

## CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE OFERTA DE PLANO DE SAÚDE

Razão Social: HOSPITAL CÉSAR LEITE Nome Fantasia: PLANCEL CNPJ: 22.263.081/0001-55, Registro da Operadora na ANS: 31.470-6, Classificação da Operadora na ANS: Filantropia, com estabelecimento na Praça Dr. César Leite, 383, Centro – Manhuaçu/MG, CEP: 36.900-000, têm entre si, justos e Contratos, conforme características gerais a seguir transcritas e cláusulas e condições deste instrumento.

### CARACTERÍSTICAS GERAIS DOS PRODUTOS PESSOA FÍSICA:

Nome Comercial: PLANCEL A Nº. de Registro do Plano na ANS: 410/894/99-9  
Padrão de Acomodação em Internação: Individual  
Tipo de Contratação: Individual Familiar  
Segmentação Assistencial do Plano de Saúde: Hospitalar com Obstetrícia  
Área Geográfica de Abrangência do Plano de Saúde: Grupo de Municípios  
Área de atuação do Plano de Saúde: Manhuaçu e Grupo de Municípios  
Formação do Preço: Pré-Estabelecido  
Serviços e Coberturas Adicionais: Não possui  
**Contrato registrado no CARTÓRIO DE TÍTULOS E DOCUMENTOS E CIVIL DAS PESSOAS JURÍDICAS. Protocolo Livro A, do dia 06/11/2012, sob o nº 10135, fls.261, Registro Apontado às fls 93 do livro B30, sob o número 4356. Manhuaçu (MG) 09/11/2012.**

Nome Comercial: PLANCEL E Nº. de Registro do Plano na ANS: 410/893/99-1  
Padrão de Acomodação em Internação: Enfermaria de 02 leitos.  
Tipo de Contratação: Individual Familiar  
Segmentação Assistencial do Plano de Saúde: Hospitalar com Obstetrícia  
Área Geográfica de Abrangência do Plano de Saúde: Grupo de Municípios  
Área de atuação do Plano de Saúde: Manhuaçu e Grupo de Municípios  
Formação do Preço: Pré-Estabelecido  
Serviços e Coberturas Adicionais: Não possui  
**Contrato registrado no CARTÓRIO DE TÍTULOS E DOCUMENTOS E CIVIL DAS PESSOAS JURÍDICAS. Protocolo Livro A, do dia 06/11/2012, sob o nº 10135, fls.261, Registro Apontado às fls 93 do livro B30, sob o número 4356. Manhuaçu (MG) 09/11/2012.**

### CLÁUSULA PRIMEIRA: ATRIBUTOS DO CONTRATO

1.1 O presente Contrato tem por objeto a prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais na forma de plano privado de assistência à saúde prevista no inciso I, do artigo 1º, da Lei 9.656/1998, visando à assistência Médica Hospitalar com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, compatíveis com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento.

1.2 O presente instrumento trata-se de contrato de adesão, bilateral, que gera direitos e obrigações para ambas as partes, na forma do Código Civil brasileiro, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

## **CLÁUSULA SEGUNDA: CONDIÇÕES DE ADMISSÃO**

2.1 Poderão se inscrever no Plano, nas seguintes categorias:

2.1.1 Beneficiário Titular: pessoa física contratante

2.1.2 Beneficiários Dependentes: considerados como tais aqueles também admitidos pelo regime previdenciário oficial vigente, a saber:

- a) cônjuge;
- b) companheiro, havendo união estável, na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial;
- c) filhos, adotivos ou não, e enteados não emancipados, de qualquer condição, menores de 18 (dezoito) anos incompletos;
- d) filhos de qualquer idade comprovadamente inválidos;
- e) pais comprovadamente dependentes econômicos;
- f) menor que, por determinação judicial, se ache sob a guarda e responsabilidade do beneficiário titular ou sob sua tutela, desde que não possua bens ou meios suficientes para o próprio sustento e educação, devendo tal condição ser comprovada.

2.2 A adesão dos Beneficiários Dependentes fica condicionada à participação do Titular.

2.3 A inclusão do Beneficiário Titular e de seus respectivos Dependentes será processada mediante preenchimento de Termo de Adesão, que vinculará a este contrato para todos os fins de direito.

2.3.1 As inclusões de novos Dependentes dar-se-á por celebração de Termo de Adesão que vinculará a este contrato para todos os fins de direito.

2.4 No momento da contratação, nas inclusões posteriores e quando a CONTRATADA julgar necessário, a CONTRATANTE obriga-se fornecer à CONTRATADA documentos comprobatórios do vínculo do Titular com a CONTRATANTE, bem como da relação de dependência entre os Dependentes e o Titular.

2.5 É assegurada a inclusão:

- a) do recém-nascido, filho natural ou adotivo do Beneficiário, isento do cumprimento dos períodos de carência já cumpridos pelo beneficiário e não cabendo qualquer alegação de doença ou lesão preexistente, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o nascimento ou adoção, e que o beneficiário (pai ou mãe) tenha cumprido o prazo de carência de 300 (trezentos) dias para parto a termo;
- b) do filho adotivo, menor de 12 (doze) anos, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo Beneficiário adotante, cabendo a exigência de

Cobertura Parcial Temporária para os casos de Doença ou Lesão Pré-Existente.

2.5.1 Ultrapassado o prazo previsto no item antecedente, será obrigatório o cumprimento integral dos respectivos prazos de carência.

2.5.2 O Dependente que vier a perder a condição de dependência poderá assinar Contrato em seu próprio nome, em até 30 (trinta) dias a contar da data da perda do direito de Beneficiário Dependente, aproveitando as carências já cumpridas neste Contrato.

2.6 O Beneficiário Titular é responsável pela constante atualização dos dados cadastrais informados, em relação a si e aos seus Dependentes, inclusive com o envio de documentos quando se fizer necessário, incluindo eventual alteração de endereço, que deverá ser comunicada imediatamente à CONTRATADA.

2.7 O CONTRATANTE e a CONTRATADA poderão negociar, entre si, a ampliação do rol de dependentes, independente de alteração no rol do regime previdenciário oficial, desde que respeitados os limites de parentesco definidos na legislação vigente.

### **CLÁUSULA TERCEIRA - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS**

3.1 A CONTRATADA cobrirá os custos, em conformidade com os limites, prazos de carências e condições estabelecidas neste Contrato, aos Beneficiários regularmente inscritos, relativos às internações hospitalares e atendimentos obstétricos, realizados dentro da área de abrangência estabelecida neste Contrato, independente do local de origem do evento, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, e relacionados às doenças listadas na CID-10 no que se aplicam ao Plano.

3.1.1 Havendo alteração no Rol de Procedimentos Médicos da ANS, o presente contrato passará a garantir as coberturas previstas no diploma legal vigente, em conformidade com o tipo de segmentação assistencial do Plano de Saúde, previsto neste contrato.

3.2 A cobertura hospitalar com obstetrícia compreende:

- a) Internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, bem como o acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional na indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou contratados pelo plano;
- b) Internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;
- c) Despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem, exceto em caráter particular, e alimentação;
- d) Exames complementares previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de

- medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;
- e) Toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados;
  - f) Remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no Contrato, em território brasileiro;
  - g) Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do Beneficiário menor de 18 anos, com idade igual ou superior a 60 anos ou portador de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente, exceto no caso de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares;
  - h) Cirurgia odontológica buco-maxilo-facial que necessite de ambiente hospitalar, realizada por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar;
    - h.1) O cirurgião-dentista irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao doente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados;
    - h.2) Os honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista não estão incluídos pelo presente Contrato, a exceção dos procedimentos definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para a segmentação hospitalar.
    - h.3) O imperativo clínico caracteriza-se pelos atos que se impõem em função das necessidades do doente;
  - i) Procedimentos considerados especiais, mesmo quando prestados ambulatorialmente, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada como internação hospitalar:
    - i. hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;
    - ii. quimioterapia oncológica ambulatorial;
    - iii. radioterapia: todos os procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente para ambas as segmentações ambulatorial e hospitalar;
    - iv. hemoterapia;
    - v. nutrição parenteral ou enteral;
    - vi. procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
    - vii. embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
    - viii. radiologia intervencionista;
    - ix. exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
    - x. procedimentos de fisioterapia, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento,

- que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme solicitação e indicação do médico assistente;
- j) Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer;
  - k) Cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
  - l) Tratamento dos transtornos psiquiátricos codificados na CID-10, de acordo com as diretrizes estabelecidas na Resolução do Consu nº 11/1998 e normas complementares, incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas, compreendendo:
    - i. custeio de até 30 (trinta) dias de internação, por ano de Contrato, não cumulativos, contínuos ou não, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise;
    - ii. custeio parcial, após o 30º (trigésimo) dia de internação, por ano de Contrato, não cumulativos, contínuos ou não, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise, com co-participação do Beneficiário de 50% (Cinquenta por cento) incidentes sob o valor dos serviços utilizados, observados os tetos estipulados nos normativos editados pela ANS vigentes à época da contratação;
    - iii. custeio de até 15 (quinze) dias de internação, por ano de Contrato não cumulativos, contínuos ou não, em hospital geral, para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização;
    - iv. custeio parcial, a partir do 16º (décimo sexto) dia de internação, por ano de Contrato, não cumulativos, contínuos ou não, em hospital geral, para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização, com co-participação do Beneficiário de 50%(Cinquenta por cento) incidentes sob o valor dos serviços utilizados, observados os tetos estipulados nos normativos editados pela ANS vigentes à época da contratação;
    - v. cobertura de oito semanas anuais de tratamento em regime de hospital-dia para os portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise, sendo estendida a 180 (cento e oitenta) dias, por ano, para os diagnósticos F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79 e F90 a F98 relacionados na CID-10.
  - m) Transplantes de rins e córneas e transplantes autólogos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, incluindo as despesas necessárias à sua realização, no que couber:
    - i. despesas assistenciais com doadores vivos;
    - ii. medicamentos utilizados durante a internação, exceto medicamentos de manutenção;
    - iii. acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio;
    - iv. despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS;

n.1) O Beneficiário candidato a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica deverá, obrigatoriamente, estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs e sujeitar-se-á ao critério de fila única de espera e de seleção.

- n) Assistência para procedimentos hospitalares na modalidade de hospital-dia, ou seja, internações de curta-permanência, à critério do médico assistente;
- o) Procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto e puerpério;
- p) Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (compreendida pelas 24 horas após o parto), exceto no caso de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares;
- q.1) O direito a acompanhante no momento do parto, previsto no item anterior, estará coberto somente quando o médico assistente ou a equipe do hospital concordem com a sua presença;
- q) Assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do Beneficiário, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, desde que o Beneficiário (pai ou mãe do recém-nascido) tenha cumprido carência de 300 dias para parto a termo.

### 3.3 O presente Contrato garante, ainda:

- a) Atendimentos nos casos de planejamento familiar, de que trata o inciso III do artigo 35-C da Lei 9.656/1998, previstos no Anexo I da RN 192/2009;
- b) Participação de profissional médico anestesilogista nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, caso haja indicação clínica;
- c) Órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento;
- d) Cabe ao médico ou cirurgião dentista assistente a prerrogativa de determinar as características (dimensões, material de fabricação e tipo) das órteses, próteses e materiais especiais - OPME e justificar clinicamente sua indicação, quando solicitado, podendo a CONTRATADA escolher a marca e a procedência dos materiais a serem cobertos, observada a similaridade com o material indicado.

## **CLÁUSULA QUARTA - EXCLUSÕES DE COBERTURA**

4.1 Em conformidade com o que prevê a Lei nº. 9.656/1998, as Resoluções do Consu, e respeitando-se as coberturas mínimas obrigatórias previstas na citada Lei e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, estão excluídos da cobertura do Plano os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não descritos expressamente neste Contrato e os provenientes de:

- a) Procedimentos assistenciais que exijam autorização prévia, realizados à revelia da CONTRATADA sem atendimento às condições previstas neste Contrato;

- b) Atendimentos prestados antes do início da vigência contratual ou do cumprimento das carências, respeitadas as demais condições contratuais;
- c) Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, entendido esse como aquele que emprega fármacos, vacinas, testes diagnósticos, aparelhos ou técnicas cuja segurança, eficácia e esquema de utilização 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 – CFM, ou o tratamento a base de medicamentos com indicações que não constem da bula registrada na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA (uso off-label);
- d) Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, considerando-se fins estéticos como todo aquele que não visa restaurar função parcial ou total de órgão ou parte do corpo humano lesionada seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;
- e) Cirurgia plástica estética de qualquer natureza;
- f) Inseminação artificial, considerada como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e espermatozoides para alcançar a fertilização, por meio de injeções de espermatozoides intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;
- g) Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- h) Tratamentos em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- i) Transplantes, à exceção de córnea e de rim, bem como dos transplantes autólogos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;
- j) Despesas com assistência odontológica de qualquer natureza (diagnóstica, clínica ou cirúrgica), inclusive relacionadas com acidentes, exceto cirurgias buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar;
- k) Honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista quando, por imperativo clínico, for necessária estrutura hospitalar para a realização de procedimentos listados no Rol de Procedimentos Odontológicos;
- l) Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, definidos como os medicamentos 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, ambulatórios e urgência e emergência);
- m) Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, ou seja, sem registro vigente na ANVISA;
- n) Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico, conforme os seguintes conceitos: 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;
- o) Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
  - p) Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
  - q) Aplicação de vacinas preventivas e hipossensibilizantes;
  - r) Serviços de enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar;
  - s) Procedimentos não discriminados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;
  - t) Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
  - u) Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência do plano, bem como despesas decorrentes de serviços prestados por médicos não credenciados ao plano contratado, à exceção dos atendimentos de urgência ou de emergência, que poderão ser efetuados por médicos não credenciados e posteriormente reembolsados, nos limites e termos deste Contrato;
  - v) Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do Beneficiário, exceto para pacientes menores de 18 anos, com idade igual ou superior a 60 anos, portadores de necessidades especiais e da mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (compreendida pelas 24 horas após o parto), nos termos definidos neste Contrato;
  - w) Despesas hospitalares extraordinárias tais como: serviços telefônicos, uso de televisão, alimentação não prevista no tratamento, lavagem de roupas, produtos de toalete e de higiene pessoal e quaisquer outras despesas que não sejam vinculadas à cobertura do presente instrumento;
  - x) Estada de paciente ou acompanhante em hotel, pensão ou similares;
  - y) Cirurgia para mudança de sexo;
  - z) Especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
  - aa) Qualquer tipo de atendimento domiciliar, mesmo em caráter de urgência e emergência;
  - bb) Consultas ambulatoriais;
  - cc) Procedimentos relativos ao pré-natal ambulatorial;
  - dd) Remoção domiciliar;
  - ee) Exames para piscina ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
  - ff) Investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;
  - gg) Procedimentos relacionados com acidentes do trabalho e suas consequências, moléstias profissionais, assim como para os procedimentos relacionados com a saúde ocupacional.

## **CLÁUSULA QUINTA - DURAÇÃO DO CONTRATO**

5.1 O presente Contrato vigorará pelo prazo mínimo de 12 (doze) meses, contados a partir da data de assinatura da Proposta de Adesão a qual refere-se este contrato, data esta considerada como de aniversário do presente instrumento, não podendo ocorrer nenhum pagamento antes dessa data.



5.2 Este Contrato tem renovação automática por prazo indeterminado a partir do vencimento do prazo inicial de vigência, estabelecido no artigo 5.1 deste contrato, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação.

#### **CLÁUSULA SEXTA - PERÍODOS DE CARÊNCIA**

6.1 Entende-se por carência o período de tempo durante o qual o Beneficiário não terá direito às coberturas contratadas. O direito de atendimento ao Beneficiário dos serviços previstos neste instrumento serão prestados após cumprimento das carências a seguir especificadas, observando-se o disposto na legislação vigente, especialmente inciso V, art. 12 da Lei nº 9.656/1998:

Cobertura	Carência registrada na ANS:	Carência negociada:
Procedimentos de urgência e de emergência, nos termos definidos neste contrato;	24 (vinte e quatro) horas	
Parto a termo;	300 (Trezentos) dias	
Demais coberturas previstas neste contrato.	180 (Cento e Oitenta) dias	

6.2 O prazo de carência será contado a partir do início de vigência do Contrato. Para os incluídos após a vigência deste instrumento, as carências serão contadas da data da sua inclusão.

6.3 Na hipótese do Beneficiário optar por adquirir novo produto, com acomodação em padrão superior à contratada originalmente, sujeitar-se-á ao cumprimento do período de carência de 180 (cento e oitenta) dias para utilização da nova acomodação, quando deverá assinar novo Contrato, por se tratar de novo produto, com registro específico na ANS. Em caso da internação ocorrer durante o prazo de carência citado neste item, será assegurada a utilização da acomodação anteriormente contratada.

#### **CLÁUSULA SÉTIMA – DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES**

7.1 Doenças ou lesões pré-existentes são aquelas que o Beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor no momento da adesão ao presente instrumento.

7.2 No momento da adesão ao presente instrumento, o Beneficiário deverá preencher a Declaração de Saúde, no qual manifestará o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes à época da adesão ao presente Contrato, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou rescisão unilateral do Contrato, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656/1998.

7.3 Juntamente com o Formulário de Declaração de Saúde, será entregue a Carta de Orientação ao Beneficiário.

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

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

7.6 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.

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

7.8 Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do Beneficiário, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a CONTRATADA oferecerá a cobertura parcial temporária.

7.9 A cobertura parcial temporária consiste na suspensão, por um período ininterrupto de 24 (vinte e quatro) meses, da cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos exclusivamente relacionados às doenças ou lesões pré-existentes.

7.10 A confirmação da doença ou lesão preexistente se fará com base nos princípios técnicos, normativos e éticos que regem um diagnóstico em medicina, em especial pela existência de antecedentes médicos ou hospitalares, sintomas, sinais ou alterações perceptíveis em seu estado de saúde, ou, ainda, por exames diagnósticos comprobatórios.

7.11 As doenças ou lesões preexistentes poderão ser identificadas pela CONTRATADA por todos os meios de verificação que se aceitem como prova, inclusive prontuários médico-hospitalares, em consultórios, clínicas, laboratórios e hospitais e/ou através de exames médicos de avaliação exigidos pela CONTRATADA para definição dos eventos que terão Cobertura Parcial ou Temporária.

7.12 Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no site [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br), bem como está disponível para consulta e cópia nas dependências da CONTRATADA, fazendo parte integrante deste instrumento.

7.13 Exercendo prerrogativa legal, a CONTRATADA não optará pelo fornecimento do Agravo.

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

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

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

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

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

7.14.5 Após julgamento, e acolhida a alegação da CONTRATADA, pela ANS, o Beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação da constatação da doença e lesão preexistente, pela CONTRATADA, bem como será excluído do Contrato.

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

## **CLÁUSULA OITAVA – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

8.1 Considera-se atendimento de urgência o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo da gestação.

8.2 Considera-se atendimento de emergência o evento que implica em risco imediato de morte ou de lesão irreparável para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

8.3 Serão garantidos os atendimentos decorrentes de acidentes pessoais, sem restrições, depois de decorridas 24 horas de vigência do Contrato.

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

8.5 Serão garantidos os atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, limitados às primeiras 12 (doze) horas, durante o cumprimento dos períodos de carência para parto a termo.

8.6 Haverá atendimento limitado as primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internação, nos casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças e Lesões Preexistentes.

8.7 Será garantido o atendimento limitado as primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internação, nos casos em que o atendimento de urgência e emergência for efetuado no decorrer dos períodos de carência para internação;

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

8.9 Haverá remoção para unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, nos casos do Beneficiário estar cumprindo período de carência para internação.

8.10 Também haverá remoção para unidade do SUS, depois de realizados os atendimentos de urgência e emergência, nos casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças e Lesões Preexistentes.

8.11 Na remoção para uma unidade do SUS serão observadas as seguintes regras:

- a) quando não possa haver remoção por risco de morte, o Beneficiário e o prestador ao atendimento, deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a CONTRATADA, desse ônus;
- b) caberá à CONTRATADA o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento;
- c) na remoção, a CONTRATADA deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS;
- d) quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida na alínea b, a CONTRATADA estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

8.12 A CONTRATADA assegurará o reembolso, no limite das obrigações deste Contrato, das despesas efetuadas pelo Beneficiário com assistência à saúde, dentro

da área geográfica de abrangência e atuação do plano, nos casos exclusivos de urgência ou de emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios ou credenciados pela CONTRATADA.

8.13 O Beneficiário deverá apresentar a documentação adequada no prazo máximo de 12 (doze) meses contados da data do evento, sob pena de perder o direito ao reembolso.

8.14 O pagamento do reembolso será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Reembolso da CONTRATADA (que equivale à relação de serviços médicos e hospitalares praticados pela CONTRATADA junto à rede de prestadores do respectivo plano), descontados eventuais valores de co-participação, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da apresentação dos seguintes documentos originais:

- a) via original do documento comprobatório do pagamento das despesas ao profissional e/ou instituição não credenciada pela CONTRATADA (Recibos e/ou Notas Fiscais);
- b) conta analítica médico-hospitalar, em caso de internação;
- c) relatório do médico-assistente, indicando a patologia e o procedimento adotado;
- d) declaração do médico-assistente especificando a razão da urgência e/ou emergência.

8.15 Só serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao Beneficiário, realizado enquanto perdurar o estado de urgência ou de emergência.

## **CLÁUSULA NONA - MECANISMOS DE REGULAÇÃO**

9.1 Somente terão direito aos serviços ora contratados os Beneficiários regularmente inscritos.

9.2 Os serviços ora contratados serão realizados na rede própria da CONTRATADA, entendida esta como o Hospital César Leite, localizado na Praça Dr. César Leite, nº 383, em Manhuaçu, Minas Gerais, CEP 36900-000.

9.3 A CONTRATADA reserva-se o direito de alterar a rede de prestadores de serviços, obedecido aos trâmites legais existentes, principalmente no que se refere à mudança de entidade hospitalar, conforme art. 17 da Lei nº 9.656/1998.

9.3.1 É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outro equivalente e mediante comunicação ao beneficiário e à ANS com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias em vigor.

9.3.2 Na hipótese de a substituição de entidade hospitalar ocorrer por vontade da CONTRATADA durante período de internação de algum beneficiário, será garantido o pagamento das despesas relacionadas com a internação até a alta hospitalar, estabelecida pelo médico assistente, exceto nos casos de infração às normas

sanitárias, quando a CONTRATADA providenciará, às suas expensas, a transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência.

9.3.3 No caso de redução de entidade hospitalar, é necessária autorização prévia da ANS.

9.4 Na impossibilidade de atendimento na rede própria da CONTRATADA, será o beneficiário autorizado a utilizar a rede credenciada da CONTRATADA, após prévia avaliação da auditoria médica, quando será emitida uma guia de atendimento.

9.5 Os dados da rede credenciada da CONTRATADA estão disponíveis em sua sede, para consulta e cópia.

9.6 A CONTRATADA assegurará aos Beneficiários a realização dos serviços ora contratados, mediante apresentação dos seguintes documentos:

- a) Guia de Internamento, fornecida pela CONTRATADA, em sua secretaria, nos casos eletivos, devendo o documento ser instruído com requisição do médico assistente com razões que justifiquem o diagnóstico, o tratamento proposto e a data provável de sua realização;
- b) Cartão de Identificação fornecido pela CONTRATADA ou ficha comprobatória de dependência, acompanhado do documento de identidade oficial.

9.7 Por ocasião da concessão de autorização prévia, a CONTRATADA garantirá, ao Beneficiário, atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de 1 (um) dia útil, a partir do momento de sua solicitação.

9.8 Nos casos de internação de urgência ou de emergência, o Beneficiário poderá ser admitido sem apresentação da Guia de Internamento, devendo o próprio Beneficiário ou quem por ele responda apresentá-lo no prazo de 48 (quarenta e oito) horas seguintes à internação, sob pena de, não o fazendo, ficar obrigado ao pagamento de todas as despesas decorrentes do procedimento realizado, incluindo-se diárias, taxas hospitalares, materiais, medicamentos, exames e honorários médicos.

9.9 Em caso de necessidade de prorrogação do prazo de internação previamente autorizado, o Beneficiário, ou quem por ele responda, deverá apresentar à CONTRATADA a solicitação de prorrogação emitida pelo médico assistente, com justificativa.

9.10 A CONTRATADA não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa do acordado.

9.11 Na hipótese do Beneficiário optar por acomodação hospitalar superior àquela contratada, deverá arcar com a diferença de preço e a complementação dos honorários médicos e hospitalares, conforme negociação direta com o médico ou hospital.

9.12 Nos termos da Resolução nº 08/1998, do Consu, em casos de divergência médica sobre o direito às coberturas previstas neste Contrato, garante-se ao Beneficiário e à CONTRATADA a prerrogativa de requerer a formação de junta médica, constituída por 3 (três) médicos, sendo um nomeado pela CONTRATADA, outro pelo Beneficiário, e um terceiro, escolhido pelos dois nomeados. Caso o beneficiário escolha profissional não pertencente à rede credenciada da CONTRATADA para o Plano será responsável pelo pagamento dos honorários daquele profissional.

9.13 Embora a cobertura contratual esteja restrita aos serviços realizados por profissionais credenciados pela CONTRATADA, ressalvada a hipótese de reembolso para os casos de urgência e emergência, é admitido que os serviços possam ser solicitados por profissionais legalmente habilitados não credenciados. Nesse caso, deve o Beneficiário dirigir-se à sede da CONTRATADA para transcrição do pedido para a guia padronizada, denominada TISS, e indicação do profissional credenciado a realizar os procedimentos solicitados.

## **CLÁUSULA DÉCIMA – FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE**

10.1 O Plano contratado será custeado em regime de preço 'pré-estabelecido', nos termos da Resolução Normativa nº. 85/04 da ANS (Anexo II, item 11, número 1) e alterações posteriores.

10.2 Em virtude dos serviços previstos neste instrumento, a CONTRATANTE deverá pagar à CONTRATADA, uma contraprestação pecuniária mensal (mensalidade) para cada Beneficiário inscrito, definidas em função do número de Beneficiários inscritos e das faixas etárias em que se enquadrarem.

10.3 Para cobrança do valor de mensalidade e dos eventuais valores de co-participação devidos em função da internação no tratamento por transtorno psiquiátrico, a CONTRATADA enviará, ao CONTRATANTE, fatura única de cobrança, que deverá ser quitada até o 14º ou 28º dia do mês, sendo essa a respectiva data de vencimento da obrigação, facultando-se à CONTRATADA, quando julgar conveniente, emitir e sacar duplicata referente aos serviços contratados.

10.4 Quando a data de vencimento cair em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser realizado até o primeiro dia útil subsequente, sendo reconhecido como comprovante de pagamento qualquer documento determinado pela CONTRATADA.

10.5 As faturas emitidas pela CONTRATADA terão por base o número de Beneficiários informado pelo CONTRATANTE. Na falta de comunicação, em tempo oportuno, de inclusão ou de exclusão de Beneficiários, a fatura se baseará nos dados disponíveis no período, realizando-se os acertos nas faturas subsequentes.

10.6 A CONTRATADA poderá adotar modalidade diversa de cobrança, conforme melhor lhe aprouver, mediante comunicação prévia.

10.7 Se a CONTRATANTE, não receber documento que o possibilite realizar o pagamento de sua obrigação, em até 5 (cinco) dias antes da data do vencimento, deverão requerer segunda via junto à CONTRATADA, que enviará nova cobrança.

10.8 A perda, extravio ou não recebimento do instrumento de cobrança não desobriga a CONTRATANTE, bem como o aposentado e o demitido de efetuarem o seu pagamento no prazo de vencimento mensal.

10.9 O recebimento pela CONTRATADA de parcelas em atraso constituirá mera tolerância, não implicando novação contratual ou transação.

10.10 O pagamento antecipado das mensalidades não elimina nem reduz os períodos de carência deste Contrato.

10.11 O pagamento dos valores devidos à CONTRATADA referente a um determinado mês não significa estarem pagos ou quitados débitos anteriores.

10.12 No ato da assinatura deste Contrato, a CONTRATANTE pagará à CONTRATADA uma taxa de adesão, no valor atual da tabela de vendas do produto contratado, de acordo com a faixa etária de cada beneficiário adquirente do plano. A taxa de implantação também será cobrada das novas adesões.

10.13 Ocorrendo impontualidade no pagamento dos valores de responsabilidade da CONTRATANTE, serão cobrados juros de mora de 6% (seis por cento) ao mês, calculados dia a dia, e multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado.

## **CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – REAJUSTE**

11.1 O reajuste a incidir sobre o valor da mensalidade será anual, tendo como data-base de aniversário o mês de início de vigência contratual, observado o limite do índice máximo autorizado pela ANS.

11.2 Na ausência de índice oficial da ANS, O PLANCEL reajustará os valores das mensalidades de acordo com a variação positiva do IGP – M da FGV, acumulada nos últimos 12(doze) meses, divulgado no período e com retroatividade de 2 (dois) meses, sendo que na falta deste, o reajuste se dará através de outro índice oficial que vier a substituí-lo.

11.3 Os valores relativos à taxa de adesão serão reajustados pelo índice obtido para reajuste das mensalidades.

11.4 Independente da data de adesão do Beneficiário, os valores de suas contribuições terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência deste Contrato, entendendo esta como data base única.

11.5 Além da modalidade de reajuste prevista nesta cláusula, devem-se observar as regras de reajuste por faixa etária previstas neste instrumento, que ocorrem no mês subsequente ao aniversário do Beneficiário.



## **CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - FAIXAS ETÁRIAS**

12.1 As mensalidades foram fixadas em função da idade do Beneficiário inscrito, de acordo com as seguintes faixas etárias e conforme os percentuais de reajustes incidentes em cada uma delas:

Faixas Etárias:	Percentuais de Reajustes:
a) 0 a 18 anos de idade .....	00,00 %
b) 19 a 23 anos de idade .....	18,10 %
c) 24 a 28 anos de idade .....	09,80 %
d) 29 a 33 anos de idade .....	10,00 %
e) 34 a 38 anos de idade .....	12,00 %
f) 39 a 43 anos de idade .....	13,00 %
g) 44 a 48 anos de idade .....	36,00 %
h) 49 a 53 anos de idade .....	20,00 %
i) 54 a 58 anos de idade .....	35,40 %
j) 59 anos e acima .....	50,20 %

12.2 Quando a alteração da idade importar em deslocamento para a faixa superior, as mensalidades serão alteradas, automaticamente, no mês seguinte ao do aniversário do Beneficiário, pelo percentual de reajuste estabelecido para a faixa etária subsequente.

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

12.5 Os percentuais de variação em cada mudança de faixa etária são fixados observadas as seguintes condições:

- a) O valor fixado para a última faixa etária não pode ser superior a 6 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária;
- b) A variação acumulada entre a 7ª (sétima) e a 10ª (décima) faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a 1ª (primeira) e a 7ª (sétima) faixas.

12.6 Em decorrência da aplicação do disposto no Estatuto do Idoso - Lei nº 10.471/03, em específico no seu art. 3º, não será aplicado reajuste por faixa etária ao Beneficiário com 60 (sessenta) anos de idade ou mais, permanecendo apenas a aplicação do reajuste financeiro anual previsto neste Contrato, conforme normas e índices determinados pelo órgão oficial competente, seja a ANS ou outro que vier a substituí-la, ou ainda pelo índice estabelecido neste Contrato.

## **CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO**

13.1 O beneficiário que, por qualquer motivo, deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição, poderá ser excluído do contrato.

13.2 O Beneficiário Dependente que for excluído do presente Contrato poderá firmar Contrato em seu próprio nome, em até 30 (trinta) dias, contados da data de exclusão neste instrumento, aproveitando as carências já cumpridas neste contrato. da solicitação.

13.3 A exclusão do beneficiário titular cancelará automaticamente a inscrição de seus respectivos dependentes.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – RESCISÃO/SUSPENSÃO**

14.1 Sem prejuízo das penalidades previstas em lei, além das infrações especificamente previstas nesta avença, o presente Contrato poderá ser rescindido, de acordo com o disposto na Lei n.º 9.656/1998, sem que caiba direito a qualquer indenização à CONTRATANTE, a qualquer tempo, nas hipóteses seguintes:

- a) Inadimplência da CONTRATANTE, por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do Contrato, após notificação prévia ao Beneficiário Titular, que se dará até 50º (quinqüagésimo) dia de inadimplência, sem prejuízo do direito de requerer judicialmente a quitação do débito com suas conseqüências moratórias;
- b) Fraude comprovada e/ou dolo a CONTRATANTE.
- c) Descumprimento da CONTRATANTE às cláusulas e condições deste Contrato.

14.1.1 Independente do direito de rescindir o Contrato após 60 (sessenta) dias de inadimplência, a CONTRATADA poderá ainda suspender os atendimentos após 30 (trinta) dias sucessivos de falta de pagamento.

14.2 Após o término do prazo mínimo de 12 (doze) meses de vigência contratual, é facultado a CONTRATANTE denunciar o Contrato, mediante comunicação escrita e protocolada, dirigida à outra parte, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

14.3 Caso a CONTRATANTE manifeste intenção de rescindir o presente Contrato, antes do término do prazo mínimo de 12 (doze) meses de vigência contratual, fica obrigado ao pagamento, a título de multa pecuniária, do valor correspondente a 3 (três) contribuições integrais, calculados pela média das contribuições efetuadas ao plano antes da sua notificação, ressalvado o direito da CONTRATADA de exigir complemento do valor caso o prejuízo suportado seja superior ao montante da multa acima especificada, na forma do Código Civil vigente.

14.4 Em nenhuma hipótese haverá restituição do valor pago pela CONTRATANTE para o Beneficiário fazer jus às coberturas definidas neste instrumento.

14.5 A CONTRATADA reserva-se ao direito de cobrar da CONTRATANTE, pelos meios legais cabíveis, eventuais despesas decorrentes de atendimento prestado ao Beneficiário Titular e a seus Dependentes, após a rescisão do Contrato, restando-se cessadas as responsabilidades da CONTRATADA.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DISPOSIÇÕES GERAIS**

16.1 Para os efeitos deste Contrato, são adotadas as seguintes definições:

- a) ACIDENTE PESSOAL: evento ocorrido em data específica, provocado por agentes externos ao corpo humano, súbitos e involuntários e causadores de lesões físicas não decorrentes de problemas de saúde, e que, independente de qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico, como, por exemplo, acidentes de carro, quedas e inalação de gases;
- b) AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS: autarquia sob regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde;
- c) AGRAVO: qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o Beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a CONTRATADA e o Beneficiário. Exercendo prerrogativa legal, a CONTRATADA não optará pelo fornecimento do Agravo;
- d) ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA E ATUAÇÃO DO PLANO: área definida em Contrato dentro da qual o Beneficiário poderá utilizar os serviços contratados;
- e) ATENDIMENTO AMBULATORIAL: compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, ou serviços como recuperação pós-anestésica, UTI, CETIN e similares;
- f) ATENDIMENTO ELETIVO: termo usado para designar os atendimentos médicos que podem ser programados, ou seja, que não são considerados de urgência ou de emergência;
- g) CARÊNCIA: prazo ininterrupto, contado a partir data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, durante o qual os Beneficiários não têm direito às coberturas contratadas;
- h) CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10ª revisão;
- i) COBERTURA: garantia, nos limites e modalidades deste Contrato, do pagamento de despesas médicas e hospitalares, diretamente às pessoas físicas ou jurídicas prestadoras de serviços, em nome e por conta dos Beneficiários;
- j) COMPANHEIRO: pessoa que vive em união estável com outrem, considerada união estável a entidade familiar entre o homem e a mulher, configurada na

- convivência pública, contínua e duradoura com o objetivo de constituição de família, nos termos da Constituição Federal e do Código Civil Brasileiro;
- k) **COMPLICAÇÕES NO PROCESSO GESTACIONAL:** alterações patológicas durante a gestação, como, por exemplo, gravidez tubária, eclampsia, parto prematuro e abortamento;
  - l) **CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - CONSU:** órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para deliberar sobre questões relacionadas à prestação de serviços de saúde suplementar, definidas no art. 35-A da Lei nº 9.656/1998;
  - m) **HOSPITAL DIA:** atendimento hospitalar que não requeira pernoite em leito hospitalar, não correspondendo, portanto, a uma diária convencional;
  - n) **INTERNAÇÃO HOSPITALAR:** situação na qual o Beneficiário é admitido em estabelecimento hospitalar, ficando sob os cuidados do médico assistente, para ser submetido a algum tipo de tratamento ou procedimento;
  - o) **MÉDICO ASSISTENTE:** médico responsável pela indicação da conduta médica a ser aplicada ao paciente;

16.2 Por convenção, adotou-se neste Contrato o gênero masculino quando há referência ao gênero masculino e feminino.

16.3 A CONTRATADA fornecerá aos Beneficiários o Cartão Individual de Identificação, com prazo de validade, cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade legalmente reconhecido, assegura a fruição dos direitos e vantagens deste Contrato, podendo a CONTRATADA adotar, a qualquer tempo, novo sistema para melhor atendimento aos Beneficiários.

16.4 É obrigação do Beneficiário Titular, na hipótese de rescisão, resolução ou resilição deste Contrato, ou ainda, de exclusão, devolver os respectivos cartões de identificação e quaisquer outros documentos porventura fornecidos pela CONTRATADA, respondendo, diante da comprovação da ilicitude, pelos prejuízos resultantes do uso indevido desses documentos, restando isenta, neste caso, de qualquer responsabilidade, a CONTRATADA, a partir da exclusão do Beneficiário, rescisão, resolução ou resilição do presente instrumento. Nos casos em que os cartões não foram devolvidos, na forma acima, deverá o Beneficiário Titular assinar Termo próprio se responsabilizando por eventual má utilização dos serviços.

16.5 Considera-se uso indevido a utilização desses documentos para obter atendimento, mesmo que na forma contratada, pelos Beneficiários que perderam essa condição, por exclusão ou término do Contrato, ou, em qualquer hipótese, por terceiros, que não sejam Beneficiários.

16.6 O uso indevido do cartão de identificação, de qualquer Beneficiário, a critério da CONTRATADA, ensejará pedido de indenização por perdas e danos, bem como a exclusão do respectivo titular, e seus dependentes.

16.7 Ocorrendo o roubo, o furto, a perda ou o extravio do Cartão Individual de Identificação, o Beneficiário Titular deverá comunicar o fato à CONTRATADA, por escrito, acompanhada de declaração de perda ou de boletim de ocorrência, para cancelamento ou, quando for o caso, emissão de segunda via. O cancelamento só terá validade quando reconhecido por escrito pela CONTRATADA.

16.8 As segundas vias do Cartão de Identificação serão cobradas, pela CONTRATADA, conforme valor de Taxa de Inscrição vigente à época.

16.9 Sempre que ocorrer o vencimento do prazo de validade do Cartão de Identificação, a CONTRATANTE, deverá solicitar a CONTRATADA um novo Cartão de Identificação.

16.10 A CONTRATADA, compromete-se a emitir segunda via do Cartão de Identificação com nova data de validade, prorrogada por período igual ao anterior, sem onus financeiro para a CONTRATANTE.

16.9 A CONTRATADA não se responsabilizará por qualquer procedimento do Beneficiário que contrarie as normas e rotinas contidas neste Contrato.

16.10 Os casos omissos no presente instrumento contratual serão resolvidos de comum acordo entre os CONTRATANTES.

16.11 Qualquer tolerância não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

16.12 O Beneficiário Titular, por si e por seus Dependentes, autoriza a CONTRATADA a prestar todas as informações cadastrais solicitadas pelos órgãos de fiscalização da assistência à saúde.

16.13 Na eventualidade de insatisfação em relação ao plano ou ao atendimento prestado por força deste Contrato, o Beneficiário deverá encaminhar reclamação escrita para a sede do PLANCEL, para devida apuração.

16.13 Este Contrato foi elaborado levando-se em consideração a legislação vigente, assim, qualquer alteração das normas que implique em necessária modificação do avençado, as partes se sujeitarão ao ajuste das novas condições.

16.14 A CONTRATADA não será responsabilizada, em nenhuma hipótese, por eventos, procedimentos ou efeitos decorrentes da contratação direta de serviços não cobertos por este Contrato entre o CONTRATANTE e/ou seus dependentes e os médicos-assistentes credenciados e/ou não credenciados pela CONTRATADA.

16.15 Faz parte do Contrato quaisquer documentos entregues ao Beneficiário que tratem de assuntos pertinentes ao plano de saúde. Dentre esses documentos, incluem-se: Termo de Adesão, Declaração de Saúde, Carta de Orientação ao Beneficiário, e o Guia de Leitura Contratual.

## **CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – ELEIÇÃO DE FORO**

17.1 As partes comprometem-se a resolver de comum acordo as divergências decorrentes do presente instrumento, não sendo possível a composição amigável, fica eleito o foro do domicílio da CONTRATADA para dirimir qualquer demanda sobre o presente Contrato.