

MINUTA DE CONTRATO

ÍNDICE

CLÁUSULA 1ª – Características Gerais do Contrato de Plano de Saúde

CLÁUSULA 2ª – Atributos do Contrato

CLÁUSULA 3ª – Condições de Admissão

CLÁUSULA 4ª – Coberturas e Procedimentos Garantidos

CLÁUSULA 5ª – Exclusão de Cobertura

CLÁUSULA 6ª – Duração do Contrato

CLÁUSULA 7ª – Períodos de Carência

CLÁUSULA 8ª – Doenças e Lesões Preexistentes

CLÁUSULA 9ª – Atendimento de Urgência e Emergência e Remoção

CLÁUSULA 10ª – Mecanismos de Regulação

CLÁUSULA 11ª – Formação de Preço e Mensalidade

CLÁUSULA 12ª – Reajuste

CLÁUSULA 13ª – Reajuste Por Faixa Etária

CLÁUSULA 14ª – Regras Para Planos Coletivos

CLÁUSULA 15ª – Condições da Perda da Qualidade de Beneficiário e Exclusões

CLÁUSULA 16ª – Suspensão ou Rescisão Contratual

CLÁUSULA 17ª – Condições Gerais

CLÁUSULA 18ª – Foro

ANEXO I - Coberturas e períodos de carência

ANEXO II - Proteção de dados pessoais

CLÁUSULA 1ª – CARACTERÍSTICAS GERAIS DO CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE

a) QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA

SAMI ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA.

CNPJ Nº 36.567.721/0001-25

ANS sob o nº 422398

CLASSIFICAÇÃO: MEDICINA DE GRUPO

ENDEREÇO: Alameda Vicente Pinzon, 54, 11º andar, Vila Olímpia, São Paulo, SP, CEP 04547-130

SITE: www.samisaude.com.br

E-MAIL: contratante@samisaude.com

b) TIPO DE CONTRATAÇÃO

O presente Contrato observa o **Regime de Contratação Coletivo Empresarial**, entendido como aquele que oferece cobertura de atenção à saúde prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica CONTRATANTE por relação empregatícia ou estatutária.

c) SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA.

d) ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE

A área de abrangência geográfica do presente Contrato é municipal - município de São Paulo para o plano **Sami Sol** e municípios de São Paulo, São Bernardo, Santo André, São Caetano, Guarulhos, Osasco e Taboão da Serra para o produto **Sami Antares**.

e) PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

Terá direito, em caso de internação hospitalar, à cobertura para acomodação coletiva (enfermaria) ou privativa (quarto ou apartamento), de acordo com os planos contratados, conforme descrito na Proposta Contratual.

Parágrafo Primeiro: Na hipótese de o beneficiário optar por acomodação hospitalar superior à contratada, ou fizer qualquer outra espécie de acordo que transcenda os limites deste Contrato, deverá arcar com a diferença de preço e a complementação dos honorários médicos e hospitalares,

de acordo com o sistema de livre negociação, diretamente com o médico e hospital, não remanesecendo assim qualquer responsabilidade para a CONTRATADA.

Parágrafo Segundo – Enquanto não houver disponibilidade do tipo de leito hospitalar contratado, é garantido ao beneficiário acesso à acomodação de nível superior, sem ônus adicional.

f) FORMAÇÃO DE PREÇO

Trata-se de um plano de assistência à saúde com os valores pré-estabelecidos para contraprestação pecuniária mensal, a ser paga pelo (a) CONTRATANTE, antes e independentemente da efetiva utilização das coberturas contratadas.

g) INÍCIO DA VIGÊNCIA

Para efeito de início de vigência deste Contrato entende-se como as 24 (vinte e quatro) horas subsequentes à data do efetivo pagamento (compensação bancária confirmada).

Pagamento via cartão de crédito:

	Pagamento	Vigência	Acesso ao app
Dia do mês	1	2	3
Dia do mês	5	6	7
Dia do mês	10	11	12
Dia do mês	15	16	17
Dia do mês	20	21	22
Dia do mês	25	26	27

Pagamento via boleto:

	Vencimento do boleto	Vigência	Acesso ao app
Dia do mês	Pagamento até dia 1	6	7
Dia do mês	Pagamento até dia 5	11	12
Dia do mês	Pagamento até dia 10	16	17
Dia do mês	Pagamento até dia 15	21	22
Dia do mês	Pagamento até dia 20	26	27

CLÁUSULA 2ª – ATRIBUTOS DO CONTRATO

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

O presente contrato é bilateral, gerando direitos e obrigações para as partes, conforme dispõe o Código Civil Brasileiro.

CLÁUSULA 3ª – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

I – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO DA PESSOA JURÍDICA CONTRATANTE

O Plano coletivo empresarial se destina às pessoas jurídicas e àqueles que mantêm vínculo empregatício ou estatutário com a mesma, ou, com o usuário titular.

Parágrafo Primeiro: Por ocasião da contratação do plano de saúde o (a) CONTRATANTE deve atender às condições de admissão e prazos definidos no momento da contratação.

Parágrafo Segundo. À CONTRATADA reserva-se o direito de exigir a comprovação das informações fornecidas pelo (a) CONTRATANTE, inclusive os comprovantes legais capazes de atestar a condição de vinculação e /ou dependência. O não atendimento às requisições de documentação comprobatória poderá gerar a rescisão contratual e suspensão do atendimento, após notificação da CONTRATADA sem o devido retorno dentro do prazo de 30 (trinta) dias corridos da solicitação.

II – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO E MOVIMENTAÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS NO CONTRATO

São considerados Beneficiários Titulares do plano de saúde aqueles vinculados à pessoa jurídica CONTRATANTE por relação empregatícia ou estatutária, conforme informações prestadas nos Formulários Cadastrais preenchidos pelos interessados.

- Entende-se como relação empregatícia ou estatutária os empregados/funcionários da pessoa jurídica, nos termos da legislação vigente à época da contratação (RN 195/09).

Parágrafo Terceiro. O ingresso dos Dependentes vincular-se-á à inscrição do Beneficiário Titular no Plano.

ELEGIBILIDADE PARA FINS DESTE CONTRATO

A CONTRATANTE deve incluir, na data de início da vigência deste Contrato, no mínimo 01 (um) Beneficiário Titular.

Quando o responsável legal não estiver no contrato, é necessário no mínimo de 2 (dois) beneficiários, entre Titulares e Dependentes, sendo essa quantidade mínima condição para início e manutenção do contrato, sendo que a inclusão do segundo beneficiário deve ser feita dentro do prazo de 30 dias, sob pena de cancelamento do contrato.

Fica assegurada a inclusão como dependente: de recém-contratados ou recém-admitidos no contrato social, recém-nascidos, recém-casados, filhos naturais ou adotivos (até 12 anos) e netos (desde que nascidos no plano da Sami) do Beneficiário Titular, com aproveitamento dos períodos de carência cumpridos pelo Titular, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento, admissão ou da adoção (ou do evento).

Não serão permitidas inclusões que não comprovem o vínculo de elegibilidade com a CONTRATANTE, ou, no caso de beneficiários dependentes, vínculo com titular, respeitando os prazos de inclusão.

Em caso da perda da elegibilidade a CONTRATADA poderá a qualquer tempo excluir o beneficiário do plano, podendo ser solicitado a qualquer momento, documentos comprobatórios de vínculo trabalhista, devendo ser enviados os mesmos em até 2 (dois) dias úteis. Caso não haja o fornecimento ou fornecimento parcial de documentos, a penalidade será a exclusão do beneficiário em questão.

PRAZO PARA SOLICITAÇÃO DE NOVAS INCLUSÕES

As inclusões cadastrais deverão ser informadas pela contratante no prazo de até 30 (trinta) dias contados da solicitação de inclusão de beneficiário dependente feita pelo beneficiário titular, decorrentes de casamento, constituição de união estável, nascimento e adoção.

Caberá à CONTRATANTE informar à CONTRATADA as exclusões de titulares e/ou dependentes de forma tempestiva, sendo certo que todos os beneficiários se manterão ativos até a data de notificação à CONTRATADA. Será de inteira responsabilidade da CONTRATANTE toda e qualquer despesa incorrida, direta ou indiretamente, com serviços de atenção à saúde prestados aos beneficiários excluídos e não reportados à CONTRATADA.

Assim, caso haja necessidade de excluir qualquer titular ou dependente do Contrato, este fato deverá ser imediatamente comunicado à CONTRATADA.

PAGAMENTO DE MENSALIDADE

As inclusões serão realizadas na data de corte da empresa, escolhida previamente no fechamento do contrato e não poderão ser alteradas.

A data de corte também deverá ser respeitada no caso de exclusões de beneficiários titulares ou dependentes

NOVAS INCLUSÕES OU EXCLUSÕES DO CONTRATO

Para fins de movimentação cadastral, a equipe de pós-vendas da CONTRATADA deverá ser acionada por meio dos canais disponíveis previamente divulgados e/ou informados pela CONTRATADA.

PRAZO PARA INCLUSÕES E EXCLUSÕES

As inclusões e exclusões deverão ser comunicadas com 20 dias corridos de antecedência da data escolhida para vencimento da fatura e serão realizadas no mês subsequente, desde que obedecido o prazo acima informado. A documentação necessária deverá ser validada pela CONTRATADA para que a solicitação seja concluída.

Ex. Caso a data de pagamento seja dia 25, o último dia para movimentação é dia 5 do mesmo mês. Caso esse prazo não seja respeitado, as inclusões e/ou exclusões ocorrerão apenas no mês subsequente.

“Caso exista pedido de cancelamento total do Contrato em andamento, as solicitações de inclusões e/ou exclusões serão invalidadas, sendo certo que o cancelamento não impede a cobrança dos valores inadimplidos pelo prazo que o Contrato esteve ativo”.

CLÁUSULA 4ª – COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

Respeitados os prazos de carência, as exclusões e as coberturas estabelecidas nestas Condições Gerais, o Beneficiário terá cobertura para as despesas ambulatoriais, hospitalares, exames complementares e serviços auxiliares atendidos por: médicos, profissionais de saúde devidamente habilitados pelo Conselho de Classe, hospitais, clínicas e laboratórios devidamente credenciados pela operadora, listados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, através do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época da Contratação, relacionados às doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde (CID 10).

I – COBERTURAS AMBULATORIAIS EM UNIDADES DE REDE CREDENCIADA PELA CONTRATADA

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

1) assistência à saúde, com cobertura médico-hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, realizada exclusivamente no Brasil, respeitada a abrangência geográfica do plano e as exigências mínimas estabelecidas em Lei. O atendimento, dentro da segmentação e da área de abrangência estabelecida no Contrato deve ser assegurado independentemente do local de origem do evento;

2) consultas médicas em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

O atendimento será único e exclusivamente pela rede credenciada e referenciada ofertada pela operadora, não comportando livre escolha e **não havendo** possibilidade de reembolsos;

3) serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo os procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS solicitados pelo médico assistente ou cirurgião dentista devidamente habilitados, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar;

4) sessões de fonoaudiologia, nutricionista e terapia ocupacional, solicitadas pelo médico assistente, limitadas ao número de sessões estabelecidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

5) psicoterapias solicitadas pelo médico assistente, que poderão ser realizadas tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado e integrante da rede referenciada prestadora de serviços da CONTRATADA, limitadas ao número de sessões estabelecidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

6) fisioterapia, procedimentos de reeducação e reabilitação física conforme solicitação do médico assistente;

7) planejamento familiar, conforme disposto nas normativas da ANS:

- a) consulta e aconselhamento para planejamento familiar;
- b) atividade educacional para planejamento familiar;
- c) sulfato de dehidroepiandrosterona (SDHEA);
- d) implante de dispositivo intrauterino (DIU) hormonal – inclui o dispositivo;

8) cobertura ambulatorial para os procedimentos abaixo indicados, considerados especiais, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

- a) hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;
- b) quimioterapia oncológica ambulatorial: consiste na administração de medicamentos para tratamento de câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes, conforme prescrição do médico assistente, que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro do estabelecimento de Unidades de Saúde, tais como, hospitais, clínicas, ambulatórios e urgência e emergência;
- c) radioterapia: listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde para segmentação ambulatorial;
- d) procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais: listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde como segmento ambulatorial e que não prescindam de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas ou unidade de terapia intensiva e unidades similares.
- e) hemoterapia ambulatorial;
- f) cirurgias oftalmológicas ambulatoriais;

9) tratamento da obesidade mórbida em regime ambulatorial, prestado preferencialmente por equipe multiprofissional integrante da rede da CONTRATADA. Em caso de indicação médica, poderá ocorrer a internação em estabelecimentos médicos, tais como hospitais e clínicas para tratamento médico, assim considerados pelo Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde.

II - COBERTURAS HOSPITALARES EM UNIDADES DE REDE REFERENCIADA PELA CONTRATADA

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

1) participação do médico anesthesiologista, quando houver indicação clínica, nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

2) internações hospitalares em centro de terapia intensiva ou similar, em clínicas básicas e especializadas da rede própria ou credenciada, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina,

sendo vedada à limitação de prazo, valor máximo e quantidade de internações, a critério do médico assistente;

3) despesas relativas a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação do paciente durante o período de internação;

4) exames complementares indispensáveis ao controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica realizados durante o período de internação hospitalar;

5) fornecimento de medicamentos nacionais e nacionalizados, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizadas ou ministradas durante o período de internação hospitalar e listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento;

6) toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como a remoção do paciente, quando em caráter particular;

7) tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas decorrentes de procedimentos não cobertos, tais como, procedimentos estéticos, inseminação artificial, transplantes não cobertos, entre outros, respeitada a segmentação do plano, os prazos de carência, a Cobertura Parcial Temporária – CPT e desde que o procedimento solicitado conste do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;

a) entende-se como complicação os eventos não previstos na realização do tratamento ou os previstos que não acontecem de maneira sistemática;

8) quando se tratar de paciente menor de 18 (dezoito) anos, de pacientes com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos e de portadores de necessidades especiais (conforme indicação do médico assistente) estão asseguradas as despesas ordinárias de um acompanhante durante a internação, incluindo alimentação, conforme dieta geral do hospital;

9) Cirurgia plástica reconstrutiva de mama para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnicas de tratamento de câncer, incluindo cirurgia da mama contralateral;

10) Cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções, listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

11) transplantes listados no rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, observadas as especificações abaixo:

a) nos transplantes: despesas de procedimentos vinculados, entendidos estes como os necessários à realização do transplante, incluindo:

i. despesas assistenciais com doadores vivos;

ii. medicamentos utilizados durante a internação;

iii. acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;

iv. despesas de captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS (Sistema Único de Saúde).

b) os transplantes de córnea e rim provenientes de doador cadáver, conforme Resolução Consu nº 12/98, desde que o Beneficiário esteja cadastrado em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos integrantes do Sistema Nacional de Transplantes.

III – COBERTURAS OBSTÉTRICAS

1) atendimento obstétrico acrescido dos procedimentos relativos ao pré-natal, assistência ao parto e puerpério, observadas as especificações abaixo:

- a) cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do titular ou de seu dependente inscrito no plano, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, desde que o pai ou a mãe do recém-nascido tenham cumprido a carência para parto, vedada alegação de doença ou lesão preexistente. Ultrapassado o prazo estabelecido, cessa a responsabilidade da CONTRATADA quanto ao atendimento, salvo se o dependente estiver inscrito no plano, conforme prevê a Cláusula Condições de Admissão;
- b) assegurada a opção de inscrição do recém-nascido, filho natural ou adotivo do titular ou de seu dependente inscrito no plano, isento dos períodos de carências e da análise de doença ou lesão preexistente, desde que o pai ou a mãe do recém-nascido tenham cumprido a carência para o parto e obedecido o grau de dependência previsto na Cláusula Condições de Admissão;
- c) cobertura de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

IV – COBERTURAS PARA SAÚDE MENTAL EM UNIDADES DE REDE REFERENCIADA PELA CONTRATADA

Ao Beneficiário serão asseguradas as coberturas dos tratamentos básicos (regime ambulatorial) e de internação (regime hospitalar), despesas relativas à saúde mental, estabelecidas no Rol de Procedimentos, correspondentes ao tratamento de todos os transtornos psiquiátricos codificados na CID-10, incluindo os procedimentos médicos necessários ao atendimento de lesões auto infringidas.

Do Tratamento Dos Transtornos Psiquiátricos

1) No regime ambulatorial estão cobertos:

- a) Atendimentos às emergências, assim consideradas as situações que impliquem risco de vida ou danos físicos para o próprio ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e autoagressão) e/ou risco de danos morais e patrimoniais importantes;
- b) Atendimentos à psicoterapia de crise, entendida como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, limitadas às sessões por ano contratual, não cumuláveis determinadas pela ANS;
 - i. Considera-se em situação de crise a pessoa que estiver sob risco de dano pessoal imediato provocado por transtorno mental, conforme atestado pelo médico assistente.
- c) A cobertura do tratamento em regime de hospital-dia deverá se dar de acordo com as diretrizes estabelecidas pela norma vigente;
- d) Tratamento básico, prestado por médico, em número ilimitado de consultas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente.

2) Em regime hospitalar estão cobertas:

- a) As internações abaixo especificadas e nos limites estabelecidos, que se realizarão, sempre, em hospitais especializados ou hospitais gerais;
- b) O Custeio integral de, pelo menos, 30 (trinta) dias de internação, por ano contratual, não cumulativos, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital

geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise conforme atestado pelo médico assistente;

- c) Em conformidade com a RN 349/2014, caso, por indicação médica, a necessidade dos serviços em regime hospitalar exceda os limites previstos no presente Contrato, ou seja, 30 (trinta) dias de internação em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica, por ano contratual, não cumulativos, haverá a coparticipação obrigatória referente ao período excedente, por parte do beneficiário, do percentual determinado na legislação vigente à época da contratação, ou seja, 50% (cinquenta por cento), das despesas hospitalares e honorários médicos de internação, o qual fará os pagamentos diretamente à Operadora.

CLÁUSULA 5ª – EXCLUSÃO DE COBERTURA

Para fins de aplicação do art. 10 da lei de nº 9656/98 consideram-se EXCLUÍDOS E NÃO COBERTOS pelo PLANO, os seguintes serviços e procedimentos:

- a) tratamento clínico ou cirúrgico experimental: aquele que emprega fármacos, vacinas, testes diagnósticos, aparelhos ou técnicas cuja segurança, eficácia e esquema ainda sejam objeto de pesquisas em fase I, II ou III, ou que utilizem medicamentos ou produtos para a saúde não registrados no país, bem como aqueles considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina, ou tratamentos à base de medicamentos com indicações que não constem da bula registrada na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (uso off-label);
- b) procedimentos clínicos e cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim: todo aquele que não vise a restaurar função parcial ou total de órgão ou parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;
- c) inseminação artificial: técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção pós-tuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;
- d) métodos contraceptivos abaixo indicados:
 - i. Pílulas anticoncepcionais e adesivo anticoncepcional;
 - ii. Anticoncepcionais hormonais injetáveis e implante hormonal, exceto para cobertura ambulatorial nos casos de quimioterapia oncológica;
 - iii. Anel vaginal, preservativos femininos e masculinos, diafragma; esponja e espermicida.
- e) tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidades estéticas; fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados: aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na Agência Nacional de Vigilância Sanitária;
- f) fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar que não requerem administração assistida, ou seja, não necessitam de intervenção ou supervisão direta de profissional de saúde habilitado ou cujo uso não é exclusivamente hospitalar, podendo ser adquiridos por pessoas físicas em farmácias de acesso ao público e administrados em ambiente externo ao

de unidade de saúde (hospitais, clínicas, ambulatorios e em estabelecimentos de atendimento de urgência e emergência);

- g) fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico: prótese como qualquer dispositivo permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido, e órtese qualquer dispositivo permanente ou transitório, incluindo materiais de osteossíntese, que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico aqueles dispositivos cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico.
- h) tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- i) casos de cataclismo, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- j) tratamentos para redução de peso em clínicas de emagrecimento, SPAs, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;
- k) clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- l) transplantes, à exceção de córnea, rins, bem como dos transplantes autólogos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- m) consultas e demais atendimentos domiciliares, incluindo aluguel de equipamentos e similares para tratamento domiciliar, materiais e medicamentos para tratamento domiciliar, serviços de enfermagem domiciliar e remoção domiciliar, exceto nos casos de internação domiciliar oferecida pela operadora em substituição à internação hospitalar;
- n) tratamentos odontológicos, exceto as cirurgias buco-maxilo-faciais (constantes no rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, conforme Resolução ANS/RN vigente e suas atualizações) que necessitem de ambiente hospitalar e os procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, que por imperativo clínico necessitem de ambiente hospitalar;
- o) os honorários e materiais utilizados pelo cirurgião dentista, exceto para os procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.
- p) exames admissionais, demissionais e periódicos;
- q) todos os procedimentos médicos e hospitalares não listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- r) especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- s) procedimentos realizados fora da área de abrangência geográfica estabelecida neste contrato.

Parágrafo Primeiro. A CONTRATADA não se responsabiliza pelo pagamento de despesas extraordinárias, sejam realizadas pelo beneficiário internado ou seu acompanhante, como por exemplo: medicamentos não prescritos pelo médico assistente, ligações telefônicas, produtos de higiene e perfumaria diferentes dos disponibilizados pelo hospital, alimentação diferente da ofertada na dieta geral do hospital, etc.

Parágrafo Segundo. A responsabilidade pelo pagamento das despesas extraordinárias será exclusivamente do beneficiário, que deverá efetuar o respectivo pagamento diretamente ao prestador do atendimento.

CLÁUSULA 6ª - DURAÇÃO DO CONTRATO

O início de vigência do contrato dar-se-á na data da assinatura pelo (a) CONTRATANTE ou conforme negociação entre as partes, desde que até o início da vigência estabelecida não tenha ocorrido nenhum pagamento.

Parágrafo Primeiro. A vigência para cada um dos beneficiários, contudo, subordina-se ao recebimento pela CONTRATADA do respectivo formulário cadastral, iniciando-se nas 24 (vinte e quatro) horas subsequentes à aprovação formal pela CONTRATADA.

Parágrafo Segundo. A CONTRATADA poderá estabelecer uma data limite para recebimento dos formulários cadastrais, a fim de que surtam efeitos no mês subsequente, respeitadas as carências contratuais.

Parágrafo Terceiro. O presente contrato tem prazo de 12 (doze) meses de vigência.

Parágrafo Quarto. Alcançado o termo final de vigência inicialmente previsto, no silêncio das partes, o presente contrato prorroga-se automaticamente por mais um período de 12 meses.

CLÁUSULA 7ª - PERÍODOS DE CARÊNCIA

As coberturas previstas pelo plano contratado somente passam a vigorar depois de cumpridos os prazos de carência, contados a partir de vigência do contrato, ou, da proposta de adesão por parte do CONTRATANTE, e/ou, usuário.

Parágrafo Primeiro. Todos os beneficiários incluídos por ocasião da implantação deste plano, passarão por uma análise de aproveitamento de carência, a qual será feita de forma individual (CPF), ou seja, poderá haver aplicações ou compras de carência dentro da mesma carteira.

Parágrafo Segundo. Os beneficiários ou dependentes que forem incluídos no plano após a implantação ou no caso de novos funcionários, após **30 dias** da admissão, devem cumprir os períodos de carência abaixo relacionados, salvo se forem elegíveis às regras de compra de carência vigentes à época da inclusão. Para os demais casos haverá aplicação de carência conforme o Termo de Carência que acompanha o presente contrato.

Parágrafo Terceiro. Não será exigido o cumprimento dos períodos de carências nos contratos com número de participantes igual ou superior a 30 (trinta) beneficiários, desde que o pedido de ingresso do titular e seus dependentes no plano seja formalizado à CONTRATADA:

- a) No ato da celebração do Contrato; ou
- b) Em até 30 dias da vinculação (admissão) do titular à pessoa jurídica contratante.

Parágrafo Quarto. O prazo de 30 dias da vinculação do titular à pessoa jurídica contratante será contado a partir do 1º dia subsequente ao vencimento do contrato de experiência com prazo determinado.

Parágrafo Quinto. Quando da formalização pela CONTRATANTE do pedido de ingresso no Plano de Saúde fora dos prazos acima previstos, independentemente do número de participantes, cumprem os períodos normais de carências estabelecidas neste contrato.

Parágrafo Sexto. Na eventualidade da redução do número de beneficiários inscritos para menos de 30 (trinta), as novas inclusões, ainda que formalizadas dentro do prazo de 30 dias da vinculação do titular à pessoa jurídica contratante, passam a cumprir as carências normais estabelecidas nesta cláusula.

CLÁUSULA 8ª - DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

O contrato coletivo observar as seguintes condições para coberturas de doenças ou lesões preexistentes:

- a) Número de participantes menor que 30 (trinta) – Com análise de Doença e Lesão Preexistente; e
- b) Número de participantes maior ou igual a 30 (trinta) - Sem análise de Doença e Lesão Preexistente, desde que o pedido de ingresso do titular e seus dependentes no plano, seja formalizado à Contratada:
 - i. No ato da celebração do contrato; ou
 - ii. Em até 30 dias da vinculação (admissão) do titular à pessoa jurídica contratante.

O prazo de 30 dias da vinculação do titular à pessoa jurídica contratante será contado a partir do 1º dia subsequente ao vencimento do contrato de experiência com prazo determinado.

Parágrafo Primeiro. Os beneficiários titulares e dependentes inscritos fora dos prazos acima previstos, independentemente do número de participantes no contrato, ficam sujeitos às análises de Doença e Lesão Preexistente, exceto os dependentes recém-nascidos inscritos conforme Cláusula Condições de Admissão dos Beneficiários.

Parágrafo Segundo. Na eventualidade da redução do número de beneficiários inscritos para menos de 30 (trinta), as novas inclusões, ainda que formalizadas dentro do prazo de 30 dias da vinculação do titular à pessoa jurídica Contratante, ficam sujeitas à análise de Doença ou Lesão Preexistente.

Parágrafo Terceiro. Os beneficiários titulares e dependentes devem preencher e assinar o formulário de Declaração de Saúde, (um para cada beneficiário), em que devem registrar, no ato da adesão ao plano de saúde, sua condição de saúde e eventuais doenças ou lesões preexistentes.

Parágrafo Quarto. No preenchimento da declaração de saúde, o beneficiário tem o direito, caso queira, de fazer a entrevista qualificada, sem ônus financeiro, por um médico indicado pela CONTRATADA, pertencente à rede credenciada da mesma.

Parágrafo Quinto. O objetivo da entrevista qualificada é orientar o beneficiário para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado

de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.

Parágrafo Sexto. Com base na avaliação das declarações de saúde, a CONTRATADA poderá solicitar aos beneficiários a realização de uma avaliação médica por profissional indicado pela CONTRATADA, que poderá ser ou não acompanhada de exame ou perícia médica. Os custos do médico e dos exames, neste caso, ficam por conta da CONTRATADA.

Parágrafo Sétimo. Quando for necessária a realização de exames complementares para auxiliar na avaliação do médico perito, será entregue aos beneficiários uma guia para realização destes exames. O resultado deve acompanhar a Declaração de Saúde a ser entregue ao médico durante a avaliação.

Parágrafo Oitavo. Sendo constatada por perícia e/ou na entrevista qualificada e/ou por meio de declaração expressa do beneficiário a existência de doença ou lesão que possam gerar a necessidade de eventos cirúrgicos, uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a CONTRATADA oferecerá ao beneficiário, obrigatoriamente, a Cobertura Parcial Temporária e, facultativamente, a critério da CONTRATADA, a opção do agravo.

Parágrafo Nono. A Cobertura Parcial Temporária será formalizada através da assinatura do Termo de Formalização da Cobertura Parcial Temporária, que será anexada ao presente contrato. Os procedimentos de alta complexidade em período de Cobertura Parcial Temporária encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no site www.ans.gov.br.

- a) Cobertura Parcial Temporária (CPT): Consiste na suspensão pelo prazo ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, da cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, relacionados às doenças e lesões preexistentes, declaradas pelo beneficiário e/ou seu representante legal, contados a partir da contratação ou da adesão ao plano. Findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses da contratação ou adesão ao plano, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme a segmentação contratada, prevista na Lei nº 9.656, de 1998 e resoluções.

Parágrafo Décimo. O agravo será formalizado através de aditivo contratual e nele constará o valor e período da cobrança.

- a) Agravo: Consiste em um acréscimo no valor da contraprestação pecuniária (mensalidade), cujo cálculo é feito pelo atuário responsável e de acordo com as especificações no aditivo contratual, permitindo a cobertura para a doença ou lesão preexistente declarada, após o cumprimento das carências normais previstas para cada cobertura.

Parágrafo Décimo Primeiro. Se na contratação ou adesão ao plano tiver sido constatada a existência de doença ou lesão preexistente do beneficiário e a CONTRATADA deixar de oferecer no momento da adesão contratual a Cobertura Parcial Temporária, não caberá alegação de omissão de informação na Declaração de Saúde e nem aplicação posterior de Cobertura Parcial Temporária ou Agravo.

Parágrafo Décimo Segundo. A CONTRATADA poderá comprovar o conhecimento prévio do beneficiário sobre sua condição de saúde quanto à doença ou lesão preexistente durante o período

de 24 (vinte e quatro) meses, contados a partir da inscrição do beneficiário no plano. Não caberá a alegação de omissão de doença ou lesão preexistente caso a CONTRATADA tenha realizado qualquer tipo de exame ou perícia médica para admissão do beneficiário no plano.

Parágrafo Décimo Terceiro. A omissão da doença ou lesão preexistente na época da contratação ou adesão ao plano poderá ser caracterizada como comportamento fraudulento do beneficiário, cabendo à CONTRATADA o ônus da prova do conhecimento prévio do beneficiário da doença ou lesão preexistente na contratação do plano. É vedada a negativa de cobertura assistencial, assim como a suspensão ou rescisão unilateral do contrato em razão da omissão de doença ou lesão preexistente, até a publicação do encerramento do processo administrativo pela ANS.

Parágrafo Décimo Quarto. A CONTRATADA irá comunicar ao beneficiário a alegação de omissão de doença ou lesão preexistente não declarada na ocasião da contratação ou adesão ao plano por meio do Termo de Comunicação e oferecerá obrigatoriamente ao beneficiário a Cobertura Parcial Temporária, pelos meses restantes até completar 24 meses da assinatura ou adesão ao plano, e opcionalmente, o agravo. Em caso de recusa do beneficiário, por uma das opções oferecidas pela CONTRATADA, esta solicitará a abertura do processo administrativo diante da ANS por indício de fraude.

Parágrafo Décimo Quinto. Após o recebimento da comunicação e recusa do beneficiário, a CONTRATADA encaminhará a documentação pertinente à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, requerendo abertura de processo administrativo para verificação da sua procedência ou não. A CONTRATADA poderá utilizar-se de qualquer documentação legal para comprovar a omissão de doença ou lesão preexistente.

Parágrafo Décimo Sexto. Comprovada a alegação de omissão de doença ou lesão preexistente, o beneficiário e a CONTRATANTE passam a ser responsáveis pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médica hospitalar, relacionadas com a doença ou lesão preexistente que seriam objeto de Cobertura Parcial Temporária, a partir do momento de sua notificação, além da exclusão do beneficiário que foi parte do processo de omissão. A operadora/CONTRATADA exercerá o direito de regresso em face do beneficiário de todos os valores despendidos a contar da data de notificação em caso de comprovada omissão após o encerramento do processo administrativo junto à ANS.

CLÁUSULA 9ª - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

É obrigatório por parte da CONTRATADA a cobertura do atendimento de urgência/emergência. Para efeito da presente cláusula, considera-se:

- a) Emergência: os atendimentos que implicarem risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizados em declaração do médico assistente;
- b) Urgência: os atendimentos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

Após 24 (vinte e quatro) horas da inscrição do beneficiário (titular ou dependente) no plano, é assegurada a cobertura dos procedimentos de urgência e emergência, inclusive para aqueles que envolverem internação hospitalar.

Parágrafo Primeiro. Quando envolver acordo de cobertura parcial temporária, por doenças e lesões preexistentes, a cobertura do atendimento de urgência e emergência para os eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e relacionados a doenças ou lesão preexistente ficam limitados às primeiras 12 (doze) horas em regime ambulatorial. Se, na continuidade do atendimento, for necessária a realização de procedimentos cirúrgicos ou uso de leitos de alta tecnologia ou a realização de procedimentos de alta complexidade relacionados à doença ou lesão preexistente em período de cobertura parcial temporária exclusivos da cobertura hospitalar, a responsabilidade financeira da CONTRATADA cessará a partir da internação, ainda que ela se efetive dentro do período de 12 horas.

Parágrafo segundo: Para os atendimentos com caráter de urgência ou emergência, não serão obrigatórias autorizações, bem como não haverá aplicação do mecanismo de regulação constante da Cláusula 10ª, nas primeiras 12 horas de atendimento (CONSU13). Passado o período voltam a ser aplicadas todas as demais regras de autorização e regulação dispostas no contrato.

CLÁUSULA 10ª - MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Para realização das coberturas assistenciais contratadas, os beneficiários devem observar os mecanismos de regulação adotados pela CONTRATADA para gerenciar e regular a demanda de utilização de serviços prestados.

I – TIME DE SAÚDE: OBRIGATÓRIO

Time de Saúde é um conceito que define um modelo de coordenação de cuidados por meio de uma rede de Atenção Primária. Isto quer dizer que os serviços de atenção secundária (médicos especialistas), laboratórios, cirurgias (terciário) e demais eventos de saúde somente serão acessados após a indicação do time de saúde da CONTRATADA, sendo que este time poderá ser da própria CONTRATANTE ou de rede credenciada especializada.

Parágrafo Primeiro: O Time de Saúde é um instrumento de gestão de saúde utilizado não apenas para que todos os acessos aos serviços de saúde sejam coordenados e de conhecimento do Time de Saúde da CONTRATADA, mas também para que os usuários sejam direcionados aos profissionais corretos e evitem consultas desnecessárias, garantindo, desta forma, um melhor cuidado.

Parágrafo segundo: A todos os beneficiários do plano serão designados times de saúde que serão responsáveis por todas as interações com os demais prestadores da rede, além de serem responsáveis por toda a coordenação e assistência à saúde da carteira. O acesso ao time de saúde da CONTRATADA, tanto pelos meios físicos, como pelos digitais, são ilimitados, sendo que o encaminhamento a profissionais da atenção secundária (especialistas), bem como exames simples, e outros, serão pré-autorizados por estes profissionais.

Parágrafo Terceiro: As consultas na atenção secundária, exames, e demais procedimentos que não tenham sido pré-autorizados junto a equipe de saúde responsável pela carteira, sofrerão aplicação do mecanismo de regulação (Porta de Entrada), ou seja, deverá o usuário entrar em contato com seu time de saúde para agendamento ou pré autorização, sendo certo que, da mesma forma, a rede credenciada não irá proceder ao agendamento ou realização do procedimento, haja vista tratarem-se de liberações sistêmicas.

Parágrafo Quarto: Após o início da vigência do contrato, a equipe de Pós-Venda da CONTRATADA entrará em contato para explicar o funcionamento das diversas aplicações disponíveis, bem como disponibilizará material elucidativo sobre o funcionamento da Porta de Entrada e do Time de Saúde.

II – Cartão de Identificação

A CONTRATADA fornecerá ao beneficiário titular e respectivos dependentes o cartão individual digital de identificação, seja por meio de aplicativo de dispositivo móvel ou por outro canal. A apresentação do cartão acompanhada de documento de identidade oficialmente reconhecido assegura o gozo dos direitos e vantagens deste contrato.

Parágrafo Primeiro. Em caso de exclusão de beneficiários, rescisão, resolução ou rescisão deste Contrato, é obrigação do (a) CONTRATANTE a comunicação efetiva ao usuário, sob pena de responder pelos prejuízos.

Parágrafo Segundo. Ocorrendo a impossibilidade de acesso ao cartão individual de identificação, o (a) CONTRATANTE deverá entrar em contato com a CONTRATADA por meio das diversas plataformas disponíveis.

III – Condições de Atendimento e Autorização Prévia

Os serviços contratados são prestados da seguinte forma:

- a) Todas as consultas, exames, terapias, cirurgias, e demais serviços de saúde cobertos pelo Rol de procedimentos vigente à época da contratação deverão ser pré-autorizados pela CONTRATADA.

Parágrafo Primeiro. Nos casos de urgência e emergência, a pré-autorização está dispensada nos termos da Cláusula 9ª, Parágrafo Segundo.

Parágrafo Segundo. A CONTRATADA garantirá a liberação dos procedimentos que necessitem de autorização de acordo com os prazos estabelecidos nos normativos da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

Parágrafo Terceiro. As pré-autorizações de todos os serviços de saúde serão realizadas pelos prestadores pertencentes à rede credenciada.

IV – SERVIÇOS PRÓPRIOS E REDE CREDENCIADA

O beneficiário poderá consultar a relação de prestadores de serviços próprios e credenciados através do aplicativo de dispositivo móvel da CONTRATADA, obedecidas as regras que disciplinam o atendimento dos mesmos tais como:

Parágrafo Primeiro. Os beneficiários com mais de 60 (sessenta) anos, gestantes, lactantes, lactentes e crianças até 5 (cinco) anos têm prioridade na marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos em relação aos demais beneficiários.

Parágrafo Segundo. Os serviços ora contratados são prestados exclusivamente pelos profissionais e entidades constantes na relação divulgada na área reservada ao cliente no endereço eletrônico <http://www.samisaude.com.br>, bem como no aplicativo de dispositivo móvel do usuário.

Parágrafo Terceiro. A manutenção da rede hospitalar implica em compromisso com os beneficiários e devem observar as normas abaixo estabelecidas no art. 17 da Lei 9656/98:

- a) É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outro equivalente e mediante comunicação aos beneficiários e à ANS com 30 (trinta) dias corridos de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor. Em cumprimento ao disposto na Resolução Normativa nº 365/14, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) ou outra que a substitua, informamos que as substituições de prestadores não hospitalares ocorridas na rede assistencial acima mencionada ficarão disponíveis através do endereço: <www.samisaude.com.br> na Central de Atendimento da Operadora que poderá ser contatada através do telefone informado no cabeçalho deste contrato e verso do cartão;
- b) Na hipótese de a substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer por vontade da CONTRATADA durante período de internação do beneficiário, o estabelecimento obriga-se a manter a internação e a CONTRATADA a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério médico, na forma do contrato;
- c) Nos casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, a CONTRATADA arcará com a responsabilidade pela transferência do beneficiário internado para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para o beneficiário;
- d) Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, a CONTRATADA deverá solicitar à ANS autorização expressa e posteriormente comunicar ao beneficiário e CONTRATANTE.

Parágrafo Quarto. Condições diferenciadas de atendimento:

- a) a CONTRATADA autorizará medicamentos e materiais nacionais ou nacionalizados, com certificados de boas práticas, conforme exigência da ANVISA (somente autorizando os importados, caso não existam similares nacionais). As eventuais divergências serão dirimidas pelo mecanismo de junta médica, abaixo do previsto, desde que previsto no Rol de Procedimentos vigente à época da contratação.

V – DA JUNTA MÉDICA E SEGUNDA OPINIÃO

A CONTRATADA garante, no caso de situações de divergência médica ou cirurgião dentista, que a resolução do impasse se dará por meio de uma junta médica, sendo esta constituída pelo médico ou cirurgião dentista solicitante, médico da operadora e por um médico-perito desempassador. Neste caso, os honorários do terceiro médico serão custeados pela CONTRATADA, sendo os protocolos médicos oficiais e de medicina baseados em evidência.

CLÁUSULA 12ª – FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

Trata-se de um plano de assistência à saúde com os valores pré-estabelecidos para contraprestação pecuniária mensal, a ser paga pelo (a) CONTRATANTE, antes e independentemente da efetiva utilização das coberturas contratadas.

Tabela de preços

Faixa Etária	Sami Sol Enfermaria	Sami Sol Apartamento
0 a 18	R\$ 183	R\$ 225
19 a 23	R\$ 211	R\$ 258
24 a 28	R\$ 237	R\$ 288
29 a 33	R\$ 285	R\$ 346
34 a 38	R\$ 305	R\$ 370
39 a 43	R\$ 335	R\$ 407
44 a 48	R\$ 419	R\$ 508
49 a 53	R\$ 460	R\$ 558
54 a 58	R\$ 678	R\$ 822
59 ou +	R\$ 1.096	R\$ 1.336

Faixa Etária	Sami Antares Enfermaria	Sami Antares Apartamento
0 a 18	R\$ 172	R\$ 214
19 a 23	R\$ 185	R\$ 246
24 a 28	R\$ 221	R\$ 279
29 a 33	R\$ 231	R\$ 305
34 a 38	R\$ 268	R\$ 336
39 a 43	R\$ 309	R\$ 387
44 a 48	R\$ 401	R\$ 503
49 a 53	R\$ 496	R\$ 643
54 a 58	R\$ 697	R\$ 836
59 ou +	R\$ 934	R\$ 1.180

* Os valores acima não são válidos para portabilidade

Parágrafo Primeiro. Não poderá haver distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária, na mesma faixa etária, entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles já vinculados, se for do mesmo plano. Ressalvada a hipótese de inclusão após aplicação do reajuste anual.

Parágrafo Segundo. O (A) CONTRATANTE pagará à CONTRATADA por beneficiário inscrito:

- a) a título de inscrição e mensalidade, os valores relacionados na Proposta de Contratação.

Parágrafo Terceiro. A pessoa jurídica CONTRATANTE, independente da participação total ou parcial no custo da mensalidade, fica responsável pelo pagamento integral dos valores a que se refere esta cláusula.

Parágrafo Quarto. Os beneficiários inscritos no plano na condição de demitido ou aposentado, conforme previsto nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98, ficam responsáveis pelo pagamento integral dos valores a que se refere esta cláusula.

Parágrafo Quinto. O extrato de serviços prestados fornecido pela CONTRATADA destina-se a identificar a utilização e a respectiva participação nos custos dos beneficiários. Se houver dúvidas quanto às informações do extrato de serviços prestados, o(a) CONTRATANTE pode solicitar à CONTRATADA os esclarecimentos necessários.

Parágrafo Sexto. Ocorrendo impontualidade no pagamento das prestações serão cobrados juros de 1% (um por cento) ao mês e multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado. O (A) CONTRATANTE ainda fica com direito à cobertura e ao ressarcimento suspenso para todos os benefícios contratuais a partir de **10 DIAS** de atraso cumulativos ou não. Após 60 dias de atraso cumulativos ou não o contrato poderá ser cancelado, mediante notificação prévia.

Parágrafo Sétimo. Tratando-se de contrato na modalidade de pré-pagamento, ainda que não haja utilização efetiva dos serviços no período de inadimplência, permanecerá o(a) CONTRATANTE e/ou os beneficiários inscritos na condição de demitido ou aposentado responsável pelo pagamento das respectivas parcelas em atraso.

Parágrafo Oitavo. As mensalidades serão pagas até o dia escolhido pelo CONTRATANTE no momento da contratação, nos meios disponíveis, tanto para boleto bancário como para cartão de crédito. Quando a data de vencimento cair em dia que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser realizado até o primeiro dia útil subsequente. As faturas emitidas pela CONTRATADA serão baseadas na comunicação de movimentação de pessoal enviada pela CONTRATANTE. A movimentação inicial e às seguintes do cadastro da CONTRATANTE, (inclusão e exclusão de Beneficiários), para emissão da fatura do mês subsequente deve ser comunicado à CONTRATADA, formalmente, até 15 (quinze) dias antes data de vencimento da mensalidade de cada mês, por meio da Central de Pós-Venda da CONTRATADA. A fatura se baseará nos dados disponíveis, realizando-se os acertos nas faturas subsequentes. Se o CONTRATANTE não receber documento que possibilite realizar o pagamento de sua obrigação até cinco dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente à CONTRATADA, para que não se sujeite à consequência da mora.

CLÁUSULA 13ª – REAJUSTE

Nos termos da legislação vigente para contratos agregados ao agrupamento, planos coletivos com até 29 beneficiários, aplica-se o reajuste do agrupamento no seu aniversário subsequente aos meses de junho e maio, definidos como data-base do reajuste dos agrupamentos, de acordo com a Resolução Normativa nº 309 de 2012 da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS. Caso não queira fazer parte do agrupamento, o CONTRATANTE deverá enviar um ofício à CONTRATADA solicitando sua retirada do agrupamento para que seu reajuste proceda de forma individualizada na data do seu aniversário.

Parágrafo Primeiro – Serão utilizados na formatação do reajuste todos os contratos que possuírem 29 vidas na data do aniversário do Contrato.

Parágrafo Segundo – Se o contrato superar 29 vidas nos termos da legislação vigente, o mesmo será retirado do agrupamento e passará a ter como base de reajuste cálculos atuariais baseados na utilização da carteira, na VCMH (Variação do Custo Médico Hospitalar) e em outros indicadores econômicos.

Parágrafo Terceiro – O reajuste apurado será aplicado no mês do aniversário do contrato, levando-se em consideração os últimos 12 meses anteriores à data da assinatura do mesmo.

REAJUSTE ATUARIAL (APLICADO QUANDO O CONTRATO SUPERAR 29 VIDAS)

O reajuste das contraprestações pecuniárias, referida na Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, dar-se-á pelo emprego de uma fórmula matemática. Caso haja desequilíbrio econômico-atuarial do contrato, este será reavaliado de acordo com duas parcelas independentes. A primeira parcela da fórmula visa a recompor a sustentabilidade atuarial da operadora. A segunda parcela da fórmula visa projetar o custo per capita para os próximos 12 (doze) meses de vigência contratual.

A **primeira parcela** da fórmula de reajuste é governada pela relação matemática a seguir:

$$\text{Fator de recomposição atuarial} \begin{cases} = 1 & \text{se } \frac{\text{sinistralidade apurada}}{\text{sinistralidade alvo}} \leq 1 \\ = \frac{\text{sinistralidade apurada}}{\text{sinistralidade alvo}} & \text{se esta fração} > 1 \end{cases}$$

a) **Sinistralidade apurada** corresponde à **sinistralidade atuarial** apurada para o ano fiscal anterior ao ano em que vigerão as contraprestações pecuniárias reajustadas.

b) **Sinistralidade atuarial** é dada pela seguinte razão:

$$\frac{\text{custo per capita}}{\text{contraprestação pecuniária per capita}}$$

c) **Custo per capita** é sinônimo do termo **prêmio de risco** citado na bibliografia atuarial internacional.

A **segunda parcela** da fórmula de reajuste é governada pela relação a seguir:

$$\text{Fator de projeção} \begin{cases} = 1 & \text{se } \frac{\text{frequência de utilização}_{\text{projetada}} \times \text{severidade}_{\text{projetada}}}{\text{frequência de utilização}_{\text{apurada}} \times \text{severidade}_{\text{apurada}}} \leq 1 \\ = \frac{\text{frequência de utilização}_{\text{projetada}} \times \text{severidade}_{\text{projetada}}}{\text{frequência de utilização}_{\text{apurada}} \times \text{severidade}_{\text{apurada}}} & \text{se esta fração} > 1 \end{cases}$$

$$\text{frequência de utilização}_{\text{apurada}} = \frac{\text{quantidade de eventos indenizáveis ocorridos no intervalo de tempo contratual}}{\text{número de expostos no intervalo de tempo contratual}}$$

$$f\text{rquência de utilização}_{\text{projetada}} = \frac{\text{quantidade de eventos indenizáveis previstos para o intervalo contratual celebrado}}{\text{número de expostos previstos para o intervalo contratual celebrado}}$$

$$severidade_{\text{apurada}} = \frac{\text{custos incorridos nos procedimentos assistenciais no intervalo de tempo contratual}}{\text{quantidade de eventos indenizáveis no intervalo de tempo contratual}}$$

$$severidade_{\text{projetada}} = \frac{\text{custos a serem incorridos no intervalo de tempo contratual}}{\text{quantidade de eventos previstos para o intervalo de tempo contratual}}$$

- a) A sinistralidade alvo, para fins desta cláusula, é igual a 70%.

Parágrafo Primeiro. Só poderá ser aplicado um único reajuste contratual a cada 12 (doze) meses, ressalvados os reajustes por mudança de faixa etária.

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

Parágrafo Terceiro. O percentual de reajuste aplicado às contraprestações pecuniárias será comunicado à Agência Nacional de Saúde Suplementar conforme determina a legislação competente.

CLÁUSULA 14ª – REAJUSTE POR FAIXA ETÁRIA

As mensalidades serão automaticamente reajustadas em razão da idade do beneficiário, no mês seguinte ao de seu aniversário, de acordo com os parâmetros abaixo indicados:

Faixa Etária – Percentual de reajuste

Faixa Etária	Sami Sol Enfermaria	Sami Sol Apartamento
0 a 18	-	-
19 a 23	15,11%	14,69%
24 a 28	12,63%	11,98%
29 a 33	20,17%	19,93%
34 a 38	7,08%	7,08%
39 a 43	9,76%	10,06%

44 a 48	25,07%	24,80%
49 a 53	9,90%	9,83%
54 a 58	47,34%	47,43%
59 ou +	61,76%	62,53%

Faixa Etária	Sami Antares Enfermaria	Sami Antares+
0 a 18	-	-
19 a 23	7,56%	14,95%
24 a 28	19,46%	13,41%
29 a 33	4,52%	9,32%
34 a 38	16,02%	10,16%
39 a 43	15,30%	15,18%
44 a 48	29,77%	29,97%
49 a 53	23,69%	27,83%
54 a 58	40,52%	30,02%
59 ou +	34,00%	41,15%

Parágrafo Único. O cálculo das variações por faixa etária observa os parâmetros abaixo, definidos na Resolução Normativa nº 63/03:

- o valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a 6 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária;
- a variação acumulada entre a sétima e décima faixa etária não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e sétima faixas.

CLÁUSULA 15ª – CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE USUÁRIO E EXCLUSÕES

Será excluído do contrato, o usuário titular, juntamente com seus dependentes:

- por solicitação do (a) CONTRATANTE, mediante comunicação escrita remetida à CONTRATADA;
- quando perder o vínculo com o (a) CONTRATANTE que lhe garante a condição de beneficiário do plano, ressalvados os casos previstos nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98, para empregados demitidos e aposentados, observadas as normas estabelecidas na Cláusula Regras para Planos Coletivos;
- quando os dependentes que perderem a condição que lhes assegurou o direito de inscrição conforme Cláusula Condições de Admissão;
- por fraude, compreendida como a omissão de doença e lesão preexistente, permitir o uso indevido do cartão individual de identificação (como por exemplo, permitir a sua utilização por terceiros), seu ou de seus dependentes seja por dolo ou culpa, entre outras;

- e) quando não for apresentada documentação requerida pela CONTRATADA, seja em decorrência legal ou para comprovação do vínculo com o (a) CONTRATANTE;
- f) quando o contrato for rescindido, conforme prevê a Suspensão ou Rescisão Contratual;
- g) quando se tratar de demitido ou aposentado vinculado ao contrato na condição prevista nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98 e ocorrer o atraso no pagamento das mensalidades superior a 60 (sessenta) dias ininterruptos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência, desde que o usuário (titular) tenha sido comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência, implicará no cancelamento do atendimento do beneficiário titular e dependentes em atraso ou na sua exclusão, a critério da CONTRATADA.

Parágrafo Primeiro. À CONTRATADA reserva-se o direito de exigir a qualquer momento os comprovantes legais, capazes de atestar as condições de vínculo dos beneficiários titulares com a CONTRATANTE e a condição de dependência dos beneficiários dependentes com o titular.

Parágrafo Segundo. Os filhos que perderem a condição de dependência, estabelecida na cláusula Condições de Admissão, poderão assinar novo contrato individual ou familiar, em até 30 (trinta) dias a contar da data da perda do direito, como beneficiários titulares, descontadas as carências já cumpridas neste contrato, nas condições de venda vigente para o mercado geral.

Parágrafo Terceiro. Terminado o prazo estabelecido para manutenção dos beneficiários na condição de Empregados Demitidos e Empregados Aposentados, os titulares e respectivos dependentes, inscritos nesta condição, serão excluídos do contrato, mediante aviso prévio. Estes poderão assinar um novo contrato individual ou familiar, em até 30 (trinta) dias a contar da data da perda do direito, descontadas as carências já cumpridas neste contrato, nas condições de venda vigentes para o mercado geral.

Parágrafo Quarto. O (A) CONTRATANTE deve informar as exclusões à CONTRATADA, que poderá estabelecer data limite para que surtam efeito no mês subsequente.

CLÁUSULA 16ª - SUSPENSÃO OU RESCISÃO CONTRATUAL

O atraso do pagamento das mensalidades superior a 60 (sessenta) dias, ininterruptos ou não, nos últimos 12 (doze) meses do contrato, implicará na rescisão do contrato. O atraso do pagamento das mensalidades superior a 10 dias, implicará na suspensão da cobertura do contrato.

Parágrafo Primeiro. O presente contrato rescindir-se-á, também:

Imotivadamente – Somente após a vigência mínima de 12 (doze) meses:

- a) 1. Por iniciativa de qualquer das partes, mediante aviso prévio por escrito de 60 (sessenta) dias.

Motivadamente – A qualquer tempo, mediante aviso prévio por escrito de 60 (sessenta) dias:

- a) Se qualquer das partes infringir as cláusulas do presente instrumento;

- b) Por fraude, caracterizada, entre outras circunstâncias, pela omissão ou distorção de informações por parte do (a) CONTRATANTE;
- c) Se a pessoa jurídica contratante encerrar suas atividades;
- d) Se não for mantido o número mínimo de beneficiários estabelecido para manutenção deste contrato, conforme mencionado nas Condições de Admissão da Pessoa Jurídica Contratante, ressalvado o disposto no parágrafo abaixo.

Parágrafo Segundo. Durante o período de aviso prévio do contrato para rescisão, não serão admitidas inscrições de novos beneficiários.

Parágrafo Terceiro. Caso haja uma redução do número de beneficiários e este número fique abaixo do limite estabelecido nas Condições de Admissão da Pessoa Jurídica Contratante, a CONTRATADA poderá, a seu critério, manter vigência temporária adicional, para que seja reconstituído o mínimo contratualmente estabelecido. Caberá a(o) CONTRATANTE pagar o equivalente à média per capita das mensalidades, multiplicada pelo número de beneficiários faltantes.

Parágrafo Quarto. Em quaisquer das hipóteses de suspensão ou rescisão contratual, havendo beneficiários em período de internação, esta não será suspensão, porém a CONTRATADA não se responsabiliza pelas despesas ocorridas após a data de cancelamento, cabendo à CONTRATANTE.

Parágrafo Quinto. Caso a rescisão do contrato por iniciativa do (a) CONTRATANTE ocorra antes de completados 12 meses de vigência do contrato, o (a) CONTRATANTE sujeitar-se-á ao pagamento de multa pecuniária, equivalente a 50% (cinquenta por cento) do valor das mensalidades restantes.

CLÁUSULA 17ª - CONDIÇÕES GERAIS

I - SIGILO MÉDICO

Compromete-se o CONTRATANTE a observar e atender a legislação relativa ao sigilo médico.

II – RECLAMAÇÕES

As reclamações ou sugestões sobre qualquer um dos serviços prestados devem ser encaminhadas por escrito à CONTRATADA.

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

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

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

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

Considera-se uso indevido a utilização desses documentos para obter atendimento, mesmo que na forma contratada, pelos beneficiários que sabiam da perda desta condição por exclusão ou término do contrato, ou, por terceiros, que não sejam beneficiários, se comprovada a má-fé do beneficiário que emprestou seu cartão a outrem. Nestas condições, o uso indevido do cartão de identificação de qualquer beneficiário, ensejará pedido de indenização por perdas e danos, bem como a exclusão do beneficiário do plano.

ANEXO I

DAS COBERTURAS E PERÍODOS DE CARÊNCIA

1. O presente anexo tem por finalidade informar a todos os beneficiários inscritos na Proposta Contratual sobre os períodos de carência. Este documento indica também o início da contagem dos prazos para as diferentes coberturas de eventos cirúrgicos, utilização de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças e/ou lesões preexistentes, conforme indicadas na Declaração de Saúde de cada um dos beneficiários e de acordo com o contrato e os direitos do plano escolhido.

1.1. **Planos contratados:** <plano>

1.2. **Vidas:** <total de vidas>

1.3. **Tabela de benefícios e prazos de carência**

Grupo de Benefícios	Carência ANS	Carência Sami Novos beneficiários sem plano	PRS - PROGRAMA DE REDUÇÃO SAMI		
			PRS I Cliente com 6 a 11 meses em plano similar	PRS II Cliente com mais de 12 meses em plano similar	Portabilidade
1. Urgência e emergência	24 horas	24 horas	24 horas	24 horas	24 horas
2. Consultas médicas e exames simples	180 dias	30 dias	15 dias	24 horas	24 horas
3. Exames de alta complexidade	180 dias	180 dias	90 dias	24 horas	24 horas
4. Terapias: Fisioterapia, Acupuntura, Psicoterapia	180 dias	30 dias	15 dias	24 horas	24 horas

5. Internações e procedimentos especiais: internações cirúrgicas eletivas, hemodiálise, transfusões e hemoderivados, internações hospitalares de portadores de Doenças de Notificação Compulsória (inclusive AIDS) e demais procedimentos não citados acima e previstos no Rol da ANS	180 dias	180 dias	120 dias	24 horas	24 horas
6. Parto a termo, normal ou cirúrgico	300 dias	300 dias	300 dias	300 dias	24 horas
7. Doenças ou lesões preexistentes*	24 meses	24 meses	24 meses	24 meses	24 horas

* Estarão sujeitos à Cobertura Parcial Temporária (CPT) as internações cirúrgicas, os leitos de alta tecnologia (UTI, CTI, Unidades Neonatal, Coronariana ou Semi-intensiva) ou os procedimentos de alta complexidade para doenças preexistentes, identificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS - RN 262.

ANEXO II

PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

As Partes declaram, neste ato, que cumprem com toda a legislação aplicável à proteção de dados pessoais, conforme definido na Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados), comprometendo-se ainda a cumprir integralmente as disposições constantes do Anexo de Proteção de dados que se encontra nesse [link](#), que representará o integral entendimento entre as Partes em relação ao tratamento de dados pessoais objeto deste Contrato. No caso de alterações nas regras aplicáveis ao tratamento de dados pessoais objeto ou decorrente deste Contrato, sejam essas decorrentes de novas lei e regulamentos ou de entendimento consistente dos tribunais brasileiros, as Partes deverão, em boa-fé, negociar as alterações a este Contrato que se façam necessárias para mitigar potenciais riscos às Partes ou atender a tais novas regras e/ou entendimentos.