

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA COLETIVA EMPRESARIAL (PME)

I – QUALIFICAÇÃO DAS PARTES	
<p>1.1 O presente Instrumento Contratual tem como integrantes, de um lado a empresa ASSISTENCIA MEDICA INFANTIL LTDA, pessoa jurídica de direito privado, com nome fantasia AMI, situada na Av. Moreira & Silva, Nº653, Farol, Maceió/AL., CEP 57.057-500, e filial situada na Rua Leonardo Rodrigues da Silva, nº 147, Pitangueiras, CEP: 42701-420 – Lauro de Freitas – Bahia., inscrita no CNPJ sob nº 12.321.527/0001-05, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS com o nº 32.833-2 e, de outro lado, a pessoa jurídica qualificada na Ficha Cadastral anexa ao presente instrumento, doravante denominada simplesmente CONTRATADA E CONTRATANTE, respectivamente.</p>	NOME COMERCIAL E REGISTRO DO PLANO NA ANS: Pleno II – 478936/17-9
	TIPO DE CONTRATAÇÃO: Coletivo empresarial
	SEGMENTAÇÃO ASSISTÊNCIAL: Ambulatorial + hospitalar + obstetrícia
	ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA: Grupo de municípios
	ÁREA DE ATUAÇÃO: Alagoinhas, Camaçari, Candeias, Catu, Cruz das Almas, Dias D'Ávila, Feira de Santana, Jequié, Juazeiro, Lauro de Freitas, Pojuca, Salvador, Santo Antônio de Jesus, São Sebastião do Passé, Senhor do Bonfim, Serrinha, Simões Filho, Vitória da Conquista, Ilheus, Itabuna.
	PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAMENTO: Apartamento
FORMAÇÃO DO PREÇO: Pré- estabelecido	

II – ATRIBUTOS DO CONTRATO

2.1 A ASSISTENCIA MEDICA INFANTIL LTDA, Operadora de Planos Privados de Assistência à Saúde, de acordo com o §1º, do artigo 1º da Lei nº 9.656/98, com a redação dada pela MP 2.177 de 2001, compromete-se, nos termos do plano escolhido, a cobrir os custos das despesas correspondentes aos serviços médico-hospitalares, previstos no **Rol de Procedimentos editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS** vigente na época do evento para tratamento de todas as doenças da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde. Os serviços serão prestados por terceiros aos **BENEFICIÁRIOS** do contrato, obedecendo à rede credenciada do plano escolhido, à abrangência contratual, aos parâmetros estabelecidos pela legislação vigente, e às demais condições, exclusões e limites definidos neste contrato.

2.2 O presente contrato de prestação continuada de cobertura de custos médicos e hospitalares reveste-se de característica bilateral, gerando direitos e obrigações às partes, sendo um contrato aleatório, de adesão, na forma do disposto no artigo 54 do Código de Defesa do Consumidor e artigos 458 a 461 do Código Civil de 2002, considerando-se, ainda, esta avença, como um contrato, assumindo o **BENEFICIÁRIO** o risco de não vir a existir a cobertura da referida assistência, pela inoccorrência do evento do qual será gerada a obrigação da CONTRATADA em garanti-la ou em razão do evento não constar do Rol de Procedimentos vigente.

2.3 Este contrato é regido pela Lei nº 9.656/98 e regulamentação setorial vigente, em especial a Resolução Normativa RN 195/09 e suas posteriores alterações, bem como subsidiariamente pelo Código de Defesa do Consumidor e pelo Código Civil de 2002.

III – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

3.1 Poderão ser admitidos como beneficiários titulares neste contrato, os sócios, administradores e diretores da CONTRATANTE, bem como os seus empregados, desde que, comprovem o respectivo vínculo empregatício. Poderá ainda ser admitido como CONTRATANTE o empresário individual inscrito junto à Receita Federal e demais órgãos competentes há pelo menos 6 (seis) meses, observadas ainda as demais regras específicas estabelecidas pela ANS.

3.2 Sem prejuízo do disposto caput, a CONTRATADA, poderá a seu exclusivo critério, admitir no quadro de beneficiários titulares, os agentes políticos, os demitidos ou aposentados que tenham sido vinculados anteriormente a CONTRATANTE, os trabalhadores temporários, estagiários e menores aprendizes, que mantenham e comprovem o respectivo vínculo com a CONTRATANTE.

3.3 Serão admitidos ainda, na qualidade de dependentes, os beneficiários inscritos, que mantenham com o usuário titular, uma das seguintes relações:

- a) Cônjuge;
- b) Filhos solteiros, menores de 18 anos;
- c) Filhos solteiros, estudantes universitários, até 24 anos incompletos;
- d) Os tutelados e menores sob guarda, por força de decisão judicial;
- e) Companheiro, havendo união estável na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial.

3.3.1 A participação do beneficiário dependente está condicionada à inclusão obrigatória do beneficiário titular neste contrato.

3.4 A CONTRATADA admitirá também, a inclusão no quadro de beneficiários, para fins deste contrato:

- a) Do filho recém-nascido, natural ou adotivo do titular, de parto coberto por este contrato, na qualidade de beneficiário dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência e cobertura parcial temporária ou agravo, contanto que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o nascimento ou adoção.
- b) Do filho adotivo do titular, menor de 12 (doze) anos, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo beneficiário titular.
- c) De novos administradores, diretores, sócios, empregados ou colaboradores da CONTRATANTE e seus respectivos dependentes, regularmente admitidos, assegurando as condições iniciais do contrato, inclusive, quando aplicável, a isenção parcial dos períodos de carência, contanto que a inscrição ocorra no prazo de até 30 (trinta) dias da nova admissão, contratação e /ou, ingresso na sociedade, exceto para cobertura parcial temporária ou agravo.

3.5 O não cumprimento do prazo previsto nas alíneas a e c, do item anterior, ensejarão no cumprimento integral, a partir da inclusão no contrato, dos períodos de carência previsto na cláusula sexta.

3.6 A CONTRATADA poderá, quando da assinatura do contrato e durante a sua vigência, exigir da CONTRATANTE, a comprovação necessária da relação de vínculo (GRF – FGTS do mês compatível, quitada) e de dependência retro grafadas, mediante documentação original e/ou, em cópia autenticada. Será anualmente exigido do CONTRATANTE, quando este se enquadrar na condição de empresário individual, a da sua inscrição nos órgãos competentes, bem como sua regularidade cadastral junto à Receita Federal, de acordo com sua forma de constituição, como condição para a manutenção do presente contrato.

3.7 A inclusão de agregados, pensionistas e aposentados, bem como dos funcionários que se

encontram afastados por auxílio doença, hospitalizados ou em tratamento clínico ou cirurgia por qualquer motivo/doença será permitida desde que estes estejam devidamente identificados, qualificados e precificados no escopo da proposta comercial, apresentada à CONTRATANTE, que confirmará mediante aceite por escrito.

3.8 Quando da assinatura deste contrato, a CONTRATANTE repassará, em relatório próprio, fornecido pela CONTRATADA, a relação dos beneficiários a serem inscritos, sendo obrigatório o preenchimento de todos os campos do mesmo, responsabilizando-se pela veracidade das informações.

3.8.1 – Além do formulário devidamente preenchido, a CONTRATANTE ficará obrigada a apresentar, previamente a assinatura do contrato, toda a documentação exigida pela CONTRATADA, para efeito de cadastro e comprovação de vínculo, a saber, mas não limitada a: Para inclusão do Titular: RG, CPF, comprovante de residência e vínculo empregatício – para inclusão do dependente: certidão de Casamento, quando cônjuge; Certidão de nascimento, quando filhos menores de 18 anos; Declaração da universidade, quando filhos entre 18 e 24 anos incompletos, comprovando a regularidade do curso superior e havendo união estável, no caso de companheiro, Decisão Judicial.

3.9 As futuras inclusões, exclusões e alterações no quadro de beneficiários, devidamente pré-comprovadas, serão informados por meio de formulários de movimentação, pela CONTRATANTE, com toda documentação exigida para os casos de inclusão, em até 11 (onze) dias antes do vencimento da fatura.

3.9.1 Para resguardar o direito a movimentação prevista no caput, a CONTRATANTE, no ato do pedido, deverá estar regularmente adimplente junto a CONTRATADA.

3.9.2 O início da cobertura para as novas inclusões será no primeiro dia útil seguinte a data de vencimento da fatura posterior ao pedido da respectiva inclusão.

3.9.3. No caso do pedido de exclusão, o processamento a título de dedução, somente será efetivado na data de vencimento posterior à respectiva solicitação.

3.9.4. A CONTRATANTE, sem prejuízo do disposto no caput, do cumprimento dos prazos de carências quando for o caso, e, desde que regulamente adimplente poderá, mediante prévia e expressa autorização da CONTRATADA, solicitar novas inclusões após a data acima descrita, concordando e assumindo para tanto o respectivo pagamento imediato através do sistema de pro rata die.

3.9.5. Os beneficiários dependentes, regularmente admitidos, inscritos e ativos no contrato, ao completarem a maioridade e/ou, quando cursando universidade, atingirem 24 anos de idade, perderão automaticamente a condição de dependente, motivo pelo qual será excluído desde contrato, mediante prévia notificação.

IV – COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

4.1 A CONTRATADA assegurará aos beneficiários regularmente inscritos e satisfeitas as respectivas condições, a cobertura básica prevista neste contrato, compreendendo a cobertura de todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, visando o tratamento de todas as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde da Organização Mundial de Saúde/10º Revisão CID-10, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e Rol Odontológico da Agência Nacional de Saúde Suplementar vigentes à época do evento.

4.2 A participação de profissional médico anesthesiologista nos procedimentos ambulatoriais listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento terá cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínica, excluindo-se os procedimentos que exijam forma de

anestesia diversa da anestesia local, da sedação ou do bloqueio;

4.3 Está garantida, ainda, a cobertura para os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho, excluindo-se a realização dos exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais.

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

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

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

COBERTURAS AMBULATORIAIS:

4.6 Para os contratos com cobertura ambulatorial, aos BENEFICIÁRIOS serão asseguradas os atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, **não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que, embora não necessite de internação, demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas**, ou serviços como unidade de terapia intensiva e unidades similares, observadas as seguintes exigências:

- a) Cobertura de consultas médicas em número ilimitado em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas), inclusive obstétrica para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM, não sendo consideradas como especialidades médicas as áreas de atuação estabelecidas pelo referido conselho;
- b) Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitados pelo médico ou pelo cirurgião-dentista assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação conforme preceitua o caput;
- c) Cobertura de consultas ou sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo de acordo às diretrizes de utilização estabelecidas pela ANS;
- d) Cobertura de psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido pela ANS, que poderá ser realizada tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitados;

Cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física listados nos Anexos desta RN, que podem ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, em número ilimitado de sessões por ano;

- e) Cobertura das ações de planejamento familiar, incluindo:
 - atividades educacionais;
 - consultas de aconselhamento para planejamento familiar;
 - atendimento clínico;
 - sulfato de DEHIDROEPIANDROSTERONA(SDHEA);
 - implante de dispositivo intra-uterino (diu) hormonal incluindo o dispositivo
- f) Atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, conforme normas legais e regulamentares específicas vigentes sobre o tema;
- g) Cobertura de urgência e emergência, limitada até as primeiras 12 (doze) horas do atendimento, nos termos da Resolução Consu 13/98. Quando necessária, para a continuidade do atendimento de urgência e emergência, a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar,

- ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e em tempo menor que 12 (doze) horas, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser do contratante, não cabendo ônus à operadora;
- h) Cobertura de remoção, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao paciente ou pela necessidade de internação;
 - i) cobertura de hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
 - j) cobertura de quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes (medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento) que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de Saúde, excluindo-se embolização e a quimioterapia oncológica intra-tecal ou que demande internação
 - k) Cobertura de medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, respeitando, preferencialmente, as seguintes características:
 - l) medicamento genérico: medicamento similar a um produto de referência ou inovador, que se pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após expiração ou renúncia da proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovada a sua eficácia, segurança e qualidade, e designado pela Denominação Comum Brasileira - DCB ou, na sua ausência, pela Denominação Comum Internacional - DCI, conforme definido pela Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999; e;
 - m) medicamento fracionado: medicamento fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição do órgão competente, esta atualmente a cargo da ANVISA;
 - n) Cobertura dos procedimentos de radioterapia previstos no Rol da ANS, para a segmentação ambulatorial;
 - o) Cobertura dos procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais que não necessitem de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no segmento ambulatorial previsto no presente instrumento;
 - p) Cobertura de hemoterapia ambulatorial; e
 - q) Cobertura das cirurgias oftalmológicas ambulatoriais previstas no Rol da ANS.

COBERTURAS HOSPITALARES:

4.7 Para os contratos com cobertura hospitalar, aos BENEFICIÁRIOS serão asseguradas as coberturas de despesas médico-hospitalares, sem limite de prazo, valor máximo e quantidade de internação, em unidades referenciadas aptas a atender as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM, englobando os seguintes itens:

- a) Internações hospitalares clínicas e/ou cirúrgicas, bem como o acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional, na indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou contratados pelo plano, e internações em Centro de Terapia Intensiva ou similar;
- b) Despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem, exceto quando em caráter particular, e alimentação;
- c) Toda e qualquer taxas, incluindo materiais utilizados, assim como a remoção do paciente, quando comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, em território brasileiro, dentro dos limites da abrangência geográfica prevista no contrato;

- d) Remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato.
- e) OS BENEFICIÁRIOS terão direito à cobertura de despesas de diária(s) de 1 (um) acompanhante, no caso de paciente menor de 18 (dezoito) anos e com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente, no local da internação, excetuado os casos de CTI ou similar;
- f) Exames complementares indispensáveis ao controle da evolução da doença e à elucidação diagnóstica realizados durante o período de internação hospitalar;
- g) Fornecimento de medicamentos nacionais e nacionalizados, anestésicos, gases medicinais e transfusões, conforme prescrição do médico assistente ministrados durante o período de internação hospitalar;
- h) Os seguintes procedimentos, considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:
- Hemodiálise e diálise peritoneal;
 - Quimioterapia oncológica ambulatorial;
 - Procedimentos radioterápicos ambulatorial e hospitalar;
 - Hemoterapia;
 - Nutrição enteral ou parenteral;
 - Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
 - Embolizações e radiologia intervencionista;
 - Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
 - Procedimentos de reeducação e reabilitação física;
- i) atendimentos nos casos de planejamento familiar incluindo o seguinte procedimento: sulfato de DEHIDROEPIANDROSTERONA(SDHEA);
- j) Cirurgia plástica reparadora quando efetuada para restauração de órgãos e funções conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- k) Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer;
- l) Procedimentos buco-maxilo-faciais que necessitem de internação hospitalar, realizada por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar;
- m) Cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica;
- n) Transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, bem como as despesas com os procedimentos necessários à realização do transplante, incluindo, quando couber: despesas assistenciais com doadores vivos, medicamentos utilizados durante a internação, acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção, despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde - SUS. Na hipótese de realização dos referidos transplantes, o associado deverá, obrigatoriamente, estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs, sujeitando-se aos critérios de fila única de espera e de seleção;

COBERTURA PARA SAÚDE MENTAL:

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

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

- a) Custeio integral de pelo menos 30 (trinta) dias de internação;
- b) Nas internações psiquiátricas o custeio parcial excepcionalmente poderá ser fixado a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação, por ano de contrato, com co-participação do Beneficiário de 50% (cinquenta por cento) observados os tetos estabelecidos nos normativos vigentes; Esse percentual de co-participação equivalerá ao máximo admitido por norma editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que estiver vigente à época da contratação do plano.
- c) A cobertura do tratamento em regime de hospital-dia deverá se dar de acordo com as diretrizes estabelecidas nos normativos vigentes.

COBERTURA OBSTÉTRICA

O segmento hospitalar com obstetrícia compreende as seguintes coberturas:

- a) Todas as coberturas definidas no segmento hospitalar, acrescida dos procedimentos relativos ao pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, definidos e listados no ROL DE PROCEDIMENTOS estabelecidos pela resolução normativa de nº 428/2017, da ANS e suas atualizações.
- b) Cobertura assistencial ao recém nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário titular ou de seu dependente, durante os primeiros 30(trinta) dias, após o parto.
- c) Opção de inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do titular, de parto coberto por este contrato, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra, impreterivelmente, no prazo máximo, de 30(trinta) dias do nascimento ou adoção.
- d) Cobertura de um acompanhante indicado pela mulher, durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

V – EXCLUSÕES DE COBERTURA

5.1 Estão excluídos da cobertura e procedimentos garantidos pelo presente contrato, na clausula terceira, supra, ALÉM DOS PROCEDIMENTOS NÃO CONSTANTES NO ROL DE PROCEDIMENTOS DA ANS, vigente à época da solicitação, os seguintes procedimentos.

- I. Tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimental, e tratamentos ilícitos antiéticos.
- II. Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim.
- III. Inseminação artificial.
- IV. Fornecimento de equipamento e materiais (inclusive ortese e prótese), importados como similar nacional, exceto as próteses e ortese importadas nacionalizadas com registro na ANVISA e utilizadas no ato cirúrgico.
- V. Fornecimento de medicamentos, equipamentos ou matérias de uso domiciliar inclusive quimioterápicos.
- VI. Fornecimento de próteses, orteses e equipamentos de qualquer natureza, não ligadas ao ato cirúrgico.
- VII. Atendimento nos casos de cataclismos, guerras, comoções internas e calamidade pública, quando declaradas pela autoridade competente.
- VIII. Tratamentos em SPAs, casas sociais, clínicas de emagrecimento, ou ganho de peso, clínicas de repouso, estância hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos, internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar.

- IX. Consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de emergência ou urgência.
- X. Medicamentos e procedimentos não prescritos pelo médico assistente, ou não realizado no ambiente ambulatorial hospitalar.
- XI. Despesas decorrentes de serviços prestados por médico não contratado ou hospitais e serviços não credenciado pela CONTRATADA, ressalvados os casos excetuados neste instrumento.
- XII. Consultas, tratamentos médicos hospitalares e internações, efetuados antes do início da cobertura ou do cumprimento das carências estipulados na cláusula sexta, infra.
- XIII. Fornecimento de medicamentos (inclusive quimioterápicos), equipamento e matérias, que não sejam utilizados durante internações ou durante atendimentos ambulatoriais, ou ainda, que não necessitem de supervisão médica.
- XIV. Fornecimento de medicamentos e exames importados ou não reconhecidos pela AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA).
- XV. Fornecimento de equipamentos ou materiais de uso domiciliar, inclusive quimioterápicos, bem como medicamentos, ressalvado neste particular, o disposto no art. 13 da RN 211/2010.
- XVI. Fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela comissão de incorporação de tecnologias do Ministério da Saúde – CITEC.
- XVII. Transplantes, à exceção dos listados no Anexo da Resolução Normativa nº 211/2010.
- XVIII) Despesas não relacionadas diretamente com o tratamento médico hospitalar.
- XVIII. Aluguel de equipamentos hospitalares e similares, bem como enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar.
- XIX. Procedimentos, tratamentos e exames realizados no exterior, ainda que a coleta do material seja feita no Brasil.
- XX. Qualquer atendimento odontológico, exceto procedimentos cirúrgicos bucomaxilares realizados por médicos credenciados pela CONTRATADA, e procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que por imperativo clínico necessite de internação hospitalar, desde que realizadas por cirurgião dentista e restrito a finalidade de natureza odontológica.
- XXI. Tratamentos e cirurgias para controle de natalidade, para infertilidade, esterilidade e suas consequências, exceto a cobertura dos atendimentos nos casos de planejamento familiar, de que trata o inciso III do art. 35-C da lei 9.656/1998, previstos no anexo I da RN 192/2009, bem como tratamento cirúrgico e exames laboratoriais diagnósticos, salvo embolização percutânea.
- XXII. Cirurgias plásticas, exceto reparadoras, reconstrutiva de mama, para tratamento de utilização de técnica de tratamento de câncer.
- XXIII. Necropsias, medicina ortomolecular, mineralograma do cabelo, consultas e exams para piscina ou ginástica, atestados médicos em geral, e exames de DNA.
- XXIV. Enfermagem em caráter particular seja em regime hospitalar ou domiciliar.
- XXV. Cirurgias para correção de astigmatismo, hipermetropia e miopia, salvo a cirurgia retrativa, nos termos das diretrizes disposta no anexo II, da RN 167/2008.
- XXVI. Atendimento médico em área de atuação e especialidade não reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina – CFM.
- XXVII. Doenças profissionais e respectivos tratamentos de reabilitação, exceto as lesões por esforço repetitivo (LER) e distúrbios osteomusculares (DORT), relacionadas ao trabalho.
- XXVIII. Demais procedimentos decorrentes de eventos – não cobertos pelo plano.

6.1 O presente contrato vigorará com o respectivo pagamento da primeira mensalidade, e terá duração mínima de 12 (doze) meses consecutivos.

6.1.1 Expirado o prazo ajustado no caput, o presente contrato será renovado automaticamente, por prazo indeterminado, sendo vedado para tanto, a cobrança de qualquer taxa, a título de adesão dos beneficiários já inscritos.

VII – PERÍODOS DE CARÊNCIA

7.1 Carência é o período ininterrupto durante o qual o **BENEFICIÁRIO** não terá direito a determinadas coberturas previstas no contrato. Os prazos de carência não se confundem com o prazo da Cobertura Parcial Temporária – CPT, correndo eles de maneira independente e não podendo ser somados.

7.2 Para os contratos firmados com número de participantes igual ou superior a 30 (trinta) **BENEFICIÁRIOS**, e enquanto mantida essa quantidade mínima, não poderá ser exigido o cumprimento de prazos de carência, **desde que o BENEFICIÁRIO formalize o pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias da celebração do contrato coletivo ou 30 (trinta) dias de sua vinculação à pessoa jurídica contratante.**

7.3 A observância das carências será feita sempre em conformidade com os limites, as condições e o início da vigência estabelecidos no plano contratado, sendo contado a partir do ingresso do **BENEFICIÁRIO** no contrato de plano de saúde, sendo os seguintes os prazos:

Urgência e Emergência	24 horas
Consultas e Exames Laboratoriais	30 dias
Exames Complementares	90 dias
Internações e exames/procedimentos de alta complexidade, além de todas as demais coberturas previstas e não descritas nos itens anteriores	180 dias
Parto a termo	300 dias

VIII - DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES

8.1 Para fins do presente contrato, são consideradas doenças e lesões preexistentes aquelas das quais o(s) **BENEFICIÁRIO(s)** ou o seu representante legal saiba ser portador(es) ou sofredor(es), no momento da contratação ou adesão ao plano de saúde.

8.2 Para os contratos firmados com número de participantes igual ou superior a 30 (trinta) **BENEFICIÁRIOS**, e enquanto mantida essa quantidade mínima, não poderá ser exigido o cumprimento de cláusula de agravo ou Cobertura Parcial Temporária, nos casos de doenças ou lesões preexistentes, desde que o **BENEFICIÁRIO** formalize o pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias da celebração do contrato coletivo ou 30 (trinta) dias de sua vinculação à pessoa jurídica contratante.

8.2.1 Ultrapassados os prazos de inclusão previstos na cláusula acima, ou não comprovada os requisitos estabelecidos, o **BENEFICIÁRIO** estará sujeito à cláusula de agravo ou Cobertura Parcial temporária previstas no presente contrato.

8.3 No momento da adesão, o **BENEFICIÁRIO** deverá preencher a Declaração de Saúde e informar à

CONTRATADA a condição sabida de doença ou lesão preexistente, previamente à época da assinatura do contrato ou adesão contratual, sob pena de caracterização de fraude, sujeito a suspensão ou rescisão do contrato, conforme disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656 de 1998 c/c os artigos 5º, 10 e 11 da RN 162/2007.

8.4 O BENEFICIÁRIO será orientado a preencher a Declaração de Saúde através da Carta de Orientação ao BENEFICIÁRIO, a qual é parte integrante obrigatória deste contrato e padronizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

8.5 O BENEFICIÁRIO poderá escolher um médico para auxiliá-lo no preenchimento da entrevista qualificada, pertencente à lista de profissionais médicos da rede de prestadores credenciados ou referenciados pela CONTRATADA, sem qualquer ônus para o mesmo.

8.6 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 desta entrevista.

8.7 A entrevista qualificada se constitui no preenchimento de um formulário e Declaração de Saúde, elaborado pela CONTRATADA, e terá como objetivo principal relacionar, se for o caso, todas as doenças de conhecimento prévio do consumidor em relação a ele próprio e a todos os dependentes integrantes de seu contrato.

8.8 O médico escolhido atuará como orientador, esclarecendo no momento do preenchimento do formulário, todas as questões relativas às principais doenças ou lesões passíveis de serem classificadas como preexistentes, as alternativas de coberturas e demais consequências em relação à sua omissão.

8.9 Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração do BENEFICIÁRIO a existência de doenças ou lesões preexistentes, a CONTRATADA deverá oferecer a Cobertura Parcial Temporária – CPT.

8.10 Cobertura Parcial Temporária – é aquela que admite a suspensão, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, contados da inclusão do BENEFICIÁRIO, da cobertura para procedimentos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia (UTI, CTI, Unidade Coronariana e Unidade Intermediária) e procedimentos de alta complexidade (PAC), definidos no Rol de Procedimentos de Alta Complexidade da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes.

8.10.1 Para fins deste contrato findo o prazo de 24 (vinte e quatro) meses da contratação do plano de saúde, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme segmentação contratada.

8.11 A opção do CONTRATANTE ou do BENEFICIÁRIO pela Cobertura Parcial Temporária – CPT não exclui a obrigatoriedade do cumprimento dos prazos de carência previstos neste contrato.

8.12 Fica definida a proibição de alegação de omissão de informação de doença preexistente quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no consumidor BENEFICIÁRIO pela CONTRATADA.

8.13 Sendo constatado indício de fraude por parte do BENEFICIÁRIO, referente à omissão de conhecimento de doenças e/ou lesões preexistentes por ocasião da contratação ou adesão ao plano de saúde, a CONTRATADA comunicará imediatamente a constatação da omissão de informação através de Termo de Comunicação, conforme legislação vigente.

8.13.1 Nesse momento a CONTRATADA poderá:

a) oferecer a Cobertura Parcial Temporária, a partir da data de recebimento do Termo de Comunicação, até completar o período máximo de 24 (vinte e quatro) meses da assinatura contratual ou adesão do

plano; Ou

b) solicitar abertura de processo administrativo acerca da omissão de informação junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

8.14 Acolhida a alegação da CONTRATADA pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS ou pelo Judiciário, o BENEFICIÁRIO passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada em razão de fraude (todas as despesas com procedimento de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos) e que tenham relação com a doença ou lesão preexistente.

8.15 Até a publicação pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS do encerramento do processo administrativo, não haverá, sob qualquer alegação, a negativa de cobertura assistencial, assim como a suspensão ou rescisão unilateral do contrato.

IX – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

9.1 Pra fins desde contrato caracteriza-se como:

- a) Emergência – Os atendimentos definidos como aqueles que implicarem risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizada em declaração do médico assistente.
- b) Urgência – Os atendimentos, assim entendidos como resultantes de acidentes pessoais ou complicações no processo gestacional.

9.2 A CONTRATADA, além das coberturas e procedimentos previstos na cláusula terceira, retro, garantirá as seguintes coberturas.

9.2.1 Garantia para os atendimentos decorrentes de acidentes pessoais, sem restrições após decorridos 24 (horas) de vigência do contrato.

9.2.2 Assegurará, desde que, cumpridas todas as carências e decorrentes de eventos cobertos, a cobertura para os atendimentos de urgência e emergência, que evoluírem para a internação da admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções.

9.2.3 Para os planos com ou sem cobertura obstétrica, a garantia para os atendimentos de urgências e emergência, relacionadas ao processo gestacional, limitados às primeiras doze horas, durante o cumprimento dos períodos de carências.

9.2.4 Garantia de atendimento, limitado as primeiras doze horas, ou até que ocorra a necessidade de internação, para os casos firmados para Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, relacionadas às doenças e lesões preexistentes.

9.2.5 Cobertura de atendimentos, limitado às primeiras doze horas, ou até que ocorra a necessidade de internamento, nos casos em que o atendimento de urgência e emergência seja efetuado no decorrer dos períodos de carência para internação.

9.2.6 Critérios e Condições de Remoção

A CONTRATADA garantirá a cobertura de remoção, pela via, exclusivamente terrestre, conforme condições abaixo:

- a) Cobertura de remoção entre hospitais credenciados, após realizados os atendimentos classificados como de urgência ou emergência, dentro da área geográfica de abrangência, exclusivamente quando comprovada a necessidade e, ainda assim, desde que, caracterizada pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pelo hospital, e a necessidade de internação para continuidade do atendimento.
- b) Cobertura de remoção, quando comprovadamente necessária a transferência definitiva para

outro estabelecimento hospitalar 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 relacionada às Doenças e Lesões Preexistentes:

c) Garantia de remoção para unidade, depois de realizados os procedimentos caracterizados como de urgência e emergência, nos casos em que o consumidor está cumprindo período de carência para internação.

9.2.6.1. Havendo impossibilidade de remoção, por risco de morte do paciente, para os casos descritos nesta seção, validos para todas as segmentações, a CONTRATANTE e o prestador de atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade do atendimento desobrigando-se, assim, a CONTRATADA desse ônus.

9.2.6.2. Correrá por conta e responsabilidade da CONTRATADA, a remoção do paciente para uma unidade do SUS que dispunha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento.

9.2.6.3. Para remoção, a CONTRATADA deverá disponibilizar ambulância própria, contratada ou conveniada, com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na respectiva unidade hospitalar de destino.

9.2.6.4. Havendo livre opção do paciente ou de seu representante legal, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida na alínea “a” do caput, a CONTRATADA ficará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção, que, neste caso, correrá às expensas do paciente.

9.2.7. Critérios e Condições de Reembolso

9.2.7.1. Nos termos da área de abrangência geográfica avençada e somente nos casos em que não seja possível a utilização dos serviços próprios, contratadas ou credenciados pela CONTRATADA, o presente contrato assegura o reembolso das despesas com atendimentos caracterizados como de urgência ou emergência, conforme previsto na cláusula oitava e condições a seguir descritas.

9.2.7.2. O reembolso de que trata o item anterior, devido apenas nos termos das obrigações contratuais ajustadas, será efetuado de acordo com os valores da Tabela Referencial praticada pela CONTRATADA, vigentes à data do evento, no tocante a honorário médico, diárias e taxas hospitalares, e nos preços médicos de mercado, bem como materiais e medicamentos, dentro do prazo máximo de 30 (trinta) dias, após a apresentação dos seguintes documentos originais:

a) Relatório do médico assistente, atestando a urgência ou emergência, declarando o nome do paciente, descrição do tratamento e respectiva justificativa dos procedimentos realizados, data do atendimento e, quando for o caso, período de permanência no hospital, e data da alta hospitalar;

b) Conta hospitalar discriminando materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com notas fiscais, faturas ou recibos do hospital;

c) Recibos individualizados de honorários dos médicos assistentes, discriminando funções e o evento a que se referem, e se for o caso, a duração do ato anestésico;

d) Comprovante de documento fiscal e respectivo recibo de quitação, relativos aos serviços de exames laboratoriais, de radiodiagnósticos, terapias e serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente.

9.2.7.2.1. O valor do reembolso, nos casos de atendimentos de urgência e emergência não poderá ser superior ao valor praticado pela CONTRATADA, junto à rede credenciada do respectivo plano.

9.2.7.3. Somente serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento, contratualmente coberto, que originou o atendimento, e desde que realizadas enquanto perdurar o estado de urgência e emergência.

9.2.7.4. Não serão passíveis de reembolso, em nenhuma hipótese, as despesas apresentadas após decorridos 12 (doze) meses da data de realização do evento, motivo pelo qual, o beneficiário, automaticamente, perderá o direito de pleiteá-lo.

X - MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Mecanismos de regulação – atendimento

10.1. Para efetiva utilização da cobertura ora contratada, a ser prestada especificamente na rede própria ou credenciada pela CONTRATADA, o **BENEFICIÁRIO** deverá apresentar ao estabelecimento cartão de identificação ou identificação biométrica fornecido pela **CONTRATADA**, além do documento de identidade do paciente, devendo ainda observar e cumprir as seguintes exigências:

10.1.1. **Consultas:** Para o atendimento das consultas eletivas nas especialidades cobertas os beneficiários deverão realizar o agendamento diretamente com consultórios médicos credenciados pela CONTRATADA, conforme constante na Rede Credenciada vigente a época do atendimento e disponível no portal da CONTRATADA.

10.1.2. **Exames/tratamento clínicos e cirúrgicos:** Quando da necessidade de utilização dos exames complementares, especializados, tratamentos clínicos e cirúrgicos, procedimentos de alta complexidade, o beneficiário deverá, obrigatoriamente, para fins de realização de perícia e, ato contínuo, obtenção de autorização previa, encaminhar à CONTRATADA relatório médico, bem como demais documentos previstos na legislação pertinente, em especial na Diretriz de Utilização estabelecida pela ANS, quando for o caso.

10.1.2.1. O prazo para a resposta da CONTRATADA, a solicitação do pedido de autorização previa do procedimento, feito pelo beneficiário inscrito e ativo no plano, ou seu responsável legal, será de, no máximo, um dia útil, a partir do momento da efetiva solicitação, ou em prazo inferior, quando caracterizada a urgência.

10.1.2.2. Excetua-se a regra disposta no caput, os atendimentos comprovados e caracterizados como de urgência e emergência, porquanto, nestes casos, o beneficiário, poderá dirigir-se diretamente a unidade hospitalar de atendimento credenciada pela CONTRATADA, onde todo o tramite operacional de liberação ficara a cargo do referido prestador.

10.1.3 **Internações e procedimentos especiais:** será necessária a obtenção de autorização prévia da CONTRATANTE, com a solicitação do médico assistente, bem como demais documentos previstos na legislação pertinente, em especial na Diretriz de Utilização estabelecida pela ANS, quando for o caso.

10.1.3.1 Em caso de necessidade de prorrogação do prazo de internação previamente autorizado, o médico assistente ou o hospital deverá apresentar à CONTRATADA as razões de prorrogação para avaliação da correspondente cobertura.

10.1.3.2 Caso o BENEFICIÁRIO continue hospitalizado após a alta médica, passarão a correr inteiramente por sua conta, a partir de então, todas as despesas decorrentes da internação.

10.1.3.3 As despesas extraordinárias, aquelas não previstas no contrato ou não sujeitas a cobertura, tais como, porém não limitadas a estas: telefonemas, frigobar, televisão, descartáveis de uso pessoal, preparo do corpo pós-morte e outras definidas pelo estabelecimento hospitalar, deverão ser pagas diretamente ao hospital pelo BENEFICIÁRIO, não sendo estas passíveis de reembolso pela CONTRATADA.

10.1.3.4 Havendo indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios, credenciados, referenciados ou contratados pelo plano, é garantido ao beneficiário o acesso à acomodação, em nível superior, sem custo adicional.

10.1.3.5 Quando o beneficiário optar por acomodação hospitalar superior àquela contratada, o mesmo, ou seu responsável legal, conforme o caso, deverá arcar com o pagamento das diferenças dos custos médicos e hospitalares. Na eventual hipótese do beneficiário não assumir o ônus avençado no caput, a CONTRATANTE responderá em nome daquele, pelo pagamento integral das diferenças apuradas. O beneficiário, ou seu responsável legal, devera firmar negociação

direta com o hospital, médicos e demais prestadores, credenciados pela CONTRATADA, para prestação dos serviços.

10.1.4 **Próteses e órteses:** Para fins da cobertura de próteses e órteses ligadas aos atos cirúrgicos, deve ser observado:

I. o profissional requisitante deve, quando assim solicitado, justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos 3 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, entre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas;

II. em caso de divergência entre o profissional requisitante e a CONTRATADA, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com as despesas arcadas pela CONTRATADA.

10.2 Se a documentação anexada ao pedido de autorização dos eventos previstos no presente contrato não contiver todos os dados que permitam análise conclusiva para liberação da Guia de Autorização, a **CONTRATADA** poderá solicitar ao **BENEFICIÁRIO** ou ao médico assistente documentação ou informações complementares sobre o procedimento médico a ser executado.

10.3 Os serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, poderão ser solicitados tanto pelo médico assistente quanto pelo cirurgião-dentista devidamente habilitado, pertencentes ou não a rede credenciada, referenciada, ou própria da CONTRATADA.

10.4 Quando da necessidade de utilização de serviços para a cobertura dos quais a CONTRATADA não possuir estabelecimentos de saúde e/ou profissionais contratados ou credenciados na região de abrangência, especificamente relacionados na Rede credenciada, o beneficiário deverá contatar a CONTRATADA para que esta adote as providências prevista na Resolução Normativa 259/2011 da ANS.

10.5 Não será permitida em nenhuma hipótese, a utilização dos serviços ora contratados por terceiros em nome dos beneficiários regularmente admitidos e inscritos no plano. As despesas decorrentes da utilização indevida é de exclusiva responsabilidade do CONTRATANTE, ainda que, o ato infracional praticado não seja do seu conhecimento, e ou consentimento, restando firmado que tais despesas constituem dívida líquida certa e exigível.

10.6 A CONTRATADA não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelos beneficiários com médicos, hospitais ou entidades, contratadas ou não.

Mecanismos de regulação – alterações na rede credenciada

10.7 A CONTRATADA poderá proceder à alteração na rede credenciada para mais ou para menos, nos termos da legislação vigente. Todas as informações pertinentes à rede credenciada podem ser sanadas através do 0800 ou pelo portal da CONTRATADA na internet.

10.8 Quando houver alteração na rede hospitalar, a CONTRATADA observará o disposto no artigo 17 e seus parágrafos da Lei nº 9.656/98, comunicando previamente a CONTRATANTE nos casos de substituição de rede hospitalar.

10.8.1 A CONTRATADA poderá, também, obtendo autorização da ANS, redimensionar a sua rede mediante a redução da quantidade de hospitais credenciados.

10.8.2 Caso ocorra o descredenciamento de estabelecimento hospitalar durante a internação de quaisquer dos BENEFICIÁRIOS regularmente inscritos no presente contrato, os mesmos permanecerão internados, até a regular alta hospitalar, sendo certo que as despesas até a alta hospitalar correrão por conta da CONTRATADA.

10.8.3 Em caso de descredenciamento de estabelecimento hospitalar em razão de cometimento de infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, a CONTRATADA responsabilizar-se-á pela transferência imediata do BENEFICIÁRIO hospitalizado para outro estabelecimento equivalente, sem qualquer ônus adicional para o BENEFICIÁRIO.

Mecanismos de regulação – coparticipação

10.9 Entende-se por coparticipação a parte efetivamente paga pela CONTRATANTE à CONTRATADA referente à realização de um determinado procedimento/atendimento. Esse valor será cobrado posteriormente a utilização e mensalmente, incluso na cobrança da prestação mensal pecuniária.

10.9.1 A cobrança da coparticipação poderá ser efetuada pela CONTRATADA, juntamente com a fatura mensal, em até 06 (seis) meses, após a data do atendimento realizado pelos beneficiários, vigente a época do evento.

10.10 Haverá coparticipação do empregado nos procedimentos e exames médicos, limitando-se aos seguintes valores informados na proposta de adesão.

10.11 Os valores da coparticipação serão reajustados no mesmo percentual estabelecido para os valores da mensalidade.

XI - FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

11.1 Para o regular cumprimento deste contrato, a CONTRATADA define como forma de pagamento, o regime pré-estabelecido, que se caracteriza pelo pagamento antecipado da CONTRATANTE, ou seja, efetuado antes da possibilidade de utilização das coberturas contratadas.

11.2 O pagamento da contraprestação pecuniária (mensalidade), decorrente deste contrato, é de responsabilidade da CONTRATANTE, e esta se obriga a pagar pontualmente a CONTRATADA, na data estipulada no calendário de datas, constante da Proposta de Adesão, por cada beneficiário admitido e inscrito neste contrato, para efeito de mensalidade, o valor por faixa etária, conforme descrito em termo aditivo específico, acrescido, quando devido, do valor da coparticipação.

11.3 Para a emissão de cartão de identificação (2º vias e novas inclusões), a CONTRATANTE pagará a CONTRATADA uma taxa de R\$ 10,00 (dez reais) por cada cartão emitido, a ser pago junto com a fatura mensal.

11.3.1 Não haverá cobrança da taxa de inscrição para os beneficiários regularmente inscritos e ativos, quando da renovação deste contrato.

11.4 As mensalidades serão pagas pelo sistema de boleto ou por aviso bancário, enviados ao endereço de e-mail informado pela CONTRATANTE, até 5 (cinco) dias antes do vencimento, ou de acordo com a preferência da CONTRATADA.

11.4.1 Caso a CONTRATANTE não receba o referido boleto até cinco dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente à CONTRATADA, evitando assim, incorrer nos efeitos da mora.

11.4.2 Ocorrendo impontualidade no pagamento da mensalidade, inclusive do fator moderador, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, correção monetária conforme variação do IGP-M (índice Geral de Preços do Mercado) da Fundação Getúlio Vargas, ou outro índice que vier a substituí-lo, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso, além da

incidência de multa de 2% (dois por cento).

11.4.3 Havendo atraso no pagamento da mensalidade por período superior a 05 (cinco) dias, a CONTRATADA, sem prejuízos dos recursos legais, administrativos e contratuais cabíveis, poderá imediatamente, a seu exclusivo critério, suspender a prestação dos serviços, inclusive para os atendimentos de urgência e emergência.

11.4.4 Em caso de inadimplemento, a CONTRATANTE, salvo autorização previa e expressa da CONTRATADA, não poderá realizar exclusões e/ou inclusões de beneficiaries.

XII - REAJUSTE

12.1 Para aplicação do reajuste financeiro (por correção monetária), fica estipulado o último **ÍNDICE MÁXIMO DE REAJUSTE DIVULGADO PELA ANS**, ou outro índice que vier a substituí-lo.

12.2. Para apuração e aplicação do reajuste técnico (por sinistralidade) nos produtos de pré-pagamento, fica estabelecido o limite de **70%** de utilização em relação à receita.

12.3. O primeiro reajuste das mensalidades e inscrições ocorrerá no 13º mês de vigência do contrato, sendo os demais a cada 12 meses, contados do último reajustamento, tomando-se sempre por base o último índice máximo divulgado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, para os planos individuais, bem como o percentual de reajuste técnico apurado, conforme periodicidade e fórmulas abaixo:

A – Periodicidade para apuração:

1º Reajuste:

Reajuste Financeiro (Correção Monetária): o último índice da ANS no período compreendido entre o 1º (primeiro) mês de vigência do contrato até o 12º (décimo segundo) mês;

Reajuste Técnico: o período de análise compreenderá o 1º (primeiro) mês de vigência do contrato até o 12º (décimo segundo) mês;

Aplicação: no 13º (décimo terceiro) mês de vigência do contrato.

2º Reajuste e posteriores:

Reajuste Financeiro (Correção Monetária): o último índice da ANS no período compreendido entre o 13º (décimo terceiro) mês de vigência do contrato até o 24º (vigésimo quarto) mês e assim sucessivamente, a cada doze meses;

Reajuste Técnico: o período de análise compreenderá o 13º (décimo terceiro) mês de vigência do contrato até o 24º (vigésimo quarto) mês e assim sucessivamente, a cada doze meses;

Aplicação: no 25º (vigésimo quinto) mês de vigência do contrato e assim sucessivamente, a cada doze meses.

B – Fórmula:

a) será utilizada a formulação abaixo para apuração dos reajustes técnicos:

$$RT = (\text{Sinistralidade} / LIM) - 1$$

Legenda:

RT = Reajuste Técnico

Sinistralidade = Despesas geradas pela utilização dos serviços assistenciais à saúde / Receita recebida (não fará parte deste dispositivo a taxa de inscrição per capita)

LIM = Limite esperado de utilização em relação à receita previsto na cláusula 12.1.

b) será utilizada a seguinte formulação para apuração do índice de reajuste final:

$$IR = ((1 + RT) * (1 + ANS)) - 1$$

Legenda:

IR = Índice de Reajuste

RT = Reajuste Técnico (obtido por meio da fórmula disposta na letra “a” acima).

ANS = o último Índice máximo divulgado pela ANS, ou outro índice que vier a substituí-lo.

12.3.1 Independentemente da data de inclusão dos usuários, os valores de suas contraprestações terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência do contrato, entendendo-se esta como data base única;

12.4. Considerando o disposto na Resolução Normativa – RN nº 309 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e no(s) produto(s) contratado(s), caso na data de celebração do Instrumento de Comercialização ou nas respectivas datas de aniversário a massa populacional inscrita seja inferior a 30 (trinta) usuários, a CONTRATANTE reconhece que fará parte de um agrupamento contratual, composto por todos os contratos coletivos com menos de trinta beneficiários, participantes da carteira de beneficiários da CONTRATADA, para cálculo da sinistralidade, sendo que deverão ser observadas as seguintes regras:

12.4.1. Nos termos da Lei, o valor das mensalidades será reajustado anualmente, seguindo os parâmetros abaixo especificados.

12.4.2. O reajuste calculado para os contratos com menos de trinta vidas levará em consideração a fórmula mencionada abaixo, porém deverão ser consideradas as “despesas” e “receitas” de todos os contratos constantes do agrupamento da CONTRATADA:

a) será utilizada a formulação abaixo para apuração dos reajustes técnicos:

$$RT = (\text{Sinistralidade} / \text{LIM}) - 1$$

Legenda:

RT = Reajuste Técnico

Sinistralidade = Despesas geradas pela utilização dos serviços assistenciais à saúde / Receita recebida (não fará parte deste dispositivo a taxa de inscrição per capita)

LIM = Limite esperado de utilização em relação à receita previsto na cláusula 12.4.3.

b) será utilizada a seguinte formulação para apuração do índice de reajuste final:

$$IR = ((1 + RT) * (1 + ANS)) - 1$$

Legenda:

IR = Índice de Reajuste

RT = Reajuste Técnico (obtido por meio da fórmula disposta na letra “a” acima).

ANS = o último Índice máximo divulgado pela ANS, ou outro índice que vier a substituí-lo.

12.4.3. Para apuração do reajuste a ser aplicado nos contratos constante do agrupamento, será considerado o limite técnico de 70% e adotado o último índice ANS, ou outro índice que vier a substituí-lo, para o cálculo do reajuste financeiro.

12.4.4. Serão mantidas as datas-bases de todos os contratos constantes do agrupamento da CONTRATADA, **porém o período de apuração será único - janeiro a dezembro do ano anterior à aplicação do reajuste.**

12.4.5. Enquanto a CONTRATANTE fizer parte do agrupamento de contratos da CONTRATADA mencionado no item 12.4 acima, prevalecerão apenas as regras contidas nos itens 12.4.1 à 12.4.4 acima.

12.4.6. Alterando o contrato para trinta ou mais beneficiários no aniversário anterior à aplicação do reajuste, o mesmo deixará de compor o agrupamento mencionado no item 12.4 acima, aplicando-se automaticamente o cálculo de reajuste previsto nos itens 12.1 à 12.3 acima.

12.5. Os valores previstos neste artigo também poderão ser ajustados se ocorrer alterações legais que acarretem a criação de novos tributos ou contribuições, ou quaisquer acréscimos ou decréscimos nos tributos ou contribuições já existentes, aplicando-se este ajuste proporcionalmente à efetiva incidência no período contratual.

XIII - FAIXAS ETÁRIAS

13.1 Ressalvado a contratação por preço per capta, os valores ajustados neste contrato, obedecerão às seguintes faixas etária:

- | | | | |
|--------------------|------------------------|--------------------|--------------------|
| a) De 00 a 18 anos | b) De 19 a 23 anos | c) De 24 a 28 anos | d) De 29 a 33 anos |
| e) De 34 a 38 anos | f) De 39 a 43 anos | g) De 44 a 48 anos | h) De 49 a 53 anos |
| i) De 54 a 58 anos | j) De 59 anos ou mais. | | |

13.2 A contraprestação pecuniária será reajustada no mês subsequente ao da ocorrência, de acordo com os percentuais da tabela abaixo, que se acrescentarão sobre o valor da última contraprestação pecuniária, observadas as seguintes condições, conforme artigo 3º, incisos I e II da RN 63/03:

- I. O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária.
- II. A variação acumulada entre a sétima e a décima faixa não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.
- III. O valor referente às faixas etárias será recalculado a cada 6 (seis) meses com base na distribuição etária dos BENEFICIÁRIOS do mês anterior à avaliação. Fica estabelecido que sempre que o novo cálculo resultar numa variação superior a 5% (cinco por cento) do custo médio, este poderá ser alterado pela CONTRATADA a fim de refletir a nova composição, quando do reajuste no aniversário do contrato.

Percentuais de aumento por faixa etária:

FAIXA ETÁRIA	% REAJUSTE
Ao completar 19 (dezenove) anos de idade	13,58
Ao completar 24 (vinte e quatro) anos de idade	12,14
Ao completar 29 (vinte e nove) anos de idade	27,11
Ao completar 34 (trinta e quatro) anos de idade	3,60
Ao completar 39 (trinta e nove) anos de idade	31,46
Ao completar 44 (quarenta e quatro) anos de idade	25,84
Ao completar 49 (quarenta e nove) anos de idade	35,80
Ao completar 54 (cinquenta e quatro) anos de idade	17,76
Ao completar 59 (cinquenta e nove) anos de idade e acima	34,35

13.3 A variação acima não se confunde com o reajuste anual, que será aplicado de forma independente.

XIV - REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

14.1 É garantido o direito de manutenção do plano aos demitidos ou exonerados sem justa causa e aposentados que contribuírem para o plano, conforme informação prestada na Proposta de Adesão, e com base nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998, observada a RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações, observadas as seguintes condições:

- a) o prazo máximo de 30 dias para o exercício da opção assegurada contado a partir da comunicação inequívoca do empregador ao ex-empregado sobre a opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho;
- b) o período de manutenção da condição de beneficiário é o estabelecido no artigo 30, § 1º, da Lei nº

9.656, de 1998 cumulado com o parágrafo único do artigo 4º da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações, e artigo 31, caput e § 1º da Lei nº 9.656, de 1998 cumulado com artigo 5º, caput e parágrafo único da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações;

c) é garantida a extensão do benefício ao grupo familiar do beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa, ou aposentado, inscrito quando da vigência do contrato de trabalho (artigo 30, § 2º, e artigo 31, § 2º da Lei nº 9.656, de 1998), ressaltando que a manutenção da condição de beneficiário pode ser mantida individualmente pelo ex-empregado ou com parte do seu grupo familiar;

d) é garantida a possibilidade de inclusão de novo cônjuge e filhos do ex-empregado no período de manutenção da condição de beneficiário;

e) é garantida a permanência no plano aos dependentes em caso de morte do beneficiário titular demitido ou exonerado sem justa causa, ou aposentado, nos termos do disposto no artigo 30 da Lei nº 9.656, de 1998;

f) o benefício dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656, de 1998, não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas ou acordos coletivos de trabalho;

14.2 O direito previsto nesta cláusula deixará de existir nos seguintes casos:

a) decurso dos prazos de manutenção previstos nos parágrafos únicos dos artigos 4º e 5º da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações;

b) admissão do beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado em novo emprego considerado novo vínculo profissional que possibilite o ingresso do ex-empregado em um plano de assistência à saúde coletivo empresarial, coletivo por adesão ou de autogestão;

c) cancelamento do contrato coletivo firmado pelo empregador com a administradora de benefícios, concedido aos seus empregados ativos e ex-empregados.

d) cancelamento do contrato coletivo firmado entre a operadora de saúde e a administradora de benefícios.

14.3 Ao empregado aposentado que continua trabalhando na mesma empresa e dela vem a se desligar é garantido o direito de manter sua condição de beneficiário observado o disposto no artigo 31 da Lei nº 9.656, de 1998 cumulado com artigo 5º da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações;

14.4 A opção pela manutenção do plano pelo beneficiário nas hipóteses previstas nas cláusulas anteriores deve ser formalizada pelo beneficiário aderente por meio de formulário específico disponibilizado pela CONTRATADA.

14.5 – Nas hipóteses de cancelamento do contrato coletivo, os beneficiários, deverão optar, em até 30 (trinta) dias após o cancelamento, por ingressar em um plano individual da CONTRATADA, nos termos da Resolução Consu nº 19, desde que:

a) A CONTRATADA disponha de um plano individual registrado na ANS e ativo para comercialização.

b) O BENEFICIÁRIO titular se responsabilize integralmente pelo pagamento de suas contraprestações pecuniárias e de seus dependentes.

c) O valor da contraprestação pecuniária corresponderá ao valor da tabela vigente, na data de adesão ao plano individual.

14.5.1 – O empregador deve informar ao empregado sobre o cancelamento do benefício em tempo hábil ao cumprimento do prazo de opção disposto na cláusula 14.5.

15.1 A suspensão ou exclusão de BENEFICIÁRIOS somente poderá ser realizada mediante pedido por escrito da CONTRATANTE, no período da movimentação cadastral.

15.2 A CONTRATANTE obriga-se a proceder à devolução do cartão de identificação destinado ao uso do sistema, pertencente ao(s) BENEFICIÁRIO(s) excluído(s).

15.3 A CONTRATADA poderá, ainda, excluir ou suspender a assistência à saúde do BENEFICIÁRIO titular e/ou seus dependentes, independentemente da vigência contratual, e sem a necessidade de anuência da CONTRATANTE nos seguintes casos:

- a) Prática, pelo BENEFICIÁRIO, de fraude, quaisquer omissão, falsidade, inexatidão ou erro nas declarações constantes da Solicitação de Adesão para Contratação Coletiva, mediante procedimento administrativo específico.
- b) Fornecimento pelo BENEFICIÁRIO ou CONTRATANTE, de informações incompletas e/ou inverídicas na Declaração de Saúde, quando aplicável, do BENEFICIÁRIO titular e seus dependentes, conforme modalidade contratual.
- c) Prática de infrações pelo BENEFICIÁRIO ou CONTRATANTE, com o objetivo de obtenção de vantagem ilícita, para si ou para outrem.
- d) Perda dos vínculos do BENEFICIÁRIO titular com a pessoa jurídica CONTRATANTE.
- e) Perda dos vínculos de dependência no caso de BENEFICIÁRIO dependente.
- d) Nas hipóteses previstas na RN 412/2016 da ANS.

15.4 As exclusões cadastrais implicarão perda imediata do direito da cobertura do atendimento, nos termos do presente contrato.

15.5 Independentemente das consequências e responsabilidades legais, nos casos comprovados de fraude, o BENEFICIÁRIO titular e seus dependentes perderão quaisquer direitos dos benefícios previstos neste contrato, assim como da devolução de qualquer quantia paga.

15.6 A CONTRATANTE deverá comunicar aos BENEFICIÁRIOS inscritos no plano da CONTRATADA sobre a extinção do contrato, informando-os, ainda, caso não haja continuidade do benefício com outra operadora de planos de saúde, sobre o direito de optarem pela possibilidade de contratação do plano individual, com aproveitamento das carências já cumpridas, desde que: a operadora possua o produto individual registrado e disponível para comercialização; a opção ocorra no período de até 30 (trinta) dias contados a partir da data de rescisão ou do desligamento do BENEFICIÁRIO.

XVI - RESCISÃO/SUSPENSÃO

16.1 O contrato ora avençado será suspenso automaticamente, sem prejuízo da cobrança integral das mensalidades, em caso de inadimplência superior a 05 (cinco) dias. O que perdurará até a quitação da respectiva obrigação, inclusive para os atendimentos de urgência e emergência.

16.1.1 A CONTRATANTE, durante o prazo de suspensão por inadimplemento, ou aviso prévio motivado por denúncia, não poderá realizar inclusão ou exclusão de beneficiários, inclusive dependente recém-nascido.

16.2. O contrato sera rescindido, independentemente de notificação judicial, quando ocorrer um dos seguintes motivos:

- b) Após o período de 30 (trinta) dias de inadimplência;

- c) Havendo ocorrência de qualquer ato fraudulento, praticado pelos prepostos da CONTRATANTE, ou por qualquer beneficiário, utilização indevida do cartão individual de identificação, assim entendido, também, a sua utilização por terceiros;
- d) Omissão ou distorção de informações em prejuízo da CONTRATADA, ou do resultado de perícias ou exames, quando necessários, para efeito de autorização previa;
- e) Discordância injustificada da CONTRATANTE em promover, no que couber, o reajuste e a variação previstos;
- f) O contrato que, iniciado com o número entre 02 (duas) a 29 (vinte e nove) vidas, for reduzido para menos de 02 (duas) vidas;
- g) O contrato que, iniciado com o número entre 30 (trinta) a 99 (noventa e nove) vidas, for reduzido para menos de 30 (trinta) vidas;
- h) Verificada a ilegitimidade do contratante, quando empresário individual, mediante notificação prévia com 60 (sessenta) dias de antecedência, nos termos da legislação específica.

16.3. Nas hipóteses de cancelamento descritas na cláusula anterior e, caso não tenha sido ultrapassado o prazo de vigência mínima de 12 meses de contrato, será devida pela CONTRATANTE a mesma multa prevista na Cláusula 16.4.1.1 do presente instrumento, sem prejuízo do ressarcimento por eventuais perdas e danos decorrentes.

16.4 Condições para Denúncia Antecipada e Multa

16.4.1 As partes deverão cumprir o prazo mínimo de vigência previsto no presente instrumento.

16.4.1.1 A CONTRATANTE querendo, antes do prazo mínimo de vigência do contrato, poderá denunciá-lo, mediante comunicação por escrito, sujeitando-se ao pagamento de multa contratual pecuniária, equivalente a 50% (cinquenta por cento) do valor das mensalidades vincendas, até o término do referido prazo.

16.4.1.2 Superado regularmente o prazo de duração mínima, o contrato poderá ser denunciado por qualquer das partes, por escrito, com 60 (sessenta) dias de antecedência, sem ônus e de forma imotivada. Na hipótese de não ser respeitado o prazo de aviso prévio de 60 (sessenta) de aviso prévio, a parte que solicitar a denúncia se sujeitará ao pagamento de 50% (cinquenta por cento) do valor das mensalidades vincendas que restariam ao cumprimento do aludido prazo.

16.4.2 Havendo a rescisão, resilição ou resolução deste contrato a CONTRATANTE, deverá obrigatoriamente devolver os respectivos cartões de identificação dos beneficiários inscritos e ativos no plano, sob pena de pagamento integral pelas despesas assistenciais eventualmente realizadas após o cancelamento do plano.

16.5 A suspensão ou rescisão do contrato opera efeitos em relação a todos os beneficiários inscritos no referido instrumento, inclusive os que estiveram na condição de inativo por força do direito previsto nos arts. 30 e 31 da Lei 9.656/98 e Cláusula XIV do presente.

XVII - DISPOSIÇÕES GERAIS

17.1 Constitui, no que couber como parte integrante deste contrato, os seguintes documentos:

- a) Proposta/Ficha de Adesão;
- b) Declaração de Saúde;
- c) Relação da rede credenciada disponível no portal da CONTRATADA;
- d) Relação de Beneficiários Inscritos (primeira massa);

- e) Manual de Orientação para Contratação de Plano de Saúde;
- f) Guia de Leitura Contratual;
- g) Carta de Orientação ao Beneficiário.

17.2 Na hipótese de utilização do cartão de identificação, por terceiros, que não sejam o TITULAR ou DEPENDENTES regularmente inscritos neste contrato, a CONTRATANTE responderá por todas as despesas que possam acontecer em face de utilização indevida do cartão de identificação, cuja cobrança será concretizada por meio de fatura simples.

17.3 Ocorrendo o extravio, furto ou roubo do cartão de identificação, a CONTRATANTE deverá comunicar por escrito o fato à CONTRATADA, para que esta proceda ao cancelamento do mesmo.

17.3 É obrigação da CONTRATANTE, ao fim do contrato, ou em casos de exclusão por demissão de beneficiários, devolver os respectivos cartões de identificação.

17.5 Os beneficiários com idade igual ou superior a 60 anos, gestantes, lactantes, e crianças até 5 anos, serão privilegiados no atendimento.

17.6 A CONTRATANTE reconhece como dívida líquida e certa, em favor da CONTRATADA, quaisquer despesas decorrentes de atendimento prestado aos beneficiários por ela cadastrados, quer por estarem em cumprimento de carências, quer por suspensão de contrato, quer por rescisão do referido instrumento, que por efeito de liminar e que posteriormente por decisão judicial não seja assegurada os seus efeitos.

17.7 A inserção de mensagens no boleto das mensalidades ou correspondência anexa a este, valerá como intimação da CONTRATANTE, para todos os efeitos deste contrato, a partir da data do respectivo pagamento.

17.8 Será permitida a transferência de plano, observados os seguintes critérios:

17.8.1 Caracteriza-se por transferência de planos a opção do beneficiário pela alteração das condições ou direitos previstos nos planos contratados pela CONTRATANTE.

17.8.2 A CONTRATADA somente admitirá a transferência entre planos após transcorridos a primeira vigência do contrato, computado a partir do respectivo ingresso do beneficiário no plano.

17.8.3 De igual modo, efetivada a transferência o beneficiário transferido somente poderá optar por nova mudança de plano após transcorridos 12 (doze) meses da última transferência firmada.

17.8.4 Ocorrendo a transferência de um plano de segmentação inferior para outro de segmentação superior, a CONTRATANTE, em nome do beneficiário, pagará o novo valor da mensalidade, bem como este (beneficiário) somente terá direito aos novos benefícios, inclusive de atendimento na nova rede credenciada, após 180 (cento e oitenta) dias da transferência, salvo no caso de parto, que, para tanto, aquele terá que cumprir 300 (trezentos) dias da efetiva transferência.

17.8.4.1 Quando a transferência de plano visar a mudança do padrão de acomodação em internamento, de enfermaria para apartamento, o beneficiário cumprirá, obrigatoriamente de qual modo, o prazo de 06 (seis) meses de carência para o novo padrão de acomodação, a partir da data de sua efetiva transferência.

17.8.4.2 Caso a referida transferência seja de acomodação apartamento para enfermaria, o beneficiário aproveitara imediatamente, observado e cumprido o disposto no item 7 e subitens, todas as carências já cumpridas.

17.8.5 A transferência do beneficiário titular implica sem prejuízo dos prazos descritos na clausula sexta, na transferência obrigatória e automática dos dependentes para o novo plano.

17.9 Eventual tolerância ou demora da CONTRATADA em exigir do contratante o cumprimento de quaisquer das obrigações previstas neste instrumento contratual não será

considerada novação, podendo, conforme o caso, a qualquer tempo, ser exigido seu regular cumprimento.

17.10 A CONTRATANTE obriga-se a fornecer à CONTRATADA, declarações de vínculo legal de seus beneficiários ao contrato, para fins de instrução de processos administrativos junto a órgãos públicos.

17.11 A CONTRATANTE, na vigência deste contrato, não poderá solicitar a exclusão total dos beneficiários regularmente inscritos e ativos, neste contrato, configurando-se tal ato rescisão contratual sujeita às penalidades previstas na cláusula XVI .

17.12 Toda e qualquer modificação das condições aqui pactuadas somente serão admitidas mediante termo aditivo, que após subscrito pelas partes, passará a fazer parte integrante deste contrato.

17.13 A CONTRATANTE declara estar ciente de que o presente instrumento foi elaborado de acordo ao MANUAL DE ELABORAÇÃO DE CONTRATOS, com as cláusulas estabelecidas pela ANS por meio do Anexo I da Instrução Normativa – IN DIPRO nº 23/2009, alterada pela IN/DIPRO nº 45, de 03/10/2014.

XVIII - DO FORO

18.1 As partes elegem o foro do domicílio da CONTRATANTE para resolver quaisquer questões relativas ao presente contrato, renunciando a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

_____, _____ de _____ de _____.
Local Data

ASSISTENCIA MEDICA INFANTIL LTDA
CONTRATADA

CONTRATADA

Testemunhas:

1ª _____

Nome:

R.G:

2ª _____

Nome:

R.G: