos de regulação para utilização dos serviços dos produtos contratados, seguirão o que estiver disposto nas Minutas dos Contratos de prestação de Assistência à Saúde que integram o presente instrumento.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA DO NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS

16.1 – A CONTRATANTE se compromete a manter, em virtude das condições garantidas pela CONTRATADA no presente instrumento contratual, durante o prazo de vigência deste, o número mínimo de 02 (dois) beneficiários, sob pena de rescisão imediata do presente contrato.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA DAS CARÊNCIAS

17.1 – Em conformidade com a Resolução Normativa Nº 557/2022, poderá ser considerada a exigência de cumprimento de prazos de carência aos planos Coletivos Empresariais, com menos de 30 (trinta) participantes.

17.1.1 - Assim, o direito de atendimento do beneficiário, de acordo com as coberturas previstas na(s) segmentação(ões) assistencial(is) do plano no qual ingressou, encontrar-se-á vinculado, a contar da data do seu efetivo ingresso no plano, aos prazos de carência estabelecidos no QUADRO seguinte:

Condição	Prazos de Carência
I – Para as empresas com um universo de 02 a 15 beneficiários, quando a inscrição do beneficiário ocorrer EM ATÉ 30 dias contados: a) da data de assinatura do contrato; b) da data de admissão na pessoa jurídica contratante;	a) 24 (vinte e quatro) horas: - para a cobertura de acidentes pessoais, ocorridos comprovadamente após a vigência do contrato e complicações decorrentes do processo gestacional, sendo que as demais condições de atendimento de urgência/emergência estão detalhadas na Cláusula de Urgência/emergência, conforme a CONSU No. 13/98; - para consultas médicas e exames laboratoriais simples (exceto Imunológicos, Hormonais e PAC), Raio X simples (Radiografia não contratada) e Eletrocardiograma; b) 60 (sessenta) dias: - para procedimentos odontológicos (somente para planos com cobertura odontológica); - para exames Cardiológicos simples (Teste Ergométrico, Holter, Ecocardiograma (exceto PAC); - para exames Oftalmológicos simples (Curva Tensional, Tonometria, Campimetria, Mapeamento de Retina (exceto PAC); - para exames Otorrinolaringológicos simples (Audiometria e Impedanciometria, Pesquisa de Potencial Evocado (BERA) (exceto PAC); - para Raio X contrastado (exceto PAC); - para Ultrassonografias (exceto endoscópicas ou PAC); - para Mamografia e Densitometria Óssea. c) 180 (cento e oitenta) dias:

<p>c) da data do casamento/união estável ou do nascimento/adoção.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - para Internações Hospitalares, clínicas ou cirúrgicas (exceto as relacionadas a patologias sob CPT); - para Cirurgias Ambulatoriais (exceto as relacionadas a patologias sob CPT); - para Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Endoscopia, Colonoscopia, Medicina Nuclear, Angiografia (cerebral central e/ou periférica), procedimentos que necessitem de Hemodinâmica (Cateterismo Cardiológico), Radioterapia, Quimioterapia (exceto os relacionados a patologias sob CPT); - Consultas, Sessões e Terapias Simples, Especiais, Isoladas e Multidisciplinares, inclusive, com métodos específicos – ABA, BOBATH e outras - (como psicoterapia, fonoaudiologia, nutricionista, fisioterapia, e terapia ocupacional) - para todos os procedimentos não mencionados nos itens anteriores. <p>d) 300 dias: para parto a termo (somente para planos com cobertura obstétrica).</p>
<p>II – Para as Empresas com um universo de 16 a 29 beneficiários, quando a inscrição do beneficiário ocorrer EM ATÉ 30 dias contados:</p> <p>a) da data de assinatura do contrato;</p> <p>b) da data de admissão na pessoa jurídica contratante;</p> <p>c) da data do casamento/união estável ou do nascimento/adoção.</p>	<p>a) 24 (vinte e quatro) horas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - para a cobertura de acidentes pessoais, ocorridos comprovadamente após a vigência do contrato e complicações decorrentes do processo gestacional, sendo que as demais condições de atendimento de urgência/emergência estão detalhadas na Cláusula de Urgência/emergência, conforme a CONSU No. 13/98; - consultas médicas e exames laboratoriais simples (exceto Imunológicos, Hormonais e PAC), Raio X simples (Radiografia não contratada) e Eletrocardiograma; - para exames Cardiológicos simples (Teste Ergométrico, Holter, Ecocardiograma (exceto PAC); - para exames Oftalmológicos simples (Curva Tensional, Tonometria, Campimetria, Mapeamento de Retina (exceto PAC); - para exames Otorrinolaringológicos simples (Audiometria e Impedanciometria, Pesquisa de Potencial Evocado (BERA) (exceto PAC); - para Raio X contrastado (exceto PAC); - para Ultrassonografias (exceto endoscópicas ou PAC); - para Mamografia e Densitometria Óssea. <p>b) 60 (sessenta) dias: para procedimentos odontológicos (somente para planos com cobertura odontológica).</p> <p>c) 180 (cento e oitenta) dias:</p> <ul style="list-style-type: none"> - para Internações Hospitalares, clínicas ou cirúrgicas (exceto as relacionadas a patologias sob CPT); - para Cirurgias Ambulatoriais (exceto as relacionadas a patologias sob CPT); - para Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Endoscopia, Colonoscopia, Medicina Nuclear, Angiografia (cerebral central e/ou periférica), procedimentos que necessitem de Hemodinâmica (Cateterismo Cardiológico), Radioterapia, Quimioterapia (exceto os relacionados a patologias sob CPT); - Consultas, Sessões e Terapias Simples, Especiais, Isoladas e Multidisciplinares, inclusive, com métodos específicos – ABA, BOBATH e outras - (como psicoterapia, fonoaudiologia, nutricionista, fisioterapia, e terapia ocupacional) - para todos os procedimentos não mencionados nos itens anteriores. <p>d) 300 dias: para parto a termo (somente para planos com cobertura obstétrica).</p>
	<p>a) 24 (vinte e quatro) horas: para a cobertura de acidentes pessoais, ocorridos comprovadamente após a vigência do contrato e complicações decorrentes do processo gestacional, sendo que as demais condições de atendimento de urgência/emergência estão detalhadas na Cláusula de Urgência/emergência, conforme a CONSU No. 13/98.</p> <p>b) 30 (trinta) dias: consultas médicas e exames laboratoriais simples (exceto Imunológicos, Hormonais e PAC), Raio X simples (Radiografia não contrastada) e Eletrocardiograma;</p>

<p>III – Para as Empresas com um universo de 02 a 15 OU 16 a 29 OU acima de 30 beneficiários, quando a inscrição do beneficiário ocorrer APÓS 30 dias contados:</p> <p>a) da data de assinatura do contrato; b) da data de admissão na pessoa jurídica contratante; c) da data do casamento/união estável ou do nascimento/adoção.</p>	<p>c) 60 (sessenta) dias: para procedimentos odontológicos (somente para planos com cobertura odontológica).</p> <p>d) 90 (noventa) dias: - para exames Cardiológicos simples (Teste Ergométrico, Holter, Ecocardiograma (exceto PAC); - para exames Oftalmológicos simples (Curva Tensional, Tonometria, Campimetria, Mapeamento de Retina (exceto PAC); - para exames Otorrinolaringológicos simples (Audiometria e Impedanciometria, Pesquisa de Potencial Evocado (BERA) (exceto PAC); - para Raio X contrastado (exceto PAC); - para Ultrassonografias (exceto endoscópicas ou PAC); - para Mamografia e Densitometria Óssea.</p> <p>c) 180 (cento e oitenta) dias: - para Internações Hospitalares, clínicas ou cirúrgicas (exceto as relacionadas a patologias sob CPT); - para Cirurgias Ambulatoriais (exceto as relacionadas a patologias sob CPT); - para Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Endoscopia, Colonoscopia, Medicina Nuclear, Angiografia (cerebral central e/ou periférica), procedimentos que necessitem de Hemodinâmica (Cateterismo Cardiológico), Radioterapia, Quimioterapia (exceto os relacionados a patologias sob CPT); - Consultas, Sessões e Terapias Simples, Especiais, Isoladas e Multidisciplinares, inclusive, com métodos específicos – ABA, BOBATH e outras - (como psicoterapia, fonoaudiologia, nutricionista, fisioterapia, e terapia ocupacional) - para todos os procedimentos não mencionados nos itens anteriores.</p> <p>d) 300 dias: para parto a termo (somente para planos com cobertura obstétrica).</p>
<p>IV – Para as Empresas com um universo acima de 30 beneficiários, quando a inscrição do beneficiário ocorrer EM ATÉ 30 dias contados:</p> <p>a) da data de assinatura do contrato; b) da data de admissão na pessoa jurídica contratante; c) da data do casamento/união estável ou do nascimento/adoção.</p>	<p>Não haverá cumprimento de prazos de carência nem cumprimento de Cobertura Parcial Temporária – CPT</p>

17.1.2 - Havendo a contratação de mais de um plano de assistência médica-hospitalar, poderá a CONTRATADA, por mera liberalidade, considerar o total de beneficiários inscritos nestes planos para a contagem de participantes estipulada no subitem 17.1.3 - Do item 17.1., desta cláusula. No entanto, em hipótese alguma, os beneficiários inscritos em planos exclusivamente odontológicos serão considerados nessa contagem.

17.2 – Depois de inscrito em um dos produtos, caso haja interesse do beneficiário em migrar para outro produto dentre os contratados pelo CONTRATANTE, que possua as mesmas coberturas do produto anterior, mas que garanta o acesso a profissionais, entidades ou prestadores de serviços de saúde não previstos no produto anterior ou a melhor padrão de acomodação, ficará sujeito ao cumprimento do prazo de carência de 180 (cento e oitenta) dias para todo e qualquer procedimento em relação a esses profissionais, entidades ou prestadores de serviços de assistência à saúde ou ao melhor padrão de acomodação acrescidos, com exceção dos casos previstos na legislação vigente. Caso opte por migrar para outro produto que possua coberturas diferentes do produto anterior, estará sujeito ao cumprimento dos períodos normais de carência previstos para os procedimentos relativos às novas coberturas.

17.3 – Quando o Beneficiário Titular se vincular a um plano com segmentação obstétrica, será assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, como dependente, com aproveitamento do período de carência já cumprida pelo Beneficiário Titular, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados do nascimento ou da adoção.

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA DA FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

18.1 – O pagamento das contraprestações pecuniárias à CONTRATADA será de responsabilidade da CONTRATANTE, independentemente do adimplemento de seus beneficiários.

18.2 - O valor da contraprestação pelos serviços prestados deverá ser pago conforme vencimento determinado.

18.3 – O regime de pagamento de cada produto será aquele constante na respectiva Minuta do Contrato de prestação de Assistência à Saúde.

18.4 - Em caso de inadimplência dos Beneficiários junto à CONTRATANTE, esta se responsabilizará integralmente pelo custeio das mensalidades, sendo vedado à CONTRATADA cobrar os valores diretamente dos Beneficiários.

18.5 - Se houver atraso no pagamento da mensalidade, o valor a ser pago pela CONTRATANTE será acrescido do percentual de juros de 1% (um por cento) ao mês e à multa de 2% (dois por cento) sobre o valor do débito em atraso, podendo a CONTRATADA cobrar outros encargos decorrentes da mora, como atualização monetária, custos administrativos e/ou honorários de cobrança, se for o caso, não podendo ultrapassar a 10% (dez por cento) do valor principal (pro rata die), ficando a CONTRATANTE ciente de que seu nome poderá ser inscrito no órgãos de proteção ao crédito, nos termos da legislação vigente.

18.6 – O valor da mensalidade devida pela CONTRATANTE será calculada com base no(s) produto(s) escolhido(s), levando-se em consideração o número de beneficiários participantes da contratação, de acordo com a Tabela citada na Cláusula Quarta.

18.7 – O pagamento deverá ser efetuado no dia de vencimento conforme marcação na PROPOSTA COMERCIAL.

18.8 - Não haverá distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários ATIVOS que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles a este já vinculados, ressalvadas as condições de variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária, migração e adaptação de contrato à Lei nº 9.656/98.

18.9 - Não haverá distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários INATIVOS que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles a este já vinculados, ressalvadas as condições de variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária, migração e adaptação de contrato à Lei nº 9.656/98, tudo em conformidade com a RN 488/2022.

CLÁUSULA DÉCIMA NONA DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO FINANCEIRA

19.1. Com exceção do disposto no item 10.1., da CLÁUSULA DÉCIMA, que se aplica a todos os produtos da CONTRATADA, fica o CONTRATANTE ciente de que o pagamento de CO-PARTICIPAÇÃO ou de FRANQUIA depende do produto contratado e será de acordo com o previsto na minuta contratual que o regula, nos percentuais ou valores fixos expressos na PROPOSTA COMERCIAL, quando for o caso.

CLÁUSULA VIGÉSIMA DO REAJUSTE

20.1 – Conforme disposto no art. 3º, da RN nº 565/2022, da ANS, é obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos coletivos com menos de 30 (trinta) beneficiários, para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento, com exceção dos contratos exclusivamente odontológicos, e contratos exclusivos para beneficiários INATIVOS.

20.1.1 - Os contratos inseridos no agrupamento que trata o item acima terão o valor das mensalidades e da tabela de preços para novas adesões reajustados anualmente, de acordo com a variação do Índice Geral de Preços de Mercado (IGPM), apurada com base na variação dos últimos 12 (doze) meses, ou do último Índice de reajuste determinado pela ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, o que for maior dos dois. A medição será feita com antecedência de 3 (três) meses em relação à data-base de aniversário do contrato, considerada esta o mês de início de sua vigência.

20.1.2 - Caso seja verificado o desequilíbrio econômico-atuarial da carteira, este contrato receberá reajuste por sinistralidade nos termos dos itens abaixo.

a) O desequilíbrio é constatado quando o nível de sinistralidade da carteira ultrapassar a meta de sinistralidade, fixada em 60% (sessenta por cento), cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas da carteira, apuradas no período de 12 meses consecutivos, anteriores à data base de aniversário do contrato.

b) 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 (12 meses) na carteira de planos e S_m - Meta de Sinistralidade da carteira expressa em todos os contratos da carteira.

20.1.3 - Caso seja constatado desequilíbrio econômico-atuarial resultado de alterações no risco assistencial provenientes do aumento do ROL de Procedimentos Obrigatórios publicado pela ANS, das alterações na legislação que incorram em aumento de custos, das alterações na rede de prestadores e das elevações de custos oriundos de decisões do judiciário, o contrato poderá ser reajustado, e a metodologia do reajuste, bem como seu impacto, serão divulgados pela Contratada por meio de seu site na internet.

20.1.4 - Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação dos reajustes previsto nos itens 20.1.2 e 20.1.3, os mesmos deverão ser procedidos de forma complementar ao especificado no item 20.1.1 e na mesma data, de forma a garantir a anualidade dos reajustes.

20.2 - Os contratos não inseridos no agrupamento que trata o item acima, com exceção dos planos para beneficiários INATIVOS, terão o valor das mensalidades e da tabela de preços para novas adesões reajustados em conformidade com o previsto nos itens abaixo:

20.2.1 - Os contratos serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do Índice Geral de Preços de Mercado (IGPM), apurada com base na variação dos últimos 12 (doze) meses, ou do último Índice de reajuste determinado pela ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, o que for maior dos dois. A medição será feita com antecedência de 3 (três) meses em relação à data-base de aniversário do contrato, considerada esta o mês de sua assinatura.

20.2.2 - Caso seja verificado o desequilíbrio econômico-atuarial da carteira, este contrato receberá reajuste por sinistralidade nos termos dos itens abaixo.

a) O desequilíbrio é constatado quando o nível de sinistralidade da carteira ultrapassar a meta de sinistralidade, fixada em 70% (setenta por cento), cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas da carteira, apuradas no período de 12 meses consecutivos, anteriores à data base de aniversário do contrato.

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

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

Onde: S - Sinistralidade apurada no período (12 meses) na carteira de planos; e

Sm - Meta de Sinistralidade da carteira expressa em todos os contratos da carteira.

20.2.3 - Caso seja constatado desequilíbrio econômico-atuarial resultado de alterações no risco assistencial provenientes do aumento do ROL de Procedimentos Obrigatórios publicado pela ANS, das alterações na legislação que incorram em aumento de custos, das alterações na rede de prestadores e das elevações de custos oriundos de decisões do judiciário, o contrato poderá ser reajustado, e seu impacto será comunicado pela Contratada.

20.2.4 - Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação dos reajustes previsto nos itens 20.2.2 e 20.2.3, os mesmos deverão ser procedidos de forma complementar ao especificado no item 20.2.1 e na mesma data, de forma a garantir a anualidade dos reajustes.

20.3 - Os contratos exclusivos de beneficiários INATIVOS, assim considerados os aposentados ou demitidos/exonerados sem justa causa, em conformidade com o disposto nos artigos 30 e 31, da Lei 9.656/98, e RN 488 da ANS, terão o valor das mensalidades e da tabela de preços para novas adesões reajustados em conformidade com o previsto nos itens abaixo:

20.3.1 - Os contratos serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do Índice Geral de Preços de Mercado (IGPM), apurada com base na variação dos últimos 12 (doze) meses, ou do último Índice de reajuste determinado pela ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, o que for maior dos dois. A medição será feita com antecedência de 3 (três) meses em relação à data-base de aniversário do contrato, considerada esta o mês de sua assinatura.

20.3.2 - Caso seja verificado o desequilíbrio econômico-atuarial da carteira de planos de beneficiários INATIVOS, este contrato receberá reajuste por sinistralidade nos termos dos itens abaixo.

a) O desequilíbrio é constatado quando o nível de sinistralidade da carteira ultrapassar a meta de sinistralidade, fixada em 60% (sessenta por cento), cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas da carteira, apuradas no período de 12 meses consecutivos, anteriores à data base de aniversário do contrato.

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

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

Onde: S - Sinistralidade apurada no período (12 meses) na carteira de planos exclusivos de INATIVOS; e

Sm - Meta de Sinistralidade da carteira expressa em todos os contratos da carteira.

20.3.3 - Caso seja constatado desequilíbrio econômico-atuarial resultado de alterações no risco assistencial provenientes do aumento do ROL de Procedimentos Obrigatórios publicado pela ANS, das alterações na legislação que incorram em aumento de custos, das alterações na rede de prestadores e das elevações de custos oriundos de decisões do judiciário, o contrato poderá ser reajustado, e seu impacto será comunicado pela Contratada.

20.3.4 - Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação dos reajustes previsto nos itens 20.3.2 e 20.3.3, os mesmos deverão ser procedidos de forma complementar ao especificado no item 20.3.1 e na mesma data, de forma a garantir a anualidade dos reajustes.

20.4 – Os percentuais de reajustes aplicados aos contratos citados nos itens 20.1, 20.2 e 20.3 são independentes entre si.

20.5 - Nenhum contrato poderá receber reajuste em periodicidade inferior a 12 meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária. Caso a legislação venha a permitir reajustes em prazo inferior a 01 (um) ano, o reajuste financeiro será automaticamente aplicado ao presente instrumento, na menor periodicidade admitida.

20.6 - Independentemente da data de inclusão dos beneficiários, os valores de suas contraprestações terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência deste Instrumento, entendendo-se esta como data base única.

CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA DAS FAIXAS ETÁRIAS E SUAS VARIAÇÕES

21.1 - As variações das contraprestações pecuniárias, em razão da idade do Beneficiário (ATIVOS e INATIVOS), obedecerão aos percentuais indicados na TABELA DE PREÇOS, podendo ser distintas as tabelas de preços para beneficiários ATIVOS e INATIVOS, bem como nos instrumentos específicos de cada produto contratado.

21.2 – É certo que o valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a 06 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária, e a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

21.3 - Em havendo alteração da faixa etária de qualquer Beneficiário inscrito, o valor da contraprestação pecuniária correspondente àquele Beneficiário será reajustado, no mês subsequente da ocorrência.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA DAS REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

22.1 - É de responsabilidade da CONTRATANTE informar aos seus beneficiários os direitos garantidos pelos artigos 30 e 31, da Lei Federal nº 9.656/98, regulamentados pela RN 488 da ANS, sempre que houver demissão sem justa causa ou aposentadoria do beneficiário, quando houver parcial ou total por parte deste no pagamento de suas mensalidades.

22.2 - O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado, que contribuía para o custeio do seu plano, poderá optar pela manutenção da condição de beneficiário, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, em resposta à comunicação do empregador, formalizada no ato da rescisão contratual, e desde que assuma o pagamento integral do plano.

22.3 - A contagem do prazo previsto no item acima somente se inicia a partir da comunicação inequívoca ao ex-empregado sobre a opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho.

22.4 – De acordo com o item 6.2. e 6.2.1, da Cláusula Sexta, do presente instrumento, os beneficiários vinculados à presente contratação não fazem jus aos direitos garantidos pelos artigos 30 e 31, da Lei Federal nº 9.656/98, regulamentados pela RN 488 da ANS.

CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCEIRA DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

23.1 – Caberá à CONTRATANTE solicitar a suspensão ou exclusão de Beneficiários, que se dará na forma da Cláusula Oitava. O beneficiário titular que desejar solicitar a sua exclusão ou a exclusão de um dependente, nos termos da RN nº 561/2022, poderá solicitar à CONTRATANTE que terá o prazo de 30 (trinta) dias para providenciar o cancelamento/exclusão junto à Operadora. Ultrapassado esse prazo sem que o CONTRATANTE tenha promovido o cancelamento/exclusão junto à CONTRATADA, o beneficiário poderá promovê-lo junto à Operadora.

23.1.1 – A exclusão do beneficiário titular implicará automaticamente na exclusão de seus dependentes.

23.2 – A CONTRATADA poderá excluir ou suspender a prestação dos serviços, sem a anuência da CONTRATANTE, nas seguintes hipóteses:

a) fraude;

b) pela perda do vínculo do beneficiário titular com a CONTRATANTE, ou de dependência, ressalvado o disposto nos arts. 30 e 31, da Lei no. 9.656, de 03 de junho de 1998;

c) no caso dos beneficiários dependentes, quando atingirem a idade máxima prevista no presente instrumento.

23.2.1 - A exclusão do beneficiário titular pela perda do vínculo com a CONTRATANTE, ressalvado o disposto nos arts. 30 e 31, da Lei No. 9.656/98, implicará automaticamente na exclusão de seus dependentes.”

23.3 – O Beneficiário Inativo, que estiver no gozo dos benefícios previstos nos arts. 30 e 31, da Lei No. 9.656/98, assim como seu grupo familiar inscrito, terá o atendimento suspenso após 05 (cinco) dias de atraso no pagamento da mensalidade ou de sua liquidação parcial, mantendo-se desta forma até a quitação total do débito e será automaticamente excluído do plano, independente de qualquer notificação prévia por parte da CONTRATADA, a partir do trigésimo dia de atraso ou do pagamento parcial da mensalidade, sem prejuízo da execução imediata da cobrança.

CLÁUSULA VIGÉSIMA QUARTA DA EXTENSÃO DAS CONDIÇÕES CONTRATUAIS

24.1 – A CONTRATANTE poderá estender as condições contratuais estabelecidas no presente Termo a outras empresas interessadas e a ela comprovadamente vinculadas, desde que haja concordância da CONTRATADA, através de Aditivo específico para este fim denominado **ADITIVO DE INCLUSÃO DE CO-CONTRATANTE(S)**.

24.2 – Em função de tratar-se de uma contratação solidária pelo GRUPO CONTRATANTE, e certo que a desvinculação de uma das empresas relacionadas só poderá ocorrer mediante aditivo com anuência de todas as empresas co-contratantes, fica acertado que a exclusão da Empresa só poderá ocorrer mediante assinatura do aditivo denominado **ADITIVO DE EXCLUSÃO DE CO-CONTRATANTE(S)**.

CLÁUSULA VIGÉSIMA QUINTA DO PRAZO DE VIGÊNCIA

25.1 – Este Termo tem prazo de vigência de 12 (doze) meses, contados a partir da data referida na PROPOSTA COMERCIAL, sendo renovado automaticamente por prazo indeterminado, caso não haja manifestação contrária das partes.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEXTA DA SUSPENSÃO E DA RESCISÃO

26.1. – Quando o CONTRATANTE for constituído sob a forma de EMPRESÁRIO INDIVIDUAL, as condições de suspensão e de rescisão contratual obedecerão ao que adiante se segue:

26.1.1. - O contrato firmado entre as partes poderá ser SUSPENSO, a qualquer tempo, após 5 (cinco) dias de atraso no pagamento da fatura ou da sua liquidação parcial, até a quitação do valor total da obrigação, sem prejuízo da cobrança integral das mensalidades, independentemente de notificação prévia por parte da CONTRATADA.

26.1.2. - O contrato poderá ser rescindido unilateralmente pela CONTRATADA:

26.1.2.1. - A qualquer tempo:

a) Por inadimplência superior a 30(trinta) dias de atraso no pagamento da fatura, ainda que esta tenha sido parcialmente liquidada, sem prejuízo da cobrança integral das mensalidades em aberto, mediante notificação prévia ao CONTRATANTE, na qual seja informado que, em caso de não pagamento, o contrato será rescindido na data indicada na referida notificação;

b) Por ilegitimidade do CONTRATANTE em relação à sua qualidade de EMPRESÁRIO INDIVIDUAL ou por descumprimento dos requisitos de elegibilidade dos beneficiários vinculados ao contrato, verificada no aniversário do contrato, mediante notificação prévia com 60(sessenta) dias de antecedência, informando que a rescisão será realizada se não for comprovada, neste prazo, a sua regularidade junto à Receita Federal e à Junta Comercial do respectivo Estado ou o vínculo empregatício dos empregados e de parentesco entre estes e seus dependentes, através da documentação prevista no item 6.1.2., da cláusula sexta, do presente instrumento.

26.1.2.2. – Na data de seu aniversário, mediante prévia notificação com antecedência mínima de sessenta (60) dias, com a exposição das razões da rescisão. São razões que justificam a rescisão do contrato pela CONTRATADA, além de outras, as previstas no item 26.2.2., desta cláusula.

26.1.3. – O contrato só poderá ser rescindido pelo CONTRATANTE após o período de 12 (doze) meses. Nos casos em que o CONTRATANTE desejar rescindir o contrato antes de completada a vigência inicial de 12 (doze) meses, haverá multa rescisória no valor igual à média das 03(três) últimas faturas imediatamente anteriores à rescisão.

26.2. - Quando o CONTRATANTE for constituído sob forma diversa de EMPRESÁRIO INDIVIDUAL, as condições de suspensão e de rescisão contratual obedecerão ao que adiante se segue:

26.2.1. - O contrato firmado entre as partes poderá ser SUSPENSO, a qualquer tempo, após 5 (cinco) dias de atraso no pagamento da fatura ou da sua liquidação parcial, até a quitação do valor total da obrigação, sem prejuízo da cobrança integral das mensalidades, independentemente de notificação prévia por parte da CONTRATADA.

26.2.2. – O Contrato poderá ser automaticamente rescindido pela CONTRATADA, de forma motivada, sem necessidade de envio de notificação prévia, nas seguintes situações:

a) Após completar 30 (trinta) dias de atraso no pagamento de qualquer fatura mensal ou do seu pagamento parcial;

b) Quando forem constatadas fraudes, omissões, inexatidões ou erros de dados e/ou documentos apresentados pela CONTRATANTE;

c) Em caso de decretação de falência ou recuperação judicial do CONTRATANTE;

d) Caso não seja mantido pelo CONTRATANTE o número mínimo de beneficiários previsto na cláusula 16.1. ou pelo total esvaziamento de beneficiários do contrato, por parte deste, por mais de 90 (noventa) dias consecutivos.

26.2.3. - Qualquer das partes poderá rescindir o Contrato imotivadamente após a vigência do período de 12 (doze) meses, bastando notificar previamente a outra parte com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

26.2.4. - Caso a CONTRATANTE deseje rescindir o contrato antes de completada a vigência inicial prevista no item 25.1, deverá arcar com um multa rescisória no valor equivalente a 2 (duas) vezes a média das 3 (três) últimas faturas imediatamente anteriores ao cancelamento.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SÉTIMA DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

27.1 - Qualquer concessão praticada pela CONTRATADA no tocante às Cláusulas do presente negócio jurídico, será tida como mera liberalidade, não se constituindo em novação contratual, bem como não se caracterizando direito adquirido pela CONTRATANTE e/ou Beneficiários, permitindo àquela retornar ao que está pactuado neste contrato, sem necessidade de comunicação prévia.

27.2 - A tolerância ou demora da CONTRATADA em exigir do contratante o cumprimento de quaisquer das obrigações aqui previstas não será considerada novação, podendo, conforme o caso, a qualquer tempo, ser exigido seu cumprimento.

27.3 - A CONTRATANTE declara estar expressamente ciente que os serviços e coberturas disciplinados neste Instrumento estão submetidos a regras específicas de acordo com o produto escolhido.

27.4 - Fica pactuado entre as partes que a CONTRATANTE assume a responsabilidade e se compromete a divulgar aos beneficiários titulares e dependentes todas as condições e regras presente neste instrumento, bem como posteriores alterações.

27.5 - A CONTRATANTE declara expressamente ciente que os serviços e coberturas disciplinados neste ato estão submetidos a exclusões, limitações de coberturas e abrangências, prazos, carências e regras que disciplinam o seu fornecimento, tais como as expostas nas cláusulas deste Instrumento, admite, outrossim, de que a CONTRATADA dispõe de outros planos de assistência à saúde, com coberturas mais amplas e preços diferenciados, que lhe foram oferecidos por esta última, ainda assim, reafirma seu interesse na contratação aqui estipulada, nas bases descritas no presente instrumento.

27.6 - Fazem parte do presente instrumento todos os documentos entregues ao contratante, tais como: minuta dos instrumentos contratuais de cada um dos produtos, Proposta de Adesão, Declaração de Saúde (quando houver), a Carta de Orientação ao Beneficiário, os Manuais de Orientação para Contratação de Planos de Saúde - MPS e os Guias de Leitura Contratual - GLC.

27.7 - Este presente Contrato poderá ser composto de um ou mais “Aditivos” contratuais, nos quais constarão informações adicionais, bem como especificações e particularidades dos serviços a serem prestados.

Para esclarecimentos, sugestões e reclamações, sendo que neste caso é imperativo que seja identificado de forma clara o local, a hora e a data da ocorrência, quanto aos planos contratados, os Beneficiários deverão fazê-los através do SAC - Serviço de Atendimento ao Cliente (0800 280 9130) e Ouvidoria (4020 9091). Os casos omissos no presente instrumento contratual serão resolvidos de comum acordo entre as partes contratantes.

As partes elegem o Foro da Comarca em que está estabelecido o CONTRATANTE, para dirimir qualquer dúvida ou demanda judicial a respeito do presente Contrato.

E, assim, por estarem concordes nos termos acima, as partes contratantes firmam o presente instrumento, através da assinatura da respectiva PROPOSTA COMERCIAL de PLANO COLETIVO EMPRESARIAL.

_____/_____/_____
Local Data

CONTRATANTE

HAPVIDA ASSISTÊNCIA MÉDICA SA.
CONTRATADA

Testemunhas:

1)

NOME:

CPF:

2)

NOME:

CPF:



Nº DA PROPOSTA

_____, pessoa jurídica de direito
privado, legalmente inscrita sob o CNPJ nº. _____ estabelecida na Av/Rua _____,
Nº _____, complemento _____, bairro _____, na cidade _____, estado
_____, neste ato representada pelo Sr. (a) _____, portador do CPF nº. _____.

A contratante declara junto à Hapvida Assistência Médica S.A. que se responsabiliza pelo pagamento da fatura dos relacionados abaixo, os quais estão aderindo ao seu plano de assistência médica e/ou odontológico.

Status	Ficha Proposta / Aditivo	Contrato Social	CNPJ
--------	--------------------------	-----------------	------

[illegible]

ANS n° 368253

ANS n° 359017



**TERMO DE CIÊNCIA DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO
FINANCEIRA DO CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE
SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA**

PARA O UNIVERSO DE 02 (DOIS) A 29 (VINTE E NOVE)
Hapvida Assistência Médica SA - Av. Heráclito Graça, 406 - Centro Fortaleza,
Ceará - CEP: 60140 - 060 - CNPJ: 63554067/0001-98

Nº DA PROPOSTA

ANS nº 368253

ANS nº 359017

Pelo presente instrumento, o CONTRATANTE DECLARA, para os devidos fins, ter conhecimento do(s) mecanismo(s) de regulação financeira abaixo especificado(s), que se aplica(m) aos planos de assistência médica contratados junto à HAPVIDA:

1)COPARTICIPAÇÃO: É a importância, além da contraprestação mensal, a ser paga pelo CONTRATANTE-diretamente à CONTRATADA, para o custeio de parte da despesa de determinados procedimentos, realizados-pelos beneficiários, a qual será cobrada juntamente com a mensalidade do plano, em fatura posterior à realização-do procedimento.

1.1. COPARTICIPAÇÃO DE 50% SOBRE INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS - O CONTRATANTE tem ciência de que, à exceção dos planos de assistência médica exclusivamente ambulatoriais, todo e qualquer plano da CONTRATADA, inclusive aqueles elencados como “Sem Coparticipação”, prevê a cobrança de COPARTICIPAÇÃO de 50% (cinquenta por cento) sobre o valor total das internações psiquiátricas realizadas por qualquer beneficiário do contrato, a partir do 31º. (trigésimo primeiro) dia de internação, a cada ano de contrato.

1.2. COPARTICIPAÇÃO SOBRE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS – O CONTRATANTE tem ciência de que o(s) plano(s) contratado(s) junto à Hapvida prevê(em) a cobrança de COPARTICIPAÇÃO, esta será cobrada conforme disposto na tabela de vendas, os quais serão anualmente reajustados de acordo com o percentual de reajuste aplicável ao contrato.

Ainda que o contrato preveja a cobrança de COPARTICIPAÇÃO, o CONTRATANTE DECLARA estar ciente de que todos os beneficiários do contrato firmado junto à CONTRATADA, continuarão sujeitos ao cumprimento integral dos períodos de carência e de Cobertura Parcial Temporária (CPT) para Doenças ou Lesões preexistentes (DLP), quando forem aplicáveis.

_____, ____/____/_____
Local Data

Assinatura do Contratante ou Responsável



TERMO DE ACEITE

PARA O UNIVERSO DE 02 (DOIS) A 29 (VINTE E NOVE)
Hapvida Assistência Médica SA - Av. Heráclito Graça, 406 - Centro
Fortaleza, Ceará - CEP: 60140 - 060 - CNPJ: 63554067/0001-98

Nº DA PROPOSTA

ANS nº 368253

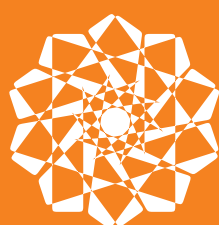
ANS nº 359017

1. A operadora HAPVIDA ASSISTÊNCIA MÉDICA SA. desenvolveu o processo eletrônico de cobrança, visando minimizar os impactos ambientais e conceder aos seus clientes maior agilidade e segurança no recebimento das faturas mensais.
2. Por meio do presente termo, o cliente indicado abaixo autoriza que os boletos de pagamento, antes enviados pelos correios, passem a ser disponibilizados eletronicamente no site www.hapvida.com.br, no link "Acesso Rápido", em "Boleto Empresa". O Demonstrativo da Fatura ficará disponível no link "Acesso Rápido", "Troca de Arquivo". Com isso, todo o processo de cobrança estará suficientemente garantido e seguro sem a intermediação de terceiros
3. O documento de cobrança será disponibilizado no site sempre em tempo hábil ao pagamento, nos moldes do acordado no contrato de prestação de serviços. Na hipótese de indisponibilidade do sistema, deverá o cliente contatar imediatamente seu Gerente de Relacionamento por meio do e-mail relacionamentoempresa@hapvida.com.br
4. Fica autorizado, ainda, o envio de mensagem de texto e email alertando que a fatura do mês já se encontra disponível no site para emissão e pagamento. O cliente fica ciente de que o envio da mensagem de texto e email será feito para o número e endereço eletrônico informados na proposta contratual.
5. Por fim, o cliente declara que foram prestadas todas as informações para o acesso aos documentos de cobrança eletrônica (boleto/fatura).

Local

_____/_____/_____
Data

Assinatura do Contratante ou Responsável Legal



NotreDame
Intermédica

Conecte-se conosco:

www.hapvida.com.br

 /hapvida.saude

 @hapvidasaude

SAC: 0800 280 9130

ANS nº 359017

ANS nº 368253