

CLÁUSULAS	ASSUNTO	PÁGINA
	Conceitos	1
1	Dados Gerais do Contrato	4
	Qualificação da Contratada e da Contratante	4
	Objeto do Contrato	4
	Nome Comercial e Número de Registro do Plano na ANS	4
	Tipo de Contratação	4
	Segmentação Assistencial do Plano	5
	Área Geográfica de Abrangência do Plano de Saúde	5
	Área de Atuação do Plano de Saúde	5
	Padrão de Acomodação	5
	Formação de Preço Contrato	5
	Serviços e Coberturas Adicionais	6
2	Atributos do Contrato	6
3	Condições de Admissão	6
4	Coberturas e Procedimentos Garantidos	11
5	Exclusões de Cobertura	21
6	Duração do Contrato	23
7	Carências	24
8	Doenças e Lesões Preexistentes	25
9	Atendimento de Urgência e Emergência	28
10	Acesso à Livre Escolha de Prestadores	31
11	Mecanismos de Regulação	34
12	Formação de Preço e Contraprestação	42
13	Reajustes	44
14	Regras para Instrumentos Jurídicos de Plano Coletivo	47
15	Condições da Perda da Qualidade de Beneficiário	51
16	Rescisão/Suspensão	53
17	Disposições Gerais	55
18	Do Foro	58



*[Handwritten signatures and initials]*

*[Handwritten mark]*

*[Handwritten signature]*  
*[Handwritten initials]*

**8 - Doença ou lesão preexistente (DLP):** doença ou lesão da qual o **BENEFICIÁRIO** ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação ou da adesão ao plano privado de assistência à saúde.

**9 - Emergência:** como tal definidos os casos que implicarem risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis para o **BENEFICIÁRIO**, caracterizados em declaração do médico assistente.

**10 - Equipe de Saúde:** Ver item 13 "Porta de Entrada dos Serviços".

**11 - Franquia:** mecanismo de regulação financeira que consiste no estabelecimento de valor até o qual a **CONTRATADA** não tem responsabilidade de reembolso, nem de pagamento da assistência à rede credenciada ou referenciada. A franquia é paga pelo **BENEFICIÁRIO** diretamente ao prestador da rede credenciada ou referenciada no ato da utilização do serviço.

**12 - Inseminação artificial:** 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.

**13 - Porta de Entrada dos Serviços, Equipe de Saúde ou Unidade de Atenção Primária à Saúde:** Unidades, pertencentes à rede credenciada do plano contratado e compostas por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e demais profissionais de saúde. Essa equipe multidisciplinar não somente poderá realizar avaliação prévia, como também fornecer as primeiras orientações aos **BENEFICIÁRIOS**, realizar consultas médicas e de enfermagem, fazer o planejamento de todo o cuidado médico apropriado, incluindo o planejamento dos diferentes retornos e o agendamento dos exames e demais cuidados que forem considerados necessários, além de dar ao **BENEFICIÁRIO** todas as orientações de saúde. Após avaliação técnica, se necessário, a Equipe de Saúde poderá encaminhar o **BENEFICIÁRIO** a outros especialistas pertencentes à rede credenciada ou poderá fazer solicitações de exames e de procedimentos complementares.

**14 - Programas Especiais de Atendimento e Direcionamento (PEA):** Programa que tem o objetivo de estimular a criação de uma relação sólida entre **BENEFICIÁRIOS** e sua respectiva Equipe de Saúde, de maneira a formar entre eles um vínculo de suporte e confiança. Nesse sentido, a **CONTRATADA** disponibiliza aos **BENEFICIÁRIOS** às Unidades de Atendimento que funcionam como Porta de Entrada dos Serviços, denominadas "Unidade de Atenção Primária à Saúde".

**15 - Reajuste:** qualquer variação positiva na contraprestação pecuniária, inclusive aquela decorrente de revisão ou reequilíbrio econômico-financeiro na carteira em função da variação dos custos médico-hospitalares ocorrida no período de um ano ou decorrente do deslocamento do **BENEFICIÁRIO** de uma faixa etária para outra.



*[Handwritten signature]*

**16 – Rede credenciada:** conjunto de estabelecimentos de saúde, incluindo equipamentos e recursos humanos, próprios ou contratados, indicados pela CONTRATADA para oferecer cuidado aos BENEFICIÁRIOS em todos os níveis de atenção à saúde, considerando ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. A lista de todos os prestadores – médicos, clínicas, laboratórios e hospitais – com os serviços de especialidades e de acordo com o plano estará disponível no endereço eletrônico da CONTRATADA.

**17 – Reembolso:** mecanismo de regulação que permite o ressarcimento de despesas assistenciais realizadas pelo BENEFICIÁRIO junto a prestadores de serviços não pertencentes à rede credenciada ou referenciada ao plano, nos termos do disposto neste Contrato.

**18 – Ressarcimento:** restituição das despesas assistenciais realizadas pelo BENEFICIÁRIO junto a prestador de serviços não credenciado em razão de atendimentos de urgência ou emergência comprovada quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pela CONTRATADA, em conformidade com o artigo 12, VI, da Lei nº 9.656/1998.

**19 – Rol:** refere-se ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vigente à época da contratação e suas atualizações, bem como às suas Diretrizes de Utilização (“DUT”), Diretrizes Clínicas e Protocolos de Utilização. Para fins deste Contrato, o Rol compreende a cobertura mínima que deve ser garantida pela CONTRATADA, de acordo com a segmentação do plano. A responsabilidade pela atualização do Rol é da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e a lista completa de procedimentos contemplados por ele está disponível no site: [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br).

**20 – Tabela Amil de Reembolso:** tabela que contém a relação dos procedimentos médico-hospitalares que servirá de base para o cálculo do reembolso de despesas médico-hospitalares realizadas pelo Beneficiário quando do acesso à livre escolha de prestadores, para planos que preveem essa modalidade. Esta relação poderá ser atualizada com inclusões ou exclusões de procedimentos, sempre em conformidade com o Rol. A Tabela está disponível a todos os segurados no endereço de acordo com a segmentação do plano e também registrada no site da CONTRATADA.

**21 – Tratamento clínico ou cirúrgico experimentais:** São experimentais aqueles assim considerados pelo Conselho Federal de Medicina: os tratamentos que empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registradas/não regularizadas no país e aqueles cujas indicações não constem da bula/manual registrado na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa.

**22 – Urgência:** assim entendidos os casos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.



A handwritten signature in black ink, appearing to be "S. J. Que".

**1 | Cláusula Primeira**

**DADOS GERAIS DO CONTRATO**

**I. QUALIFICAÇÃO DA CONTRATADA E DA CONTRATANTE**

**1.1 – A AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A.**, empresa classificada como Medicina de Grupo, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) sob o nº 32.630-5, doravante é denominada **CONTRATADA** e encontra-se qualificada no Quadro Resumo, que é parte integrante deste Contrato.

**1.2 – A CONTRATANTE** é a pessoa jurídica identificada e qualificada no Quadro Resumo e que mantém, na qualidade de **BENEFICIÁRIOS**, a população que com ela possui vínculo empregatício ou estatutário.

**II. OBJETO DO CONTRATO**

**1.3 – O presente Contrato** tem por objeto a cobertura de custos de despesas médicas e hospitalares realizadas por conta e ordem do **BENEFICIÁRIO** exclusivamente na rede credenciada ou o reembolso, desde que nos limites de cobertura previstos neste instrumento e no Rol.

**1.3.1 – Os planos** que estiverem indicados no Quadro Resumo como sujeitos aos Programas Especiais de Atendimento e Direcionamento (“PEA”) também terão por objeto seguir as diretrizes do Programa, nos termos da cláusula que trata dos Mecanismos de Regulação – Gerenciamento de Ações de Saúde.

**III. NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS**

**1.4 – O nome comercial** e número de registro do Plano na ANS encontram-se descritos no Quadro Resumo, que é parte integrante deste Contrato.

**1.4.1 – A escolha** do plano será feita exclusivamente a partir daqueles comercializados na região de atuação correspondente ao endereço da **CONTRATANTE**, conforme indicado no Quadro Resumo, que é parte integrante deste Contrato.

**IV. TIPO DE CONTRATAÇÃO**

**1.5 – O tipo de contratação** o plano é coletivo empresarial, com oferta de cobertura de assistência médica e hospitalar aos **BENEFICIÁRIOS** definidos na Cláusulas que trata das Condições de Admissibilidade.



Handwritten signature and initials.

**V. SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO**

1.6 – A segmentação assistencial do plano é aquela indicada no Quadro Resumo, que é parte integrante deste Contrato.

**VI. ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE**

1.7 – As coberturas previstas neste Contrato e em seus eventuais anexos serão prestadas na Área Geográfica especificada para o plano, conforme indicado no Quadro Resumo, que é parte integrante deste Contrato.

**VII. ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE**

1.8 – A área de atuação do plano é aquela indicada no Quadro Resumo, que é parte integrante deste Contrato.

**VIII. PADRÃO DE ACOMODAÇÃO**

1.9 – Em caso de internação hospitalar, o **BENEFICIÁRIO** terá direito à cobertura com acomodação em quarto coletivo (enfermaria) ou privativo (quarto ou apartamento), conforme descrito no Quadro Resumo, que é parte integrante deste Contrato.

1.9.1 – Em caso de indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos credenciados pelo plano, será garantido ao **BENEFICIÁRIO** acesso a acomodação em nível superior sem ônus adicional.

1.9.2 – O **BENEFICIÁRIO** que optar por internação hospitalar em acomodação superior à do seu plano, ressalvada a hipótese prevista no item anterior, ficará direta e unicamente responsável pelas despesas complementares relativas aos serviços médicos e hospitalares (diferença de padrão de acomodação e honorários médicos).

1.9.3 – As despesas a que faz referência o item anterior serão pagas pelo **BENEFICIÁRIO** diretamente ao prestador de serviço/hospital e/ou à equipe médica assistente.

**IX. FORMAÇÃO DE PREÇO CONTRATO**

1.10 – A formação de preço do plano é aquela indicada no Quadro Resumo, que é parte integrante deste Contrato e suas regras estão indicadas na Cláusula "Formação de Preço e Contraprestação".



Handwritten signature and initials.

## **X. SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS**

**1.11** – Os serviços e coberturas contratuais estão previstos em cláusula própria – Coberturas e Procedimentos Garantidos –, ao passo que os serviços e coberturas adicionais, quando contratados, estarão descritos em Anexo específico.

## **2 | Cláusula Segunda**

### **ATRIBUTOS DO CONTRATO**

**2.1** – O presente Contrato estabelece a prestação continuada de serviços ou a cobertura de custos assistenciais na forma de plano privado de assistência à saúde previsto no inciso I, do art. 1º da Lei nº 9.656/98 e visa 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 da Saúde e do Rol. Os serviços serão prestados aos **BENEFICIÁRIOS** por terceiros, de acordo com a área geográfica de abrangência, a rede credenciada do plano contratado, os parâmetros estabelecidos pela legislação vigente e as demais condições, exclusões e limites definidos neste Contrato.

**2.2** – Este Contrato tem a natureza de contrato aleatório, de adesão e bilateral, gerando, portanto, direitos e obrigações para ambas as partes, nas formas previstas no Código Civil, no Código de Defesa do Consumidor e na Lei nº 9.656/98. Desse modo, o **BENEFICIÁRIO** tem ciência de que a **CONTRATADA** não está obrigada a oferecer cobertura na hipótese de o procedimento solicitado não constar no Rol, neste Contrato ou em seus eventuais anexos.

## **3 | Cláusula Terceira**

### **CONDIÇÕES DE ADMISSÃO**

**3.1** – Na data de início da vigência deste Contrato, a **CONTRATANTE** deverá incluir, no mínimo, 100 (cem) **BENEFICIÁRIOS**, entre titulares e dependentes, sendo essa quantidade mínima condição para início e manutenção do contrato.

**3.1.1** – Caso a **CONTRATANTE** realize a opção pela contratação de planos pertencentes a outras linhas de produtos oferecidas pela **CONTRATADA** e desde que o requeira, a contabilização do número mínimo de **BENEFICIÁRIOS** poderá ser realizada conjuntamente, considerando o número total de **BENEFICIÁRIOS** incluídos em todos os planos contratados.



*[Handwritten signature]*

3.2 - Poderão ser admitidos como **BENEFICIÁRIO** titular as pessoas físicas que mantenham com a **CONTRATANTE** relação empregatícia ou estatutária devidamente comprovada, podendo tal vínculo abranger:

- (i) os sócios da **CONTRATANTE**;
- (ii) os administradores da **CONTRATANTE**;
- (iii) os demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados que tenham sido vinculados anteriormente à **CONTRATANTE**, ressalvado o disposto nos caputs dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656;
- (iv) os agentes políticos;
- (v) os trabalhadores temporários;
- (vi) os estagiários e os menores aprendizes.

3.3 - Poderão ser admitidos como **BENEFICIÁRIO** dependente as seguintes pessoas físicas que possuam comprovado grau de parentesco em relação ao **BENEFICIÁRIO** titular:

- (i) esposa(o) ou companheira(o), condição comprovada mediante a apresentação de certidão de casamento ou de Escritura Pública de União Estável, conforme o caso;
- (ii) filhos(as) solteiros(as), naturais ou adotivos do **BENEFICIÁRIO** titular, enteados, pessoas de quem o **BENEFICIÁRIO** titular possua guarda provisória ou definitiva e os tutelados pelo **BENEFICIÁRIO** titular, na forma da lei, desde que possuam até 24 (vinte e quatro) anos completos;
- (iii) filhos inválidos do **BENEFICIÁRIO** titular, assim declarados no Imposto de Renda apresentado à Receita Federal do Brasil.

3.3.1 - Em caso de pedido feito pelo **BENEFICIÁRIO** titular para a inclusão de filho(s) natural(is) nascido(s) sob vigência do presente Contrato ou de filho(s) adotivo(s) menor(es) de 12 (doze) anos, serão aproveitados os mesmos períodos de carência já cumpridos pelo **BENEFICIÁRIO** titular, desde que a inclusão ocorra em até 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção, respectivamente, devendo o **BENEFICIÁRIO** apresentar a respectiva documentação comprobatória do **BENEFICIÁRIO** dependente e responder pelo respectivo acréscimo na contraprestação pecuniária.



A handwritten signature in black ink, consisting of several loops and a long horizontal stroke.

**CONTRATO DE COBERTURA DE DESPESAS MEDICO-HOSPITALARES  
COLETIVO EMPRESARIAL 600 A - CORP**

3.3.2 - Caso o pedido de inclusão mencionado no item anterior seja feito pelo **BENEFICIÁRIO** titular após decorrido o prazo de 30 (trinta) dias, a inclusão do **BENEFICIÁRIO** dependente ocorrerá com a exigência do cumprimento dos prazos de carência dispostos neste Contrato, conforme prevista na cláusula própria - Carências.

3.4 - Serão considerados **BENEFICIÁRIOS** deste Contrato todos aqueles que: (i) sejam comprovadamente elegíveis nos termos dos itens anteriores; (ii) tenham sido expressamente nomeados pela **CONTRATANTE** e cadastrados pela **CONTRATADA**, de acordo com as normas estabelecidas neste Contrato; (iii) tenham sido habilitadas como tal pela **CONTRATANTE** no momento da implantação do Contrato ou venham a ser incluídos posteriormente pela **CONTRATADA**.

3.4.1 - Nenhuma indicação de **BENEFICIÁRIO** dependente terá valor se não tiver sido feita mediante declaração escrita do **BENEFICIÁRIO** titular, enviada à **CONTRATANTE** e ratificada pela **CONTRATADA**, na forma prevista na seção Movimentação Cadastral.

3.4.2 - Sem prejuízo das declarações feitas pela **CONTRATANTE** e/ou pelos **BENEFICIÁRIOS**, as quais devem observar a boa-fé objetiva, a **CONTRATADA** poderá exigir, a qualquer tempo: (i) documentos constitutivos da pessoa jurídica **CONTRATANTE**; (ii) documentos que comprovem o vínculo entre o **BENEFICIÁRIO** Titular e a **CONTRATANTE** - sejam comprovantes de vínculo empregatício, estatutário ou qualquer documento que demonstre a existência de um dos vínculos indicados no item 3.2 deste Contrato, tais como carteira profissional e/ou CAGED ou cadastro de inscrição no FGTS; ou, ainda, (iii) documentos que comprovem o grau de parentesco e/ou a relação de dependência entre o **BENEFICIÁRIO** Titular e seus dependentes, tais como certidão de nascimento ou sentença de adoção, entre outros, cabendo à **CONTRATANTE**, em 72 (setenta e duas) horas, enviar à **CONTRATADA** os documentos solicitados, sob pena de exclusão contratual do **BENEFICIÁRIO** cuja elegibilidade não tiver sido comprovada, sem prejuízo das penalidades contratuais, cíveis e penais cabíveis.

3.5 - Com relação aos **BENEFICIÁRIOS** vigoram, ainda, as seguintes disposições:

3.5.1 - Quando referidos em conjunto, tanto os **BENEFICIÁRIOS** titulares quanto os **BENEFICIÁRIOS** dependentes serão denominados, simplesmente, **BENEFICIÁRIOS**.

3.5.2 - A admissão do **BENEFICIÁRIO** dependente depende da participação do **BENEFICIÁRIO** titular no plano.



Handwritten signature and initials in the bottom right corner of the page.

### **MOVIMENTAÇÃO CADASTRAL**

**3.6** - As inclusões ou exclusões cadastrais de **BENEFICIÁRIOS** obedecerão ao previsto neste Contrato quanto às regras, critérios e condições de elegibilidade e, quanto aos prazos, ao período de movimentação cadastral indicado no Quadro Resumo, deverão ser obedecidas, pela **CONTRATANTE** e seus **BENEFICIÁRIOS**, as seguintes regras:

**3.6.1** - Quando do cadastramento dos **BENEFICIÁRIOS**, a **CONTRATANTE** deverá indicar: (i) os nomes e a classificação destes como titulares ou dependentes; (ii) a data de nascimento; e (iii) tratando-se de **BENEFICIÁRIO** dependente, o grau de parentesco deste para com o **BENEFICIÁRIO** titular.

**3.6.2** - As inclusões e exclusões cadastrais deverão ser informadas pela **CONTRATANTE** à **CONTRATADA** no prazo de até 30 (trinta) dias contados da demissão/admissão ou da solicitação de inclusão/exclusão de **BENEFICIÁRIO** dependente feita pelo **BENEFICIÁRIO** titular, decorrentes de casamento, constituição de união estável, nascimento, adoção ou óbito.

**3.6.3** - Não serão permitidas inclusões de **BENEFICIÁRIOS** que não tiverem comprovado o vínculo com a **CONTRATANTE**, a qual é responsável pela verificação das condições de admissibilidade do **BENEFICIÁRIO** e pelo envio da documentação correspondente, sem a qual a **CONTRATADA** não poderá proceder à movimentação cadastral.

**3.6.4** - Caso a **CONTRATANTE** não observe o dever de apurar o preenchimento, pelo **BENEFICIÁRIO**, das condições de admissibilidade, a **CONTRATADA** reserva-se o direito de, a qualquer tempo, excluir este **BENEFICIÁRIO** do plano, sem prejuízo: (i) da responsabilização da **CONTRATANTE** pelas perdas e danos decorrentes dessa inclusão indevida; (ii) da aplicação das penalidades contratuais, cíveis e penais cabíveis e (iii) do dever da **CONTRATANTE** de ressarcir a **CONTRATADA** pelas despesas decorrentes do descumprimento desta obrigação e eventuais utilizações por parte do **BENEFICIÁRIO**.

**3.7** - As exclusões cadastrais poderão ser requeridas pela **CONTRATANTE** ou pelo próprio **BENEFICIÁRIO**, nas hipóteses estabelecidas na cláusula que trata das Condições da Perda da Qualidade de **BENEFICIÁRIO**. O ônus decorrente de utilização indevida do sistema por **BENEFICIÁRIO** excluído do Contrato é da **CONTRATANTE**, ficando a **CONTRATADA** autorizada, desde logo, a efetuar a cobrança dos custos gerados por essa utilização.



*[Handwritten signatures]*

**CONTRATO DE COBERTURA DE DESPESAS MEDICO-HOSPITALARES  
COLETIVO EMPRESARIAL 600 A - CORP**

**3.7.1** – No caso de inclusão ou exclusão de novos **BENEFICIÁRIOS**, titulares ou dependentes, a cobrança referente a essa inclusão, seja a título de preço preestabelecido, seja a título de Taxa de Administração, será realizada no sistema de forma *pro rata* e será cobrada, na fatura subsequente, um valor proporcional aos dias de cobertura do mês da inclusão/exclusão.

**3.8** – Para fins de movimentação cadastral eletrônica, a **CONTRATADA** disponibilizará à **CONTRATANTE** senha de uso pessoal e intransferível, que permitirá o acesso a sistema próprio da **CONTRATADA**, ficando o usuário vinculado a referida senha responsável por todas as movimentações realizadas, bem como pelo uso adequado do sistema.

**3.8.1** – A movimentação cadastral poderá, ainda, ser feita mediante envio de documentação relativa a **BENEFICIÁRIO** por portador indicado pela **CONTRATANTE**, ficando esta responsável pela informação e pela entrega do respectivo comprovante, em papel, arquivo, e-mail ou qualquer outro meio que demonstre a veracidade da solicitação.

**3.9** – À **CONTRATADA** será concedido o prazo de 15 (quinze) dias, contados do recebimento da Proposta de Adesão ou da solicitação de inclusão de **BENEFICIÁRIOS** enviada pela **CONTRATANTE**, para avaliar o pedido (proposta/solicitação de inclusão). Será considerada como data da inclusão aquela indicada na proposta/solicitação de inclusão feita pelo **BENEFICIÁRIO**.

**3.10** – A **CONTRATADA** fornecerá aos **BENEFICIÁRIOS** incluídos no Contrato identificação específica, ainda que por meio exclusivamente digital, que os habilitará ao uso dos benefícios previstos no plano. Assegura-se à **CONTRATADA** a faculdade de cobrar pela segunda via dessa identificação específica, a seu exclusivo critério.

**3.11** – No caso de extinção automática do Contrato ou no caso de se encontrar-se o Contrato no decurso do prazo da denúncia prévia de extinção, não será permitida nenhuma movimentação cadastral até seu efetivo cancelamento.



*[Handwritten signature]*  
*[Handwritten initials]*

4 | Cláusula Quarta

**COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS**

4.1 – A cobertura será assegurada independentemente do local de origem do evento e se dará nos limites e de acordo com as características do plano contratado, de acordo com o indicado no Quadro Resumo, observando-se, dentre outros, a área de abrangência e as disposições previstas no Rol e no presente instrumento.

4.1.1 – Serão garantidas as coberturas assistenciais dos eventos e procedimentos que necessitem de anestesia, com ou sem a participação de profissional médico anesthesiologista, caso haja indicação clínica. Caso o plano indicado no Quadro Resumo preveja a garantia da cobertura de anesthesiologista mediante reembolso, este será realizado nos limites da Tabela Amil de Reembolso do plano contratado.

4.1.2 – As Coberturas e/ou Serviços Adicionais, quando contratados, estarão incluídas no Anexo – Coberturas Adicionais, que, mencionado no Quadro Resumo, fará parte integrante do presente Contrato.

**I. Procedimentos cobertos em regime ambulatorial**

4.2 – Este Contrato contempla a cobertura para consultas médicas em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, bem como planejamento familiar, assim definido na Lei nº 11.935/2009 e legislação vigente.

4.2.1 – Este Contrato não contempla cobertura para inseminação artificial, conforme disposto no item 5.1.3.

4.3 – Estão compreendidos por este Contrato, limitados às coberturas do Rol vigente, os seguintes procedimentos considerados especiais:

4.3.1 – 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).

4.3.2 – Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação.



*[Handwritten signature]*  
*[Handwritten initials]*

4.3.3 – Cobertura de medicamentos registrados/regularizados na Anvisa, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no rol, respeitada a causa de exclusão contratual nos termos da cláusula Exclusões Contratuais.

4.3.4 – Cobertura de consultas e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo de acordo com número de sessões estabelecido no Rol, conforme indicação do médico assistente.

4.3.5 – Cobertura de psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol, que poderá ser realizada tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme indicação do médico assistente.

4.3.6 – Cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol, que podem ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, em número ilimitado de sessões por ano.

4.3.7 – Cobertura das ações de planejamento familiar, listadas no Rol, para segmentação ambulatorial.

4.3.8 – Cobertura de atendimento caracterizado como de urgência e emergência, conforme resolução específica vigente sobre o tema.

4.3.9 – Cobertura de remoção, depois de realizados os atendimentos classificados como de 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.

4.3.10 – Cobertura de hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD.

4.3.11 – 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.



*[Handwritten signature]*  
*[Handwritten signature]*

**4.3.12** – 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, ressalvada a exclusão contida na cláusula que trata das Exclusões Contratuais para tratamentos experimentais, e observando-se, preferencialmente as seguintes características:

- (i) 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 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
- (ii) medicamento fracionado: aquele fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição do órgão competente, atualmente a cargo da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa.

**4.3.13** – Cobertura dos procedimentos de radioterapia listados no Rol para a segmentação ambulatorial.

**4.3.14** – Cobertura dos procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais que prescindam 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 do Rol.

**4.3.15** – Cobertura de hemoterapia ambulatorial.

**4.3.16** – Cobertura das cirurgias oftalmológicas ambulatoriais listadas no Rol.

## **II. Serviços complementares de diagnósticos e tratamentos**

**4.4** – Estão compreendidos por este Contrato, limitados ao plano contratado, às disposições deste instrumento e às hipóteses previstas no Rol vigente, os serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista devidamente habilitado, desde que não se caracterize como internação, observando-se:

**4.4.1** – Cobertura para os custos de consultas e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo, de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol e conforme indicação do médico assistente.



*[Handwritten signature]*

4.4.2 – Cobertura de psicoterapia, de acordo com o número de sessões estabelecidas no Rol, que poderá ser realizada tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme indicação do médico assistente.

4.4.3 – Cobertura de procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol, em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta.

4.4.4 – Cobertura para os custos dos procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais que prescindam 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.

### **III. Procedimentos cobertos em regime de internação hospitalar**

4.5 – Estão compreendidos por este Contrato, limitados ao plano contratado, às disposições deste instrumento e do Rol e desde que solicitado pelo médico assistente, a cobertura para os seguintes serviços hospitalares:

4.5.1 – Internações hospitalares, conforme o padrão de acomodação contratado e sem limites de prazos, valores e quantidades, desde que devidamente justificadas através de relatório médico e consoante a boa prática médica, em hospitais e clínicas básicas e especializadas, para procedimentos clínicos ou cirúrgicos reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina, incluídos, nos planos cuja segmentação assistencial contemple obstetrícia, os procedimentos obstétricos e os de alta complexidade relacionados no Rol.

4.5.2 – Internações hospitalares em centro de terapia intensiva ou similar, sem limites de prazo, valores e quantidades, a critério do médico assistente, desde que devidamente justificadas através de relatório médico e consoante a boa prática médica.

4.5.3 – Procedimentos cirúrgicos bucomaxilofaciais listados no Rol para a segmentação hospitalar, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar.



*[Handwritten signature]*  
*[Handwritten signature]*

4.5.4 – Cobertura de estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em ambiente ambulatorial mas que, por imperativo clínico, necessitem de internação hospitalar, com equipe de saúde necessária à complexidade do caso, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar.

4.5.5 – Cobertura, limitada exclusivamente às coberturas do Rol, dos seguintes procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:

4.5.6 – Hemodiálise e diálise peritoneal (CAPD).

4.5.7 – Quimioterapia oncológica ambulatorial, como definida no Rol, e os medicamentos para tratamento antineoplásico domiciliar de uso oral.

4.5.8 – Procedimentos radioterápicos previstos no Rol para ambas as segmentações, ambulatorial e hospitalar.

4.5.9 – Hemoterapia.

4.5.10 – Nutrição parenteral ou enteral.

4.5.11 – Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol.

4.5.12 – Embolizações listadas no Rol.

4.5.13 – Radiologia intervencionista.

4.5.14 – Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos.

4.5.15 – Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol.

4.5.16 – Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato, mediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes listados no Rol, exceto o fornecimento de medicação de manutenção.

4.5.17 – Internações eletivas ou programadas somente terão cobertura quando autorizadas previamente pela CONTRATADA, nos termos da Resolução Normativa nº 259/11, ou da norma que eventualmente a substitua.



*[Handwritten signatures]*

**4.5.18** – A cobertura de toda e qualquer taxa relacionada ao procedimento médico ocorrerá de acordo com o plano contratado, incluindo materiais utilizados (nacionalizados e reconhecidos pela Anvisa).

**4.5.19** – Salvo disposto de modo diverso no Anexo de Coberturas Adicionais quando este tiver sido contratado, a **CONTRATADA** garante a cobertura das despesas relativas ao acompanhante, salvo contra-indicação do médico ou cirurgião-dentista assistente, nos seguintes casos:

(i) crianças e adolescentes menores de 18 anos;

(ii) idosos a partir do 60 anos;

(iii) pessoas portadoras de deficiência.

(iv) pré-parto, parto, pós-parto imediato.

**4.5.19.1** – Compreende-se como despesas de acompanhante aquelas relativas à mesma acomodação dispensada ao paciente e à mesma alimentação, quando fornecida pelo hospital e incluída na conta hospitalar do estabelecimento onde se encontra o paciente.

**4.5.19.2** – A cobertura das despesas com acompanhante durante o pós-parto imediato se dará por 48h, podendo estender-se por até 10 dias, quando indicado pelo médico assistente.

**4.5.20** – A cobertura de exames complementares indispensáveis para diagnóstico e controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica constantes do Rol, o 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.

**4.5.21** – Cobertura dos custos de honorários médicos através de utilização de rede credenciada ou através de reembolso, quando o plano contratado prever essa modalidade, de acordo com os termos e as condições do contrato.

**4.5.22** – Cobertura dos serviços gerais de enfermagem, exceto em caráter particular.

**4.5.23** – Cobertura para leitos especiais, monitores e toda a aparelhagem e materiais indispensáveis ao tratamento.

**4.5.24** – Custeio com alimentação específica ou normal, fornecida pelo hospital, até a alta hospitalar, limitada aos recursos do estabelecimento.



*[Handwritten signatures]*

4.5.25 - Cobertura de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, nos quais forem utilizados todos os meios e técnicas necessárias para o tratamento de mutilação decorrente de utilização técnica de tratamento do câncer, abrangendo, inclusive, a mama colateral.

4.5.26 - A cirurgia plástica reparadora terá cobertura contratual quando efetuada, exclusivamente, para restauração total ou parcial de funções em órgãos e membros, seja em lesão decorrente de enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita.

4.5.27 - As próteses, órteses e seus acessórios, nacionalizados e reconhecidos pelo órgão governamental competente (Anvisa) serão cobertas exclusivamente quando utilizados e necessários à realização o ato cirúrgico objeto da cobertura, observando-se os requisitos previstos na cláusula que trata dos mecanismos de regulação.

4.5.28 - A cobertura dos custos dos transplantes previstos no Rol, bem como das despesas relativas aos procedimentos vinculados somente será autorizada na rede credenciada específica divulgada pela CONTRATADA para a realização de transplantes de órgãos. Não haverá cobertura para transplante não previsto no Rol ou realizado fora da rede credenciada específica.

4.5.28.1 - Nos casos em que tiver sido contratada, pela CONTRATANTE, cobertura para determinados tipos de transplante, estes estarão descritos e suas regras estarão dispostas no Anexo - Coberturas Adicionais, que, quando indicado no Quadro Resumo, fará parte integrante do presente Contrato.

4.5.28.2 - A cobertura de transplantes listados no Rol e dos procedimentos a eles vinculados inclui:

- (i) as despesas assistenciais com doadores vivos, pré-operatórias e durante a internação para o transplante;
- (ii) os medicamentos utilizados durante a internação;
- (iii) o acompanhamento clínico em todo o período pós-operatório, que compreende não só o pós-operatório imediato (primeiras 24 horas da realização da cirurgia) e mediato (entre 24 horas e 48 horas da realização da cirurgia), mas também o pós-operatório tardio (a partir de 48 horas da realização da cirurgia), exceto medicamentos de manutenção;
- (iv) as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos, na forma de ressarcimento ao SUS.



*[Handwritten signatures]*

4.5.28.3 – Não estão cobertas as despesas relativas à identificação e seleção de doadores.

4.5.28.4 – **BENEFICIÁRIOS** candidatos a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica, deverão estar, obrigatoriamente, inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDOs) e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de seleção.

4.5.29 – A cobertura para a remoção do **BENEFICIÁRIO**, realizada por serviços credenciados e por meio de ambulância terrestre, DE HOSPITAL PARA OUTRO HOSPITAL, dentro dos limites de abrangência geográfica do plano, desde que comprovadamente necessária para fins médicos e após prévia autorização da **CONTRATADA**. Não haverá cobertura para remoção de residência ou local de trabalho para hospital, nem de hospital para sua residência e/ou local de trabalho.

4.5.30 – As internações sob o regime de hospital-dia ou de curta permanência dar-se-ão de acordo com a solicitação do médico assistente.

#### **IV. Procedimentos cobertos em regime de internação hospitalar com obstetrícia**

4.6 – Nos planos de segmentação assistencial Referência, Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia ou Hospitalar com Obstetrícia, a Beneficiária terá direito à cobertura de assistência obstétrica nos limites do plano escolhido, observando-se, entre outros, a área de atuação, a área geográfica de abrangência do plano e as hipóteses previstas no Rol para o plano hospitalar, acrescida dos procedimentos relativos ao pré-natal, às intercorrências da gravidez, ao parto e ao puerpério, desde que solicitados pelo médico assistente mediante guia de encaminhamento previamente emitida pela **CONTRATADA** e respeitando as carências estabelecidas neste instrumento.

4.7 – Assegura-se ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do **BENEFICIÁRIO** bem como àquele de quem o **BENEFICIÁRIO** detenha a guarda provisória ou definitiva, a cobertura assistencial durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, de acordo com os termos do Contrato.

4.8 – Assegura-se ao recém-nascido, filho natural ou adotivo exclusivamente do **BENEFICIÁRIO** titular, bem como àquele de quem o **BENEFICIÁRIO** titular detenha a guarda provisória ou definitiva, a inclusão como **BENEFICIÁRIO** dependente no mesmo plano do **BENEFICIÁRIO** titular, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento, da adoção ou do termo de guarda provisória ou definitiva.



Handwritten signatures and initials in the bottom right corner of the page.

4.8.1 - Caso: (i) o recém-nascido seja inscrito como **BENEFICIÁRIO dependente** do **BENEFICIÁRIO titular** no prazo de até 30 (trinta) dias após o parto e (ii) o **BENEFICIÁRIO titular**, seja ele pai, mãe ou responsável legal, tenha cumprido o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias, o recém-nascido será isento do cumprimento de carências para cobertura assistencial.

4.8.2 - Caso: (i) o recém-nascido seja inscrito com **BENEFICIÁRIO dependente** do **BENEFICIÁRIO titular** no prazo de até 30 (trinta) dias após o parto, mas (ii) o **BENEFICIÁRIO titular**, seja ele pai, mãe ou responsável legal, não tenha cumprido o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias, a cobertura assistencial será prestada ao recém-nascido seguindo-se os limites da carência já cumprida pelo **BENEFICIÁRIO titular**.

4.8.3 - Não caberá qualquer alegação de Doença ou Lesão Preexistente quando a inscrição do recém-nascido como **BENEFICIÁRIO dependente** tiver ocorrido no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento, adoção, guarda provisória ou definitiva. Na hipótese de inscrição após os 30 (trinta) dias do nascimento, adoção ou guarda, provisória ou definitiva, caberá arguição de doença ou lesão preexistente, bem como a autoriza-se à **CONTRATADA** impor Cobertura Parcial Temporária.

4.9 - A continuidade da cobertura de atendimento após o 30º (trigésimo) dia a somente será devida quando o recém-nascido tiver sido incluído no mesmo plano do **BENEFICIÁRIO Titular** ou, sendo o recém-nascido filho de **BENEFICIÁRIO dependente**, tiver sido incluído em um plano pessoa física, respeitando-se as condições comerciais vigentes à época desta contratação.

#### **V. Do tratamento dos transtornos psiquiátricos**

4.10 - Estão cobertos pelo presente Contrato, nos limites do plano escolhido e observando-se, entre outros, a segmentação assistencial, a área de atuação do plano, a área geográfica de abrangência indicadas no Quadro Resumo, além das hipóteses contempladas no Rol, os tratamentos em regime ambulatorial e de internação hospitalar de todos os transtornos psiquiátricos codificados pelo CID-10, incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões autoinfligidas.

4.11 - A atenção prestada aos portadores de transtornos psiquiátricos deverá priorizar o atendimento ambulatorial e em consultórios, sendo a internação psiquiátrica utilizada apenas como último recurso terapêutico e sempre que houver indicação do médico assistente.



Handwritten signatures and initials in the bottom right corner of the page.

**Em regime ambulatorial estão cobertos:**

**4.12** – Atendimento às emergências psiquiátricas, assim consideradas as situações que impliquem risco de morte ou de danos físicos ao **BENEFICIÁRIO** ou a terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e autoagressão) e/ou risco de danos morais e patrimoniais comprovados.

**4.13** – Atendimento à psicoterapia de crise, entendida como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência, limitadas ao número de sessões previsto no Rol por ana contratual, não cumulativas.

**4.13.1** – Considera-se, para a situação anteriormente descrita, a pessoa que estiver sob risco de dano pessoal imediato provocado por transtorno mental, conforme atestado pelo médico assistente, em consonância com as diretrizes de utilização de acordo com o Rol vigente à época do fato.

**4.14** – Tratamento básico, prestado por médico, em número ilimitado de consultas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo médico assistente.

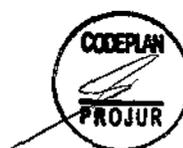
**Em regime hospitalar, estão cobertas:**

**4.15** – Internações em hospital-dia para transtornos psiquiátricos que se realizarem nos limites estabelecidos pelo Contrato, pelo Rol, sempre em hospitais especializados ou unidades psiquiátricas de hospitais gerais.

**4.15.1** – O custeio dos 30 (trinta) primeiros dias de internação, contínuos ou não, por ano de vigência do contrato, em hospital psiquiátrico, em unidade ou enfermaria em hospital geral para internação psiquiátrica, será realizado nos mesmos moldes das demais internações, sendo aplicável a coparticipação após esse período.

**4.15.2** – Após o 30º dia, caberá à **CONTRATANTE** realizar o pagamento de coparticipação de 50% (cinquenta por cento) sobre as despesas médico-hospitalares, conforme regulamentação vigente.

**4.16** – Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões autoinfligidas, estão cobertos, nos limites do Rol e sem prejuízo das hipóteses de exclusão de cobertura.



Handwritten signature and initials.

5 | Cláusula Quinta

**EXCLUSÕES DE COBERTURA**

**5.1 – Este Contrato NÃO PREVÊ a cobertura de custos para os eventos excluídos ou sem cobertura obrigatória determinada pela Lei nº 9.656/98 e sua regulamentação, dentre os quais os seguintes:**

**5.1.1 – Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, conforme definido no item “Definições” deste Contrato.**

**5.1.2 – Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos – ou seja, aqueles que não visam à restauração parcial ou total da função de órgão ou parte do corpo humano lesionada por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita –, bem como órteses e próteses para o mesmo fim.**

**5.1.3 – Inseminação artificial, conforme definido no item “Definições” deste Contrato.**

**5.1.4 – Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, tratamentos clínicos e cirúrgicos para emagrecimento com finalidade estética, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, SPA, estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em regime hospitalar.**

**5.1.5 – Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na Anvisa (não nacionalizados).**

**5.1.6 – Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar ou ambulatorial (consultório), assim entendidos aqueles que não requerem administração assistida nem necessitam de intervenção ou supervisão direta de profissional de saúde habilitado ou cujo uso não é exclusivamente hospitalar, podem ser adquirido por pessoas físicas em farmácias de acesso ao público e administrados em ambiente externo ao da unidade de saúde (hospitais, clínicas, ambulatórios e urgência e emergência médica).**

**5.1.7 – Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico, bem como de medicamentos, próteses e órteses não nacionalizados ou não reconhecidos pela Anvisa.**

**5.1.8 – Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes.**



Handwritten signatures and initials, including a large signature and the word "CORP" written vertically.

**5.1.9** – Eventos ocorridos em casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declaradas pela autoridade competente.

**5.1.10** – Enfermagem particular e assistência médica ou odontológica domiciliar.

**5.1.11** – Fornecimento de quimioterápicos orais, não nacionalizados e não reconhecidos pelo órgão governamental competente (Anvisa), bem como os demais medicamentos ministrados em regime domiciliar, de acordo com o artigo 10, VI, da Lei nº 9.656/98 salvo se tais medicamentos se referirem a tratamento antineoplásico ou para controle de efeitos adversos ou adjuvantes.

**5.1.12** – Fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar, cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (SUS) do Ministério da Saúde (Conitec).

**5.1.13** – Internações hospitalares, tratamentos ambulatoriais, exames diagnósticos, terapias e consultas médicas realizadas por profissionais de especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

**5.1.14** – Consultas, aluguel de equipamentos, aluguel de aparelhos e tudo que for relacionado à assistência médica domiciliar.

**5.1.15** – Cobertura de cirurgia refrativa (PRK ou LASIK) para pacientes, exceto se preenchidas as condições previstas no Rol vigente à época do evento.

**5.1.16** – Procedimentos odontológicos, salvo os previstos no Rol vigente à época do evento.

**5.1.17** – Remoção por via aérea, exceto quando esse serviço tiver sido contratado por meio de Anexo específico.

**5.1.18** – Transplantes, exceto aqueles listados no Rol vigente à data do evento ou previstos em Anexo de Coberturas Adicionais eventualmente assinado pelas Partes.

**5.1.19** – Exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais.

**5.1.20** – Despesas com acompanhante, exceto no caso de internação de BENEFICIÁRIOS menores de 18 (dezoito) anos, com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, gestantes (no trabalho de parto, parto e pós-parto imediato) ou, por fim, portadores de necessidades especiais (desde que haja indicação do médico assistente).



Several handwritten signatures in black ink, including one that appears to be "WLF".

5.1.21 - Despesas extraordinárias não previstas no contrato ou não sujeitas a cobertura, como telefonemas, frigobar, televisão, descartáveis de uso pessoal, preparo do corpo pós-morte e outra definidas pelo estabelecimento hospitalar. Nessas hipóteses, deverá ocorrer pagamento pelo **BENEFICIÁRIO** diretamente ao hospital, não sendo tais despesas passíveis de reembolso por parte da **CONTRATADA**.

5.1.22 - Todos e quaisquer procedimentos não constantes do Rol vigente à época do evento ou de eventual Anexo de Coberturas Adicionais, que faz parte deste Contrato, quando contratado.

## 6 | Cláusula Sexta

### DURAÇÃO DO CONTRATO

6.1 - O período de vigência do contrato será aquele indicado no Quadro Resumo, que é parte integrante deste instrumento.

6.2 - A data do início da vigência será aquela estabelecida no Quadro Resumo, o dia do efetivo pagamento da primeira contraprestação pecuniária ou qualquer outra data estabelecida pelas Partes, desde que antes desta data designada não tenha sido feito pela **CONTRATANTE** nenhum pagamento, sob pena de, havendo pagamento, considerar-se como vigência inicial a data do pagamento.

6.2.1 - A disponibilização de meio de pagamento para a quitação da primeira contraprestação pecuniária ocorrerá ao final do processo de contratação, quando a **CONTRATANTE** assinará declaração com a ciência e concordância quanto aos termos do Contrato.

6.3 - Transcorrida a vigência mínima inicial indicada no item 6.1 e caso nenhuma das Partes se manifeste previamente pela não renovação do Contrato, este será renovado automaticamente por prazo indeterminado, não cabendo a cobrança de taxas ou quaisquer outros valores no ato da renovação, tampouco a incidência de qualquer período adicional de carências.



*[Handwritten signature]*  
*[Handwritten signature]*

**7 | Cláusula Sétima**

**CARÊNCIAS**

**7.1** – Para contratos cujo número de **BENEFICIÁRIOS** é igual ou superior a trinta, e enquanto essa quantidade mínima for mantida, não será exigido o cumprimento de prazos de carência, desde que o **BENEFICIÁRIO** formalize pedido de admissão ao Contrato em até 30 (trinta) dias da celebração deste ou de sua vinculação à pessoa jurídica **CONTRATANTE**.

**7.2** – Depois de decorrido o prazo supramencionado, a inclusão de **BENEFICIÁRIOS** ocorrerá com a exigência de cumprimento dos prazos de carência.

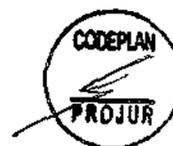
**7.2.1** – Nesse caso, o **BENEFICIÁRIO** ou seu representante legal deverá preencher a declaração de saúde, informando à **CONTRATADA** o conhecimento de eventual Doença ou Lesão Preexistente previamente à data de início da vigência do Contrato ou adesão contratual.

**7.2.2** – A não observância da obrigação prevista no item anterior poderá caracterizar fraude, podendo ensejar a suspensão ou rescisão do Contrato, conforme disposto no inciso II, do parágrafo único, do artigo 13, da Lei nº 9.656/98, sem prejuízo das penalidades contratuais, cíveis e penais cabíveis.

**7.3** – Os prazos de carência, quando aplicados ao **BENEFICIÁRIO**, serão contados a partir do ingresso deste no Contrato e observarão aos seguintes limites:

**7.3.1** – 24 (vinte e quatro) horas para cobertura, após o início de vigência do Contrato, sendo certo que:

- (i) no **Plano de Segmentação Referência**: a cobertura será integral após esse período, nos termos da legislação vigente;
- (ii) no **Plano de Segmentação Ambulatorial**: a cobertura para urgência e emergência será apenas para as primeiras 12 (doze) horas em regime de ambulatório, nos termos da legislação vigente;
- (iii) no **Plano de Segmentação Hospitalar sem Obstetrícia**: a cobertura será integral após esse período para as urgências decorrentes de acidente pessoal. Nas demais hipóteses de urgência e emergência, a cobertura será apenas para as 12 (doze) primeiras horas em regime de ambulatório, nos termos da legislação vigente;



*[Handwritten signature]*

(iv) no Plano de Segmentação Hospitalar com Obstetrícia: a cobertura será integral após esse período para as urgências e emergências decorrentes de acidente pessoal. Nas demais hipóteses de urgência e emergência, inclusive para complicações do processo gestacional, a cobertura será apenas para as primeiras 12 (doze) horas em regime de ambulatório, nos termos da legislação vigente.

7.3.2 – 30 (trinta) dias para custeio de consultas em consultórios, clínicas e centros médicos, exames básicos de apoio diagnóstico e procedimentos terapêuticos ambulatoriais básicos.

7.3.3 – 180 (cento e oitenta) dias para cobertura dos custos de procedimentos de alta complexidade, exames especiais de apoio diagnóstico, procedimentos terapêuticos ambulatoriais e especiais, exames e procedimentos de alta complexidade, honorários médicos de internações e custos hospitalares de internações.

7.3.4 – 180 (cento e oitenta) dias para o custeio de internação hospitalar para tratamento de transtornos psiquiátricos.

7.3.5 – 300 (trezentos) dias para a cobertura dos custos de parto a termo.

## 8 | Cláusula Oitava

### DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

8.1 – Considera-se Doenças e Lesões Preexistentes aquelas das quais o(s) BENEFICIÁRIO(S) ou seu representante legal saiba(am) ser portador(es) ou sofredor(es) no momento da contratação ou adesão ao plano.

8.2 – Não será exigido o cumprimento de agravo ou Cobertura Parcial Temporária nos casos de Doença ou Lesão Preexistente nos contratos cujo número de BENEFICIÁRIO é igual ou superior a 30 (trinta), desde que o BENEFICIÁRIO formalize pedido de admissão ao Contrato em até 30 (trinta) dias da celebração deste ou de sua vinculação à pessoa jurídica CONTRATANTE.

8.2.1 – Depois de decorrido o prazo supramencionado, a inclusão de BENEFICIÁRIOS, ocorrerá com a exigência de cumprimento de Cobertura Parcial Temporária.



Handwritten signature and initials.

**8.2.2** – Nesse caso, o **BENEFICIÁRIO** ou seu representante legal deverá preencher a Declaração de Saúde, através da Carta de Orientação ao **BENEFICIÁRIO**, que é parte integrante obrigatória deste Contrato e padronizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); neste documento, o **BENEFICIÁRIO** informará à **CONTRATADA**, de boa fé, o conhecimento de eventual Doença ou Lesão Preexistente previamente à data de início da vigência do Contrato ou adesão contratual.

**8.2.2.1** – Para auxiliá-lo no preenchimento da Declaração de Saúde, o **BENEFICIÁRIO** poderá escolher um médico pertencente à lista de profissionais médicos da rede de prestadores credenciados ou referenciados pela **CONTRATADA**, sem nenhum ônus.

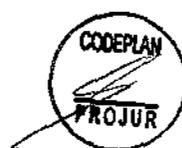
**8.2.2.2** – Na hipótese de o **BENEFICIÁRIO** optar por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da **CONTRATADA**, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus financeiro dessa entrevista.

**8.2.2.3** – A entrevista qualificada não é obrigatória, mas constitui-se numa opção tornada disponível pela **CONTRATADA** aos **BENEFICIÁRIOS** e tem como objetivo principal relacionar, se for o caso, todas as doenças de conhecimento prévio do **BENEFICIÁRIO** em relação a ele próprio e a todos os dependentes integrantes de seu Contrato.

**8.2.2.4** – 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, às alternativas de cobertura e demais consequências em relação a sua omissão.

**8.2.2.5** – Não se admitirá a alegação de omissão de informação relativa a Doença ou Lesão Preexistente se, no ato da admissão do **BENEFICIÁRIO** no Plano for realizado qualquer tipo de exame ou perícia pela própria **CONTRATADA**.

**8.2.3** – A não observância da obrigação de boa-fé prevista no item anterior poderá caracterizar fraude, podendo ensejar a suspensão ou rescisão do Contrato, conforme disposto no inciso II, do parágrafo único, do artigo 13, da Lei nº 9.656/98, sem prejuízo das penalidades contratuais, cíveis e penais cabíveis.



*[Handwritten signature]*

**8.3** – Caso seja constatada, mediante informações expressas inseridas na Declaração de Saúde, na Entrevista Qualificada ou em eventual perícia médica, a existência de Doenças ou Lesões Preexistentes, a **CONTRATADA** oferecerá ao **BENEFICIÁRIO** a Cobertura Parcial Temporária (CPT).

**8.4** – Caso ocorra urgência ou emergência durante o período de Cobertura Parcial Temporária, a **CONTRATADA** garantirá cobertura após 24 (vinte e quatro) horas da assinatura do Contrato, em regime ambulatorial, independentemente da segmentação assistencial do plano contratado, limitada às 12 (doze) primeiras horas de atendimento, excluídos, porém, os procedimentos de alta complexidade e todos os demais procedimentos exemplificados na definição de Cobertura Parcial Temporária, no item “Conceitos”.

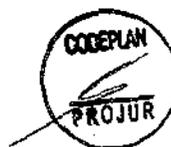
**8.5** – A opção da **CONTRATANTE** ou do **BENEFICIÁRIO** pela Cobertura Parcial Temporária (CPT) não exclui a obrigatoriedade do cumprimento dos prazos de carência previstos neste Contrato.

**8.6** – Se for identificado indício de fraude referente à omissão de conhecimento de Doenças ou Lesões Preexistentes por ocasião da contratação ou adesão ao plano, a **CONTRATADA** comunicará tal fato imediatamente ao **BENEFICIÁRIO**. Nesse caso, a **CONTRATADA** poderá:

- (i) oferecer a Cobertura Parcial Temporária, a partir da data de recebimento do Termo de Comunicação, até que se complete o período máximo de 24 (vinte e quatro) meses do início da vigência contratual ou adesão do plano; e/ou
- (ii) solicitar a abertura de processo administrativo perante a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para julgamento da alegação de omissão na Declaração de Saúde, visando à rescisão contratual, e/ou responsabilizar o **BENEFICIÁRIO** pela utilização indevida.

**8.6.1** – Acolhida a alegação de fraude por parte da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) ou pelo Poder Judiciário, o **BENEFICIÁRIO** será responsável pelo pagamento das despesas efetuadas pela **CONTRATADA** com a assistência médico-hospitalar prestada em razão de omissão/fraude (todas as despesas com procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos) e que tenham relação com a doença ou lesão preexistente, a partir do envio de Termo de Comunicação mencionado anteriormente.

**8.6.2** – 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.



*Handwritten signature and initials.*

**9 | Cláusula Nona**

**ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

**9.1** – Nos limites do plano escolhido, observando-se, entre outros, a Segmentação Assistencial, a Área Geográfica de Abrangência e a Área de Atuação estabelecidas para este Contrato, além das hipóteses previstas no Rol, estão cobertos os atendimentos nas unidades credenciadas para esse fim, em regime ambulatorial e de internação, os casos de urgência e emergência definidos abaixo, nos termos desta cláusula:

**9.1.1 – Urgência:** assim entendidos os casos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional;

**9.1.2 – Emergência:** como tal definidos os casos que implicarem risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizados em declaração do médico assistente.

**9.2** – Nos contratos em que os prazos de carência ainda não tenham sido cumpridos, deverão ser observadas as seguintes regras de cobertura para urgência e emergência, nos termos da regulamentação vigente:

**9.2.1** – Nos Planos de Segmentação Ambulatorial, os casos de emergência terão cobertura limitada às primeiras 12 (doze) horas; as complicações do processo gestacional (urgência) terão cobertura para as 12 (doze) primeiras horas.

**9.2.2** – Nos Planos de Segmentação Hospitalar, os acidentes pessoais (urgência) terão cobertura após 24 (vinte e quatro) horas do início de vigência do contrato.

**9.2.3** – Nos Planos de Segmentação Referência, é garantida a cobertura, ambulatorial e hospitalar, para urgência e/ou emergência após 24 (vinte e quatro) horas de vigência do Contrato, somente para os casos em que não forem consideradas doenças e lesões preexistentes.

**9.3** – Nos contratos que envolvam Cobertura Parcial Temporária para Doenças e Lesões Preexistentes, as coberturas do atendimento de urgência e emergência para essa doença ou lesão estarão limitadas às primeiras 12 (doze) horas de atendimento ou até que ocorra a necessidade de internação e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade.



*[Handwritten signature]*

9.3.1 – Caso, para a continuidade do atendimento de urgência ou emergência, seja necessário realizar procedimento exclusivo da cobertura hospitalar cessará, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e mesmo que em tempo menor do que 12 (doze) horas, passando a responsabilidade financeira da internação a ser do **BENEFICIÁRIO** ou seu responsável legal, não cabendo nenhum ônus à **CONTRATADA**.

9.3.2 – Após o período de 12 (doze) horas estabelecido nos itens acima, o **BENEFICIÁRIO** deverá ser removido, por via terrestre, às expensas da **CONTRATADA**, para uma unidade do Sistema Único de Saúde (SUS), dentro dos limites geográficos previstos no Contrato.

#### **Remoção**

9.4 – A **CONTRATADA** garantirá remoção terrestre para uma unidade de atendimento da rede assistencial do plano depois de realizados os atendimentos caracterizados como urgência e emergência quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pelo serviço prestador para a continuidade de atenção ao paciente.

9.4.1 – A remoção terrestre para unidade do SUS após realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, e sempre limitados às 12 (doze) primeiras horas do atendimento, será realizada nos casos de:

- (i) o **BENEFICIÁRIO** estar cumprindo período de carência para internação;
- (ii) haver Cobertura Parcial Temporária que resulte na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças e Lesões Preexistentes.

9.4.2 – A **CONTRATADA** disponibilizará, para a remoção, ambulância com os recursos técnicos necessários à segurança da manutenção da vida.

9.4.3 – Não haverá remoção de **BENEFICIÁRIO** de sua residência ou local de trabalho para um hospital, nem de um hospital para sua residência e/ou local de trabalho.

9.5 – Se, em face de iminente risco de morte do **BENEFICIÁRIO**, a remoção não for possível e se não houver cobertura para o atendimento, este será de exclusiva responsabilidade do **BENEFICIÁRIO**, da **CONTRATANTE** ou de terceiro(s) responsável(is) perante o serviço prestador; o **BENEFICIÁRIO**, a **CONTRATANTE** ou o terceiro responsável e o prestador deverão ajustar a obrigação financeira correspondente aos procedimentos realizados, ficando a **CONTRATADA** isenta desses ônus e coberturas.



Handwritten signatures and initials, including a large stylized signature and the word "WHP" written vertically.

9.6 - Quando o **BENEFICIÁRIO** ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de Termo de Responsabilidade, pela continuidade do tratamento em uma unidade diferente daquela indicada pela **CONTRATADA**, esta estará desobrigada da responsabilidade médica (ônus decorrentes da internação) e do ônus financeiro da remoção.

#### **Ressarcimento**

9.7 - O **BENEFICIÁRIO** terá direito ao ressarcimento unicamente das despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento por serviço médico-hospitalar não credenciado e apenas em casos de: (i) urgência ou emergência comprovada ou (ii) impossibilidade justificada de utilização dos serviços contratados, credenciados ou referenciados pela **CONTRATADA**.

9.7.1 - Nesses casos, o ressarcimento somente será realizado: (i) nos limites das obrigações contratuais; (ii) de acordo com a abrangência geográfica contratada; e (iii) mediante apresentação dos documentos relacionados nos itens abaixo, tudo em conformidade com o artigo 12, VI, da Lei nº 9.656/1998.

9.7.2 - O ressarcimento somente será pago mediante a apresentação de documentos originais, conforme cada um dos eventos abaixo relacionados:

9.7.3 - **Atendimento de pronto-socorro hospitalar:** nota fiscal válida como recibo, com a especificação e discriminação do atendimento realizado (procedimento, material, medicamento, taxa etc.), laudo médico, nome do paciente, valor cobrado, valor de desconto, quando houver, assinatura do responsável pelo serviço, CPF e/ou CNPJ, CRM, ISS, endereço legível e data da realização do evento.

9.7.4 - **Honorários médicos durante a internação:** recibos ou notas fiscais válidas como recibo, contendo todos os dados do médico assistente e de cada um dos componentes de sua equipe, separadamente, declarando o tipo de atendimento prestado e o procedimento realizado, laudo médico, laudo do exame anatomopatológico, nome do paciente, valores cobrados, valor de desconto, quando houver, assinatura, CPF e/ou CNPJ, CRM e endereço legível e data da realização do evento.

9.7.5 - **Internação:** nota fiscal e respectivo comprovante de pagamento da conta hospitalar discriminada, inclusive relação de material e medicamentos consumidos, exames e taxas, nome do paciente, data de início do evento, data da alta hospitalar e relatório médico da internação, com o(s) respectivo(s) diagnóstico(s) e procedimento(s) realizado(s).



Handwritten signature and the word "revis" written below it.

9.7.6 – Os documentos relacionados acima deverão ser entregues à **CONTRATADA** (diretamente ou em um endereço local indicado por ela) no prazo máximo de até 12 (doze) meses corridos, contados a partir da data em que ocorrer o evento médico ou após a alta hospitalar sob pena de, desrespeitado esse prazo, o **BENEFICIÁRIO** ou a **CONTRATANTE** perderão o direito ao ressarcimento.

9.7.7 – Se a documentação não contiver todos os dados indicados no item anterior, a **CONTRATADA** poderá solicitar envio de nova documentação ou de informações complementares sobre o procedimento; a partir da apresentação desses novos documentos/informações complementares terá início a contagem de novo prazo de para pagamento.

9.7.8 – O ressarcimento será pago no prazo máximo de 30 (trinta) dias úteis, a contar da entrega dos documentos pertinentes, sendo indispensável a indicação do número do CPF do **BENEFICIÁRIO**, em obediência às normas estabelecidas pela Secretaria da Receita Federal do Ministério da Fazenda.

## **10 | Cláusula Décima**

### **ACESSO À LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES**

10.1 – Para os atendimentos médico-hospitalares cobertos por esse Contrato, os **BENEFICIÁRIOS** poderão fazer uso da rede credenciada do Plano escolhido ou buscar atendimento junto a prestadores de serviços médicos ou auxiliares de diagnóstico não pertencentes à rede credenciada ou referenciada ao plano, nos termos e limites dispostos neste instrumento, desde que o plano indicado no Quadro Resumo, preveja essa modalidade.

10.1.1 – Caso o **BENEFICIÁRIO** utilize os serviços médicos de profissionais pertencentes à rede credenciada, estes serviços serão pagos pela **CONTRATADA** diretamente ao prestador de serviços, por conta e ordem do **BENEFICIÁRIO**, nos limites e nas condições do plano; nessa hipótese, não será cabível qualquer pedido de reembolso.

10.1.2 – Caso o **BENEFICIÁRIO** realize seu atendimento junto a um prestador de serviços médicos não pertencente à rede credenciada, estes serviços serão pagos diretamente pelo **BENEFICIÁRIO**, que poderá solicitar o Reembolso de referidas despesas junto à **CONTRATADA**.



*[Handwritten signatures]*

**10.2** – O reembolso a que se refere a presente Cláusula somente será realizado nos limites das obrigações contratuais, de acordo com a Área de Abrangência Geográfica indicada no Quadro Resumo e com as regras dispostas a seguir:

**10.2.1** – O cálculo do montante devido pela utilização da livre escolha de prestadores é feito em função dos Fatores Multiplicadores definidos para o plano escolhido, conforme discriminado na Tabela Reembolso vigente no momento da contratação e suas atualizações.

**10.2.2** – A Tabela de Reembolso que rege os múltiplos de reembolso encontra-se registrada no 4º Registro de Títulos e Documentos – Rio de Janeiro, no site [amil.com.br](http://amil.com.br) e também na sede da **CONTRATANTE**, para consulta dos **BENEFICIÁRIOS**.

**10.2.3** – Os múltiplos de reembolso previstos para o plano escolhido pela **CONTRATANTE** estão indicados no Quadro Resumo.

**10.2.4** – O valor do reembolso é obtido por meio da seguinte fórmula:

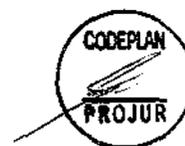
$$\text{Quantidade de Unidades de Reembolso Amil ("URA")} * x \\ \text{Valor da URA} ** x \text{ Fator Multiplicador de Reembolso}$$

(\*)Conforme indicado na Tabela de Reembolso para o procedimento realizado.

(\*\*)Vigente na data da realização do procedimento médico-hospitalar.

**10.2.5** – Com relação à Unidade de Reembolso AMIL (URA), vigoram as seguintes regras:

- (i) unidade de Reembolso AMIL (URA) corresponde a um coeficiente, expresso em moeda corrente nacional e definido no momento da contratação. O valor inicial da URA para consultas, exames e procedimentos (básicos e especiais) e honorários médicos de internação para o plano contratado está disposto no Quadro Resumo, e no site [amil.com.br](http://amil.com.br), na "área logada do cliente", ora **BENEFICIÁRIO**;
- (ii) o valor da URA poderá ser reajustado em periodicidade não inferior a 12 meses, de acordo com a variação do IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Ampliado), respeitando-se sempre o previsto na Consu nº 8, alterada pela Consu nº 15.



*[Handwritten signature]*  
*[Handwritten initials]*

**10.3** – Para solicitar o reembolso, o **BENEFICIÁRIO** deverá entregar à **CONTRATADA**, no prazo máximo de até 12 (doze) meses, contados da data do evento médico ou da alta hospitalar, recibo ou nota fiscal válida como recibo, contendo, no mínimo, as seguintes informações:

- (i) especificação da consulta, especificação e discriminação do atendimento ou do exame realizado e, em caso de honorários médicos durante a internação, também a especificação do tipo de atendimento prestado, vinculado ao laudo médico;
- (ii) nome do paciente;
- (iii) valor cobrado, assim com o valor de eventual desconto, quando concedido;
- (iv) assinatura do responsável pelo serviço ou assinatura e carimbo do médico, quando se tratar de consultas ou honorários médicos;
- (v) CPF e/ou CNPJ, CRM e ISS, quando cabível;
- (vi) endereço legível;
- (vii) data da realização do evento.

**10.3.1** – Caso seja exigida a apresentação de documentos específicos para coberturas contempladas em Anexo de Coberturas Adicionais, a relação completa dos documentos estará contida no respectivo Anexo.

**10.3.2** – Os recibos e/ou notas fiscais relativos a honorários médicos durante a internação deverão conter os dados do médico assistente e de cada um dos componentes de sua equipe, separadamente.

**10.3.3** – A **CONTRATADA** não aceitará o desmembramento de recibos para um mesmo evento.

**10.3.4** – Nos planos de Segmentação Assistencial Hospitalar indicados no Quadro Resumo que prevejam reembolso de despesas com custos hospitalares de internação, o valor dos recibos ou notas fiscais apresentados para reembolso será submetido a auditoria médica/técnica, podendo ser excluídas todas as despesas extraordinárias à internação, tais como o uso de telephone no quarto, consumo de frigobar, aluguel de filmes e toda e qualquer outra despesa definida como extraordinária pelo hospital.



Handwritten signatures and initials in the bottom right corner of the page.

**10.4** – Caso a documentação apresentada pelo **BENEFICIÁRIO** não contenha todos os dados indicados no item 10.3, a **CONTRATADA** poderá solicitar ao **BENEFICIÁRIO** o envio de documentação ou de informações complementares sobre o procedimento; a partir da apresentação desses novos documentos/informações complementares terá início a contagem de novo prazo para reembolso.

**10.4.1** – Somente serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao **BENEFICIÁRIO**.

**10.4.2** – A **CONTRATADA** poderá analisar todo e qualquer valor apresentado para fins de reembolso, comparando-os com os valores levantados para práticas idênticas ou similares

**10.5** – Uma vez entregue toda a documentação a que se refere esta cláusula, os valores aprovados para reembolso serão pagos ao **BENEFICIÁRIO** titular ou **BENEFICIÁRIO** dependente, maior de 18 (dezoito) anos, devidamente indicado pelo **BENEFICIÁRIO** titular, nos prazos máximos indicados no Quadro Resumo ou em Anexo de Coberturas Adicionais, a contar da data da aprovação do reembolso.

**10.5.1** – Para o pagamento do reembolso a que se refere este item, é indispensável a apresentação de documento de identidade e CPF/MF do **BENEFICIÁRIO**, em obediência às normas estabelecidas pela Secretaria da Receita Federal, do Ministério da Fazenda.

**10.6** – O valor de reembolso das despesas médicas provenientes do sistema de livre escolha não será inferior ao praticado diretamente na rede credenciada ou referenciada do local da prestação do serviço médico realizado.

**10.7** – O decurso do prazo de 12 (doze) meses acarretará a perda do direito ao reembolso.

## **11 | Cláusula Décima Primeira**

### **MECANISMOS DE REGULAÇÃO**

**11.1** – A **CONTRATADA** fornecerá a cada **BENEFICIÁRIO** um cartão de identificação que o habilitará ao uso dos serviços médico-hospitalares, sempre acompanhada de documento de identificação expedido pelos órgãos oficiais.

**11.1.1** – O cartão de identificação poderá ser emitido por meio digital.

**11.1.2** – A **CONTRATADA** poderá cobrar pelo fornecimento da segunda via do cartão de identificação.



Several handwritten signatures in black ink, some appearing to be initials or full names, located in the bottom right corner of the page.

**11.2** – Para disponibilização da cobertura, a **CONTRATADA** poderá fazer uso de ferramenta eletrônica vinculada a aplicativo para *smartphone* disponibilizado por ela, cujo objetivo está voltado à comprovação: (i) da solicitação de procedimento médico-hospitalar; (ii) da utilização dos serviços relacionados à cobertura; e (iii) da elegibilidade do **BENEFICIÁRIO** para realização dos atendimentos (consultas, exames e internações).

**11.3 – MECANISMOS DE REGULAÇÃO: CONSULTAS, EXAMES E INTERNAÇÃO.**

**11.3.1** – Para efeitos deste Contrato, as consultas podem ser classificadas entre as seguintes espécies:

- (i) consultas nas Unidades de Atenção Primária à Saúde;
- (ii) consultas em consultório médico;
- (iii) consultas em clínica ou centro médico;
- (iv) consultas de urgência/emergência em pronto-socorro hospitalar.

**11.3.2** – Quando da utilização dos serviços cobertos pelo presente Contrato, o **BENEFICIÁRIO** deverá apresentar ao estabelecimento ou profissional credenciado pela **CONTRATADA**, cartão de identificação fornecido pela **CONTRATADA** (em meio físico ou digital), documento de identidade com foto (nos termos da legislação que regulamenta o Cadastro Nacional de Registro de Identificação Civil), além da guia de procedimento (exame e/ou internação) devidamente autorizada pela **CONTRATADA**. Quando houver disponibilidade no local de atendimento, para efeito de identificação positiva do **BENEFICIÁRIO** será realizada a validação biométrica (facial, digital, etc).

**11.3.3** – Para planos, indicados no Quadro Resumo, sujeitos aos Programas Especiais de Atendimento e Direcionamento (“PEA”), os agendamentos para a realização de consultas, exames e procedimentos poderão ser realizados:

- (i) pela Equipe de Saúde, para a realização de consultas, exames e procedimentos solicitados pela própria Equipe, ainda que para realização fora das Unidades de Atenção Primária à Saúde; nessa ocasião, um Agente de Saúde da Unidade de Atenção Primária à Saúde dará ciência ao **BENEFICIÁRIO** da data agendada;
- (ii) pela Equipe de Saúde ou pelo próprio **BENEFICIÁRIO** para a realização de consultas, exames e procedimentos solicitados por profissionais que não façam parte da Equipe de Saúde; nestes casos, a data e a hora da consulta serão determinados por iniciativa do **BENEFICIÁRIO**, de acordo com a agenda do profissional de saúde escolhido por este e nos limites do produto contratado.



*[Handwritten signature]*

**11.3.4** – Para planos, indicados no Quadro Resumo, que não estejam sujeitos aos Programas Especiais de Atendimento e Direcionamento (“PEA”), os agendamentos para a realização de consultas, exames e procedimentos serão determinados por iniciativa do **BENEFICIÁRIO**, de acordo com a agenda do médico escolhido pelo **BENEFICIÁRIO**, nos limites do plano contratado.

**11.3.5** – Para efeitos deste Contrato, as consultas podem ser classificadas entre as seguintes espécies:

- (i) consultas nas Unidades de Atenção Primária à Saúde;
- (ii) consultas em consultório médico;
- (iii) consultas em clínica ou centro médico;
- (iv) consultas de urgência/emergência em pronto-socorro hospitalar.

**11.3.6** – Para exames e procedimentos que exijam autorização prévia, os procedimentos a serem adotados serão os seguintes:

- (i) quando o pedido médico for emitido pelos profissionais da Equipe de Saúde nos planos, indicados no Quadro Resumo, sujeitos aos **Programas Especiais de Atendimento e Direcionamento (“PEA”)**, a solicitação de autorização prévia será encaminhada pela Equipe de Saúde e o Agente de Saúde dará ciência ao **BENEFICIÁRIO** quanto à disponibilidade para realizar o exame/procedimento;
- (ii) quando o pedido médico for emitido por profissional não integrante da Equipe de Saúde, mas integrante da rede de prestadores credenciados da **CONTRATADA**, este deverá realizar a **NOTIFICAÇÃO** no site da **CONTRATADA**. Caso esta solicitação seja comunicada à Equipe de Saúde e houver concordância desta sobre a necessidade do exame e/ou procedimento solicitado, a própria Equipe de Saúde fará a **NOTIFICAÇÃO** no site da **CONTRATADA**;
- (iii) quando o pedido médico for emitido por profissional não integrante da rede de prestadores credenciados da **CONTRATADA**, o prestador Solicitante deverá promover, de forma subsidiária, o registro desta.



lin  
10

**11.4 – MECANISMOS DE REGULAÇÃO: INTERNAÇÕES HOSPITALARES E PROCEDIMENTOS REALIZADOS SOB INTERNAÇÃO.**

**11.4.1** – A **CONTRATADA** cobrirá os custos médico-hospitalares através:  
(i) de pagamento direto ao prestador da rede credenciada específica do Plano, caso o atendimento esteja contemplado pelas coberturas deste Contrato;  
ou (ii) do reembolso de despesas médico-hospitalares, caso o Plano indicado no Quadro Resumo preveja essa modalidade.

**11.4.2** – Todas as solicitações de internação eletiva e de exames que necessitem da autorização da **CONTRATADA** deverão ser feitas em formulário específico, oferecido por esta ou, quando não credenciado, em receituário com dados do **BENEFICIÁRIO**, descrição dos exames e sua indicação clínica.

**11.4.3** – A cobertura de transplantes, bem como de despesas com procedimentos a eles vinculados, somente será autorizada dentro da rede credenciada para a realização de transplante de órgãos, nos termos do previsto na cláusula que trata de internações hospitalares.

**11.4.4** – A cobertura para próteses e órteses ligadas aos atos cirúrgicos, exige a observação das seguintes regras:

- (i) caso seja solicitado, o profissional requisitante deve apresentar justificativa clínica para a indicação de prótese/órtese, fornecendo, no mínimo, 3 (três) marcas de produtos – de fabricantes diferentes, quando disponíveis – dentre aquelas regularizadas pela Anvisa e 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 e as despesas serão pagas pela **CONTRATADA**. Não havendo acordo entre as Partes, aplicar-se-á o critério descrito na cláusula relacionada à divergência médica.

**11.4.5** – Se a documentação apresentada pelo **BENEFICIÁRIO** não permitir uma análise conclusiva para a liberação da Guia de Cobertura de Internação Eletiva, a **CONTRATADA** poderá solicitar à **CONTRATANTE** ou ao médico assistente o envio de documentação ou informações complementares sobre o procedimento médico a ser executado.



*[Handwritten signatures]*

**11.4.6** – O prazo de internação inicialmente fixado pela **CONTRATADA** constará da guia expedida e corresponderá à média de dias utilizados para casos idênticos, para fins de controle.

- (i) Caso seja necessário prorrogar o prazo de internação previamente autorizado, o médico assistente/hospital deverá apresentar à **CONTRATADA** as razões de prorrogação para avaliação da correspondente cobertura;
- (ii) 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.

**11.4.7** – Quando da utilização dos serviços cobertos pelo presente contrato, o **BENEFICIÁRIO** deverá apresentar à Equipe de Saúde/ao estabelecimento credenciado cartão de identificação fornecido pela **CONTRATADA** (ou identificação biométrica) e, se o caso, eventual código fornecido pela **CONTRATADA** decorrente da utilização de ferramenta eletrônica vinculada a aplicativo para *smartphone*, além do documento de identidade do **BENEFICIÁRIO** e a guia de procedimento emitida pela **CONTRATADA**.

**11.4.7.1** – Além dos documentos consignados acima, em caso de internação hospitalar, ressalvados os casos de urgência e emergência, o **BENEFICIÁRIO** deverá apresentar guia de internação ou de encaminhamento, conforme o caso, devidamente emitida e autorizada pela **CONTRATADA**.

**11.4.8** – Em caso de internações hospitalar com caráter de urgência e/ou emergência, o **BENEFICIÁRIO** ou seu responsável comunicará à Central de Atendimento da **CONTRATADA**, no prazo máximo de 2 (dois) dias úteis, as razões da internação, encaminhando também a declaração do médico assistente para apreciação, de acordo com o que estabelece o presente Contrato.

**11.4.9** – A internações eletivas ou programadas somente terão cobertura quando autorizadas previamente pela **CONTRATADA**, nos termos da RN 259/11 ou da norma que eventualmente a substitua.



*[Handwritten signature]*

**11.4.10** – Se o **BENEFICIÁRIO** necessitar de atendimento dentro da área de abrangência específica do Contrato, porém em locais nos quais a **CONTRATADA** não possui estabelecimentos de saúde e/ou profissionais contratados ou credenciados na região de abrangência relacionados na rede credenciada específica de cada plano contratado, e caso esse **BENEFICIÁRIO** não deseje fazer uso de reembolso nos limites da Tabela de Reembolso, a **CONTRATADA** deverá indicar ao **BENEFICIÁRIO** outros estabelecimentos ou profissionais credenciados, em localidade mais próxima possível.

**11.4.11** – A **CONTRATADA** disponibilizará para a consulta dos **BENEFICIÁRIOS** a rede de atendimento do plano indicado no Quadro Resumo. Esta disponibilização poderá ocorrer por meio impresso, caso solicitado pelo **BENEFICIÁRIO**. As orientações quanto a eventuais dúvidas na cobertura de atendimento médico-hospitalar podem ser obtidos pelo teleatendimento, ou pelo site [amil.com.br](http://amil.com.br).

**11.4.12** – As despesas extraordinárias, assim entendidas aquelas que não estão previstas no Contrato ou não estão relacionadas a alguma cobertura como, por exemplo: 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** e não são passíveis de reembolso pela **CONTRATADA**.

#### **11.5 – MECANISMOS DE REGULAÇÃO: GERENCIAMENTO DE AÇÕES DE SAÚDE.**

**11.5.1** – Nos planos que estiverem indicados no Quadro Resumo como sujeitos aos Programas Especiais de Atendimento e Direcionamento (“PEA”), as condições médicas indicadas abaixo somente terão cobertura para o atendimento: (i) pela rede credenciada selecionada que seja participante dos PEA; e (ii) após prévio atendimento pela unidade de Atenção Primária à Saúde, cuja relação integra a rede credenciada específica do Plano e está à disposição no site da **CONTRATADA**:

- (i) cirurgias cardiovasculares;
- (ii) cirurgias da coluna vertebral;
- (iii) cirurgias ortopédicas – próteses de substituição de quadril, ombro, joelho, cotovelo;
- (iv) embolização vascular cerebral;
- (v) implante de marca-passo ou desfibrilador cardíaco;



*[Handwritten signature]*  
*[Handwritten initials]*

- (vi) transplantes de córnea, medula e rim;
- (vii) tratamento cirúrgico da obesidade mórbida e seus tratamentos acessórios e/ou subsequentes;
- (viii) consultas e exames na especialidade oftalmologia;
- (ix) tratamento cirúrgico da refração;
- (x) consultas e exames de oncologia;
- (xi) tratamento de quimioterapia e radioterapia;
- (xii) terapia renal substitutiva.

**11.6 – MECANISMOS DE REGULAÇÃO: ALTERAÇÕES NA REDE CREDENCIADA.**

**11.6.1** – A relação completa dos prestadores que compõem a rede credenciada da **CONTRATADA** pode ser obtida no site [amil.com.br](http://amil.com.br).

**11.6.2** – A **CONTRATADA** poderá realizar alterações na rede credenciada, para mais ou para menos, nos termos da legislação vigente; quando houver alteração na rede hospitalar, a **CONTRATADA** observará o disposto na lei e na regulamentação específica que estiver vigente, e informará à **CONTRATANTE**, previamente, os casos de substituição de rede hospitalar.

**11.6.3** – A **CONTRATADA** poderá, ainda, caso autorizado pela ANS, redimensionar sua rede hospitalar, reduzindo a quantidade de hospitais credenciados, por meio do descredenciamento, ocasião em que será observado o seguinte:

- (i) caso ocorra descredenciamento de prestador, os **BENEFICIÁRIOS** em tratamento terão direito de prosseguir o tratamento com qualquer outro profissional ou estabelecimento integrante da rede credenciada da **CONTRATADA** e de acordo com o Plano, sem que a **CONTRATADA** tenha obrigação de efetuar qualquer indenização pela substituição de cobertura havida;
- (ii) caso o descredenciamento de estabelecimento hospitalar ocorra durante a internação de qualquer **BENEFICIÁRIO**, estes permanecerão internados até a regular alta hospitalar, sendo as despesas até a alta hospitalar custeadas pela **CONTRATADA**;



*[Handwritten signatures and initials]*

- (iii) caso o credenciamento/substituição/exclusão de estabelecimento hospitalar ocorra por infração a normas sanitárias em vigor durante período de internação, a **CONTRATADA** fará a remoção deste **BENEFICIÁRIO** hospitalizado para outro estabelecimento equivalente, conforme previsto na regulamentação específica vigente, sem qualquer ônus adicional para o **BENEFICIÁRIO**.

#### **11.7 – MECANISMOS DE REGULAÇÃO: DIVERGÊNCIA MÉDICA.**

**11.7.1** – As divergências de natureza médica sobre solicitações de cobertura de exames, procedimentos especiais de diagnóstico e tratamento e internações serão dirimidas por Junta Médica ou Odontológica constituída por três membros, sendo um deles nomeado pelo **BENEFICIÁRIO**, outro pela **CONTRATADA** e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

**11.7.2** – Para instauração da Junta Médica ou Odontológica, a **CONTRATADA** deverá notificar, simultaneamente, o profissional assistente e o **BENEFICIÁRIO** ou seu representante legal, por meio de notificação por escrito, na qual serão indicados quatro profissionais aptos a compor a Junta, e, ainda, assinalado um prazo para resposta. Caso o profissional assistente se recuse expressamente a escolher ou deixe de exercer a opção no prazo indicado, a escolha de um dos quatro nomes para compor a Junta Médica ou Odontológica caberá à **CONTRATADA**.

**11.7.3** – É facultado à **CONTRATADA** firmar acordos com conselhos profissionais para atuarem como desempatadores em juntas médicas ou odontológicas, hipótese que exclui a indicação prevista no item supra.

**11.7.4** – Cada uma das partes pagará os honorários e as despesas do médico que nomear, quando este não pertencer à rede credenciada, sendo que os honorários do profissional desempatador serão pagos pela **CONTRATADA**, conforme previsto na legislação vigente.

#### **11.8 – MECANISMOS DE REGULAÇÃO: COPARTICIPAÇÃO e FRANQUIA**

**11.8.1** – As regras de coparticipação e/ou franquia para consultas, exames e demais procedimentos, para aqueles planos, indicados no Quadro Resumo, que prevêem essa modalidade, seguirão o disposto nesta Cláusula; quanto aos valores e percentuais, seguir-se-á o disposto no Quadro Resumo.

**11.8.2** – O percentual de coparticipação e/ou franquia referente à realização de procedimentos psiquiátricos está disposto na cláusula que trata das Coberturas e Procedimentos Garantidos.



*[Handwritten signature]*

**11.8.3** – Quando a coparticipação estiver indicada em percentuais, para a determinação do valor final devido deverá ser utilizada a seguinte fórmula de cálculo:

$$\frac{\text{Percentual indicado na Tabela de Coparticipação}}{\text{Valor Unitário do Procedimento custeado pela CONTRATADA(*)}}$$

(\*)Este valor pode variar em função do prestador escolhido pelo **BENEFICIÁRIO**.

**11.8.4** – Além disso, o valor da coparticipação a ser paga pelo **BENEFICIÁRIO** está sujeito ao **LIMITE MÁXIMO DE COBRANÇA POR ITEM**, e também ao **LIMITE MÁXIMO DE COBRANÇA POR MÊS**, conforme definido na Tabela de Coparticipação disponível no Quadro Resumo, nos planos que prevejam essa modalidade. Os valores de coparticipação sujeitos a **LIMITE MÁXIMO DE COBRANÇA POR ITEM** e a **LIMITE MÁXIMO DE COBRANÇA POR MÊS** não serão cumulativos em relação ao mês subsequente.

**11.8.5** – A atualização dos **LIMITES MÁXIMOS DE COBRANÇA POR ITEM**, dos **LIMITES MÁXIMOS DE COBRANÇA POR MÊS** ou de eventuais valores fixos – na hipótese de a Tabela de Coparticipação estabelecê-los para determinados procedimentos – ocorrerá na data do aniversário do Contrato, de acordo com a variação média dos custos unitários dos procedimentos cobertos por este instrumento, em conformidade com os limites previstos na Consu nº 8 e regulamentação vigente acerca do tema.

**11.8.6** – O índice de atualização dos **LIMITES MÁXIMOS DE COBRANÇA** e também de eventuais valores fixos poderá variar de acordo com o grupo de benefícios em que se enquadra o procedimento.

## **12 | Cláusula Décima Segunda**

### **FORMAÇÃO DE PREÇO E CONTRAPRESTAÇÃO**

**12.1** – Este contrato tem formação de preço preestabelecida baseia-se nas declarações da **CONTRATANTE** e também nas informações constantes no Estudo de Cobertura de Risco (ECR) vinculado ao perfil populacional apresentado pela **CONTRATANTE**, sendo o pagamento do valor da contraprestação pecuniária realizado antes da utilização das coberturas contratadas.



*[Handwritten signature]*  
*[Handwritten initials]*

**12.2 – A CONTRATANTE obriga-se a pagar à CONTRATADA o valor da contraprestação pecuniária correspondente à população – totalidade de BENEFICIÁRIOS, em cada uma das faixas etárias – incluída e aceita na movimentação cadastral; o valor da contraprestação foi estipulado na data da celebração do Contrato e corresponde ao número de BENEFICIÁRIOS indicados no Estudo de Cobertura de Risco (ECR) anexo ao presente Contrato.**

**12.2.1 – Não haverá distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária devida pela CONTRATANTE para os BENEFICIÁRIOS que vierem a ser incluídos no Contrato e aqueles já vinculados a este.**

**12.3 – É obrigação da CONTRATANTE pagar as contraprestações pecuniárias de acordo com o estabelecido pela CONTRATADA quanto ao local, à forma e à data do pagamento, calculadas de acordo com o número de BENEFICIÁRIOS inscritos no plano escolhido.**

**12.3.1 – Os pagamentos deverão ser feitos até a data do vencimento ou no primeiro dia útil subsequente quando o vencimento ocorrer em feriado ou dia em que não haja expediente bancário, reconhecendo-se como comprovante de pagamento o boleto bancário quitado ou outro instrumento de cobrança quitado determinado pela CONTRATADA.**

**12.3.2 – Havendo divergência em relação à quantidade de BENEFICIÁRIOS incluídos em cada Plano ou do Grupo de BENEFICIÁRIOS de forma global, constatada após a emissão da fatura, os acertos referentes a essas divergências serão realizados no faturamento imediatamente subsequente e não constituem justificativa para eventual atraso no pagamento da respectiva fatura.**

**12.3.3 – Os impostos e demais encargos que venham a incidir sobre a contraprestação pecuniária serão da responsabilidade da CONTRATANTE.**

**12.4 – Caso a CONTRATANTE não receba sua fatura ou outro instrumento de cobrança até 5 (cinco) dias úteis antes do vencimento, deverá comunicar tal fato à CONTRATADA, sendo certo que o não recebimento da fatura ou do instrumento de cobrança não desobriga a CONTRATANTE de efetuar o pagamento no prazo de vencimento.**

**12.4.1 – A atualização de dados cadastrais em caso de alteração de endereço é de inteira responsabilidade da CONTRATANTE, a qual está ciente de que as comunicações entre ela e a CONTRATADA serão realizadas por via postal e serão consideradas válidas se forem encaminhadas ao endereço informado.**



*Handwritten signature and initials.*

12.5 - Em casos de atraso no pagamento das contraprestações pecuniárias pela **CONTRATANTE** ou pelos **BENEFICIÁRIOS** definidos nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98, a regularização se fará por meio de cobrança de multa de 2% (dois por cento) e juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, sem prejuízo da atualização monetária da contraprestação apurada pelo IGP-M/FGV (Índice Geral de Preços da Fundação Getúlio Vargas) ou pelo índice que vier a substituí-lo, além da possibilidade de responder a **CONTRATANTE** por eventuais encargos e penalidades impostos à **CONTRATADA** pelo atraso no pagamento devido à rede credenciada.

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

12.7 - O pagamento da contraprestação pecuniária referente a determinado mês não significa estarem pagos ou quitados débitos anteriores.

12.8 - Nenhum pagamento será reconhecido como feito à **CONTRATADA** se a **CONTRATANTE** não possuir comprovantes devidamente autenticados por instituição financeira.

12.9 - Garante-se à **CONTRATADA** o uso dos recursos legais necessários para cobrança das contraprestações pecuniárias em atraso, incluindo a inscrição da **CONTRATANTE** nos cadastros de inadimplentes mantidos por instituições de proteção ao crédito.

## 13 | Cláusula Décima Terceira

### REAJUSTES

#### I. REAJUSTE ANUAL

13.1 - Considera-se reajuste qualquer variação positiva na contraprestação pecuniária, inclusive aquela decorrente de revisão ou reequilíbrio econômico-actuarial do Contrato.

13.2 - A contraprestação pecuniária será reajustada anualmente, no aniversário do Contrato ou na periodicidade determinada pela legislação vigente, independentemente da data de inclusão dos **BENEFICIÁRIOS** ao Contrato.

13.3 - Será considerado como data-base de aniversário do Contrato o mês de início de sua vigência, sendo vedada a aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano. Os reajustes subsequentes ocorrerão anualmente respeitando-se a mesma lógica de apuração (variação percentual dos 12 últimos meses).



**13.4** – O reajuste anual será composto pelo Índice Financeiro descrito no item 13.5 e, caso os Custos Médicos ultrapassem 70% da receita obtida pelo pagamento das contraprestações (índice de sinistralidade do Contrato), será incorporado a este reajuste também o Índice Técnico descrito no item 13.6, com o objetivo de equilibrar a relação contratual.

**13.5** – O Índice Financeiro corresponderá à Variação dos Custos Médicos e Hospitalares (VCMH) dos planos coletivos empresariais com no mínimo 100 (cem) **BENEFICIÁRIOS** que fazem parte da carteira de clientes da **CONTRATADA**. Também incluirá a estimativa do impacto da incorporação de novos procedimentos e eventos previstos no Rol.

**13.6** – O Índice Técnico é calculado com base no nível de sinistralidade do Contrato, que corresponde à relação entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do Contrato, apuradas conforme descrito abaixo:

**13.6.1** – O Índice Técnico da primeira reavaliação será apurado expurgando-se as despesas assistenciais e as receitas diretas dos dois primeiros meses. Nas reavaliações subsequentes, o Índice Técnico será apurado considerando os 12 (doze) meses seguintes ao último período avaliado.

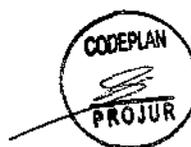
**13.7** – O contrato será considerado integrante do agrupamento para fins de reajuste previsto na RN 309 da Agência Nacional de Saúde Suplementar se, na data de seu início de vigência, possuir quantidade inferior a 30 (trinta) **BENEFICIÁRIOS**. A cada ano, na data de aniversário do contrato, se apurará a quantidade de **BENEFICIÁRIOS**, para determinar se no reajuste do ano subsequente o contrato será mantido ou excluído do agrupamento.

**13.8** – Quando integrante do agrupamento para fins de reajuste previsto na RN 309 (quantidade inferior a 30 (trinta) **BENEFICIÁRIOS**) a este contrato será aplicado o índice de reajuste conforme descrito na subcláusula abaixo.

**13.8.1** – O índice financeiro corresponderá à Variação dos Custos Médicos e Hospitalares (VCMH) da carteira de planos empresariais com menos de 30 (trinta) **BENEFICIÁRIOS**. Também incluirá a estimativa do impacto da incorporação de novos procedimentos e eventos previstos no rol.

**13.9** – O contrato perderá a condição de integrante do agrupamento caso possua 30 (trinta) **BENEFICIÁRIOS** ou mais na sua próxima data de aniversário, ocasião em que o reajuste será aplicado na forma do item 13.4 e subitens.

**13.10** – As disposições referentes ao reajuste anual não afetam ou excluem o reajuste por faixa etária, que seguirá o disposto em seção própria.



*[Handwritten signature]*  
*[Handwritten initials]*

**13.11** – Os valores referentes à coparticipação e franquia sofrerão reajuste nos termos de sessão própria da cláusula que trata dos Mecanismos de Regulação.

## **II. REAJUSTE POR FAIXA ETÁRIA**

**13.12** – Havendo a previsão de reajuste por alteração de faixa etária de qualquer **BENEFICIÁRIO** inscrito no presente Contrato, a contraprestação pecuniária será reajustada no mês subsequente ao da alteração, observando-se os percentuais previstos na tabela abaixo; estes percentuais serão aplicados ao valor da última contraprestação pecuniária, observadas as seguintes condições:

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

<b>FAIXA ETÁRIA</b>	<b>AUMENTO</b>
00 a 18 anos	0%
19 a 23 anos	25% ao completar 19 anos
24 a 28 anos	25% ao completar 24 anos
29 a 33 anos	10% ao completar 29 anos
34 a 38 anos	5% ao completar 34 anos
39 a 43 anos	10% ao completar 39 anos
44 a 48 anos	25% ao completar 44 anos
49 a 53 anos	10% ao completar 49 anos
54 a 58 anos	25% ao completar 54 anos
59 ou mais	75% ao completar 59 anos



*[Handwritten signature]*  
10/11

14 | Cláusula Décima Quarta

REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANO COLETIVO

14.1 – O BENEFICIÁRIO titular demitido ou exonerado sem justa causa terá o direito de manter-se no contrato, com as mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, em caso de rescisão ou exoneração sem justa causa, desde que: (i) tenha optado pela manutenção do plano de saúde; (ii) tenha contribuído para o plano contratado em decorrência de vínculo empregatício; e que (iii) assuma, junto à CONTRATADA, o pagamento integral das contraprestações pecuniárias, observadas as exigências da legislação vigente acerca do tema.

14.1.1 – O período de manutenção da condição de BENEFICIÁRIO no plano será de um terço do tempo de contribuição para o plano, assegurando-se um período mínimo de 6 (seis) e máximo de 24 (vinte e quatro) meses.

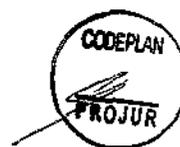
14.2 – O BENEFICIÁRIO titular aposentado terá direito de manter esta condição com as mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho em caso de aposentadoria, desde que: (i) tenha optado pela manutenção do seu plano de saúde; (ii) tenha contribuído para o plano contratado pelo prazo mínimo de 10 (dez) anos, em decorrência do vínculo empregatício; e que (iii) assuma, junto à CONTRATADA, o pagamento integral das contraprestações pecuniárias, observadas as exigências da legislação vigente acerca do tema.

14.2.1 – Caso o tempo de contribuição do BENEFICIÁRIO para o plano seja inferior a 10 (dez) anos, o direito à manutenção no plano é garantido à razão de um ano para cada ano de contribuição.

14.3 – O direito à manutenção no plano de saúde de que trata este item extinguir-se-á nas hipóteses previstas na Seção que trata da Extinção do Direito assegurado nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998, nesta cláusula.

I. OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

14.4 – A CONTRATANTE obriga-se a dar ciência da existência do direito descrito nesta Cláusula a seus ex-empregados demitidos sem justa causa ou aposentados, informando-os quanto às condições de permanência e prazos-limite previstos na legislação específica e neste Contrato.



Handwritten signature and initials.

**14.5** – No ato da comunicação do aviso prévio, a ser cumprido ou indenizado, ou da comunicação da aposentadoria, a **CONTRATANTE** dará ao ex-empregado a opção pela manutenção de sua condição de **BENEFICIÁRIO** titular.

**14.5.1** – O ex-empregado deverá responder à comunicação da **CONTRATANTE**, informando se aceita ou recusa a oferta, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, cabendo à **CONTRATANTE** entregar à **CONTRATADA** cópia da manifestação expressa firmada pelo ex-empregado.

**14.5.2** – Caso responda positivamente à comunicação, a **CONTRATANTE** deverá inseri-lo em plano, de acordo com a legislação vigente.

**14.5.3** – Por ocasião da dispensa ou da aposentadoria, a **CONTRATANTE** obriga-se a declarar expressamente e a comprovar os valores de contribuição/participação financeira, total ou parcial, dos ex-empregados demitidos sem justa causa ou aposentados para o/no valor da contraprestação pecuniária do plano.

**14.6** – A **CONTRATANTE** obriga-se a apresentar aos **BENEFICIÁRIOS**, a qualquer tempo e quando da opção mencionada pelos itens anteriores, acima, a tabela, de preços por faixa etária vigente na data da opção, conforme atualizações realizadas pela **CONTRATADA**.

**14.6.1** – As regras para o estabelecimento de preços por faixa etária serão disponibilizadas pela **CONTRATADA** em consonância com a legislação vigente.

## **II. CONTRIBUIÇÃO/PARTICIPAÇÃO FINANCEIRA**

**14.7** – Entende-se por contribuição/participação financeira todo o valor pago pelo **BENEFICIÁRIO** titular, inclusive com desconto em folha de pagamento, para custear parte ou a integralidade da contraprestação pecuniária do plano de saúde, assim como o pagamento de qualquer valor fixo assumido pelo **BENEFICIÁRIO** que foi incluído em outro plano oferecido por seu empregador, em substituição ao originalmente disponibilizado sem sua participação.

**14.7.1** – Não estão contemplados no conceito de contribuição/participação financeira os valores relacionados: (i) aos dependentes e agregados; e (ii) à coparticipação devida pelo **BENEFICIÁRIO** como fator moderador em razão de procedimentos e/ou de utilização da assistência objeto deste Contrato, nos casos que preveem essa modalidade.



A handwritten signature in black ink, located in the bottom right corner of the page.

14.7.2 - O **BENEFICIÁRIO** titular que não tenha efetuado o pagamento de contribuição/participação financeira para o plano durante o período em que manteve o vínculo empregatício com a **CONTRATANTE** não terá direito a permanecer no plano.

14.8 - Ainda que o pagamento da contribuição não esteja ocorrendo no momento da demissão sem justa causa, exoneração ou aposentadoria, ao ex-empregado são assegurados os direitos previstos nesta Cláusula, na proporção de sua efetiva contribuição.

### III. EXTENSÃO AO GRUPO FAMILIAR

14.9 - O direito do ex-empregado de ser mantido no plano na condição de **BENEFICIÁRIO** estende-se ao grupo familiar inscrito quando da vigência do contrato de trabalho, ressalvado o direito do **BENEFICIÁRIO** de ser mantido individualmente ou de solicitar a manutenção de apenas parte de seu grupo familiar.

14.10 - Falecendo o **BENEFICIÁRIO** titular e desde que o Contrato esteja vigente, aos **BENEFICIÁRIOS** dependentes é assegurado o direito de permanecer cobertos pelo plano, nos termos do disposto neste instrumento.

### IV. MANUTENÇÃO DA CONDIÇÃO DE BENEFICIÁRIO

14.11 - As contraprestações devidas à **CONTRATADA**, assim como os valores relativos à coparticipação, nos planos que preveem essa modalidade, serão pagas diretamente pelos **BENEFICIÁRIOS** titulares, até a data do vencimento e nos locais indicados pela **CONTRATADA**, acrescidas dos valores próprios à administração e cobrança individualizada.

14.12 - A manutenção do ex-empregado na condição de **BENEFICIÁRIO**, no mesmo plano em que se encontrava quando vigente a relação de emprego observará as mesmas cláusulas referentes a reajuste, preço, faixa etária e fator moderador existente durante a vigência do contrato de trabalho.

14.12.1 - O direito assegurado ao **BENEFICIÁRIO** não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

14.12.2 - O valor da contraprestação pecuniária a ser paga pelo ex-empregado demitido sem justa causa ou aposentado deverá corresponder ao valor integral estabelecido, com as devidas atualizações, e o valor da contraprestação deverá corresponder ao valor integral indicado na tabela de custos por faixa etária para **BENEFICIÁRIOS** ativos.



*[Handwritten signature]*  
*[Handwritten signature]*

**14.13** – Ao empregado aposentado que continua trabalhando na empresa **CONTRATANTE** e vem a se desligar dela é garantido o direito de manter sua condição de **BENEFICIÁRIO** na condição de aposentado.

**14.14** – O **BENEFICIÁRIO** que estiver inadimplente por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, será excluído do contrato, sem prejuízo da obrigação de pagar os valores em atraso e/ou as despesas porventura realizadas durante o período de inadimplência.

#### **V. PORTABILIDADE ESPECIAL**

**14.15** – Durante o período de manutenção da condição de **BENEFICIÁRIO** de que trata esta Cláusula, o **BENEFICIÁRIO** poderá exercer a portabilidade especial de carências para plano de saúde individual, familiar ou coletivo por adesão administrado por outra operadora de plano de saúde, na forma e nas especificidades previstas na Resolução nº 279 da ANS.

#### **VI. EXTINÇÃO DO DIREITO ASSEGURADO NOS ARTIGOS 30 E 31 DA LEI Nº 9.656, DE 1998**

**14.16** – O ex-empregado terá seu direito de manutenção extinto se ocorrer qualquer das hipóteses abaixo:

- (i) decurso dos prazos de manutenção, conforme previsto nos artigos 4º e 5º, parágrafos únicos da Resolução Normativa nº 279/2011;
- (ii) admissão em novo emprego; ou
- (iii) cancelamento do contrato coletivo empresarial ao qual se encontra vinculado.

#### **VII. COMUNICAÇÃO DE EXCLUSÃO DO BENEFICIÁRIO**

**14.17** – Para requerer a efetiva exclusão do **BENEFICIÁRIO** do plano privado de assistência à saúde, a **CONTRATANTE** obriga-se a fornecer à **CONTRATADA** as seguintes informações, acompanhadas dos documentos originais comprobatórios, caso solicitado pela **CONTRATADA**, a qualquer tempo:

- (i) se o **BENEFICIÁRIO** foi excluído por demissão sem justa causa ou aposentadoria;
- (ii) se o **BENEFICIÁRIO** aposentado continua vinculado à **CONTRATADA** por relação de emprego, conforme disposto no artigo 22 da RN nº 279/2011;
- (iii) se o **BENEFICIÁRIO** contribuía para o pagamento do plano privado de assistência à saúde;



*[Handwritten signature]*

- (iv) por quanto tempo o **BENEFICIÁRIO** contribuiu para o pagamento do plano privado de assistência à saúde;
- (v) se o **BENEFICIÁRIO** optou pela manutenção como **BENEFICIÁRIO** ou se recusou a manter essa condição.

**14.18** – A exclusão apenas será aceita pela **CONTRATADA** mediante a comprovação inequívoca, pela **CONTRATANTE**, de que foi dada ao **BENEFICIÁRIO** a opção de manutenção da condição de **BENEFICIÁRIO** da qual gozava quando da vigência do contrato de trabalho.

**14.18.1** – Enquanto a documentação mencionada nos itens anteriores não tiver sido entregue à **CONTRATADA**, a **CONTRATANTE** continuará responsável pelo pagamento integral da contraprestação referente ao respectivo **BENEFICIÁRIO**.

## **15 | Cláusula Décima Quinta**

### **CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO**

**15.1** – A suspensão ou exclusão de **BENEFICIÁRIOS** somente poderá ser realizada mediante pedido por escrito da **CONTRATANTE**, durante o período da movimentação cadastral indicado no Quadro Resumo.

**15.2** – A **CONTRATANTE** obriga-se coletar o cartão de identificação destinado ao uso do sistema por parte do **BENEFICIÁRIO(s)** excluído(s) e a devolver tal documento à **CONTRATADA**, assegurando-se a esta última o direito de cobrar todos os valores correspondentes a eventual uso indevido desse documento para fins de coberturas de assistências constantes do presente Contrato.

**15.3** – A **CONTRATADA** poderá, ainda, excluir ou suspender o plano do **BENEFICIÁRIO**, independentemente da vigência contratual e sem a necessidade de anuência da **CONTRATANTE** nos seguintes casos:

- (i) perda dos vínculos do **BENEFICIÁRIO** titular com a pessoa jurídica **CONTRATANTE**;
- (ii) perda dos vínculos de dependência no caso de **BENEFICIÁRIO** dependente;
- (iii) fornecimento, pela **CONTRATANTE**, de informações incompletas e/ou inverídicas ou omissão de informações a respeito da população incluída no presente Contrato;



*[Handwritten signature]*

- (iv) prática, pela **CONTRATANTE** ou por **BENEFICIÁRIO**, de infrações com o objetivo de obtenção de vantagem ilícita, para si ou para outrem;
- (v) prática, pelo **BENEFICIÁRIO**, de fraude referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da contratação ou adesão ao plano, situação apurada mediante procedimento administrativo específico, bem como de quaisquer omissão, falsidade, inexatidão ou erro nas declarações constantes da proposta contratual para contratação coletiva.

**15.4 –** As exclusões cadastrais implicarão perda imediata do direito à cobertura do atendimento.

**15.5 –** Independentemente das consequências e responsabilidades legais, nos casos comprovados de fraude, os **BENEFICIÁRIOS** perderão quaisquer direitos e/ou benefícios previstos neste Contrato e não farão jus à devolução de qualquer quantia paga.

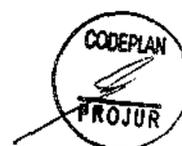
**15.6 –** A **CONTRATANTE** deverá comunicar a extinção do Contrato aos **BENEFICIÁRIOS**, informando-os ainda, caso não haja portabilidade para outra operadora, quanto ao direito de contratar plano individual, com aproveitamento das carências já cumpridas, desde que: (i) a opção ocorra no período de até 30 (trinta) dias contados da data da rescisão ou do desligamento do **BENEFICIÁRIO**; e (ii) a **CONTRATADA** possua em comercialização, a época, plano na referida modalidade de contratação.

#### **Cancelamento pelo BENEFICIÁRIO titular**

**15.7 –** O **BENEFICIÁRIO** titular poderá, a qualquer tempo, solicitar ser excluído do Contrato, bem como solicitar a exclusão de qualquer de seus dependentes, nos termos dispostos neste item, sem prejuízo do cumprimento das obrigações assumidas pela **CONTRATANTE** no Contrato.

**15.7.1 –** O pedido de exclusão deverá ser apresentado à **CONTRATANTE**, que providenciará o respectivo processamento por meio do sítio eletrônico da **CONTRATADA**, em até 30 (trinta) dias do recebimento do pedido.

**15.7.2 –** Processado o pedido pela **CONTRATANTE**, ele terá efeito imediato, sendo considerando esse, para todos os efeitos, o momento de exclusão do **BENEFICIÁRIO** pela **CONTRATANTE**



*bir*  
*[Handwritten signature]*  
*10/10*

15.7.3 – Caso o prazo previsto no item anterior não seja cumprido, poderá o **BENEFICIÁRIO** titular apresentar novo pedido, desta vez diretamente à **CONTRATADA**, o qual deverá ser instruído com cópia do pedido originalmente apresentado à **CONTRATANTE** (e-mail ou carta protocolada), e será processado com efeito imediato, a partir da data do seu recebimento pela **CONTRATADA**.

## 16 | Cláusula Décima Sexta

### RESCISÃO/SUSPENSÃO

#### I. SUSPENSÃO DO CONTRATO

16.1 – Se a **CONTRATANTE** atrasar o pagamento da contraprestação por período superior a 10 (dez) dias, suspender-se-á, para todos os **BENEFICIÁRIOS**, a prestação de serviços e demais benefícios contratuais.

#### II. RESCISÃO

16.2 – O presente Contrato poderá ser extinto:

16.2.1 – Automaticamente, caso o número de **BENEFICIÁRIOS** inscritos se torne inferior a 2 (dois), ainda que não tenham sido completados 12 (doze) meses de vigência; nessa hipótese, será facultado aos **BENEFICIÁRIOS** celebrar contratos individuais, nas bases e condições próprias dos produtos em comercialização pela **CONTRATADA**, inclusive com relação a preço.

16.2.1.1 – A hipótese de rescisão automática do Contrato por ausência da quantidade mínima de **BENEFICIÁRIOS** a que der causa a **CONTRATANTE** não prejudica a faculdade da **CONTRATADA** de cobrar multa correspondente a três vezes a média das faturas pagas nos últimos doze meses.

16.2.2 – Imotivadamente, por iniciativa de qualquer das partes, após vencido o prazo de vigência inicial, desde que a Parte contrária seja previamente notificada, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

16.2.3 – Unilateralmente pela **CONTRATADA**, em caso de atraso: (i) no pagamento das contraprestações pecuniárias por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência; ou (ii) no pagamento das cobranças relativas ao repasse de custos a que se refere o item 17.5 por período superior a 60 dias.



*[Handwritten signature]*

**16.2.4 – Unilateralmente** pela **CONTRATADA** nas hipóteses de fraude, omissão ou fornecimento de informações incorretas ou inverídicas pela **CONTRATANTE**, para auferir vantagens próprias, para si ou para seus **BENEFICIÁRIOS**, hipóteses essas reconhecidas como violação às disposições contratuais e ao princípio da boa-fé objetiva.

**16.2.4.1** – A hipótese de cancelamento por fraude não afasta a prerrogativa da **CONTRATADA** de buscar indenização pelos prejuízos que vier a ter com a cobertura indevidamente concedida, sem prejuízo de outras medidas judicialmente cabíveis.

**16.2.4.2** – Sem prejuízo das responsabilidades legais, nos casos de fraude na Declaração de Saúde apurado mediante processo administrativo próprio, os **BENEFICIÁRIO** perderão quaisquer direitos a benefícios previstos neste Contrato e a restituição de qualquer quantia paga.

**16.2.4.3** – Para fins do disposto neste item, a omissão de informação na Declaração de Saúde deverá ser comprovada pela ANS mediante processo administrativo próprio.

**16.2.4.4** – Nos casos de extinção por fraude na Declaração de Saúde, os **BENEFICIÁRIOS** são solidariamente responsáveis, juntamente com o **CONTRATANTE**, por ressarcir à **CONTRATADA** as coberturas indevidamente pagas por esta.

**16.3** – Caso a **CONTRATANTE** extinga imotivadamente ou venha a dar causa à extinção do contrato, antes de transcorrido o prazo mínimo de vigência estabelecido na Cláusula Sexta e no Quadro Resumo, ficará sujeita ao pagamento à **CONTRATADA** de multa rescisória no valor correspondente a 50% (cinquenta por cento) das contraprestações vincendas até o término do referido prazo mínimo de vigência, sem prejuízo do pagamento de todas as demais obrigações e encargos contratuais devidos até a data da extinção do Contrato, incluídos os valores relativos a coparticipação e franquia, ainda que futuramente exigidos e sem prejuízo de encaminhamento de ofício ao SPC, Serasa e demais órgãos de proteção ao crédito a exclusivo critério da **CONTRATADA**, mediante prévio aviso à **CONTRATANTE**.



Handwritten signatures and initials, including the name "ANILIA" written vertically on the right side.

## 17 | Cláusula Décima Sétima

### DISPOSIÇÕES GERAIS

**17.1 – NOMENCLATURA:** A nomenclatura médica de doenças a que se refere este Contrato segue a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, Décima Versão – CID 10, da Organização Mundial da Saúde.

**17.2 – DOCUMENTAÇÃO:** Fazem parte do presente Contrato: (i) seus anexos e regulamentos; (ii) o Quadro Resumo; (iii) a Rede Credenciada da CONTRATADA, definida pelo tipo de plano contratado; (iv) a Declaração de Saúde; (v) o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS); e o Guia de Leitura Contratual (GLC), documentos previamente entregues pela CONTRATADA à CONTRATANTE; além da (vi) Carta de Orientação ao BENEFICIÁRIO; (vii) dos recibos de pagamento e (viii) do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

**17.2.1 –** É responsabilidade da CONTRATANTE entregar ao BENEFICIÁRIO titular, previamente à adesão ao plano de saúde, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS), que poderá ser disponibilizado em material impresso ou através de mídia digital.

**17.2.2 –** É responsabilidade da CONTRATADA enviar ao BENEFICIÁRIO titular o Guia de Leitura Contratual (GLC), que poderá ser disponibilizado em material impresso ou através de mídia digital, juntamente com o cartão de identificação.

**17.2.3 –** É responsabilidade de ambas as Partes oferecer, sempre que solicitado pelo BENEFICIÁRIO titular e desde que este tenha disponibilizado seu endereço, cópia das condições gerais do contrato, que conterão, no mínimo, os temas que compõem o Guia de Leitura Contratual.

**17.3 – TRANSFERÊNCIA DE PLANOS:** As Partes acordam que a mudança de plano poderá ser solicitada pela CONTRATANTE, de acordo com as opções de planos contratados e indicados no Quadro Resumo corresponde ao presente contrato.

**17.3.1 –** Quando da transferência de BENEFICIÁRIO para um plano com mais benefícios, será contabilizado o tempo de vigência do plano anterior para o novo, observado que:

**17.3.1.1 –** Caso a transferência se dê para um plano que contenha: (i) novos benefícios; (ii) nova rede credenciada; e (iii) novo padrão de acomodação e não se trate de casos de Portabilidade/Migração, os BENEFICIÁRIOS cumprirão apenas as carências determinadas para estes casos, de acordo com o que estiver previsto no novo plano.

**17.4 – COBERTURAS EXTRA CONTRATUAIS E DEMAIS DESPESAS:** caso a **CONTRATADA** seja obrigada a oferecer coberturas extracontratuais ou a pagar despesas não previstas no presente Contrato, ainda que por força de decisão judicial ou por procedimento administrativo, caberá à **CONTRATANTE** reembolsar à **CONTRATADA** todo e qualquer valor que esta venha a despendar, incluindo o valor da condenação, das custas, das despesas processuais e administrativas e dos honorários advocatícios.

**17.4.1 –** Nos casos em que a **CONTRATANTE** for responsável por reembolsar as despesas acima mencionadas, a **CONTRATADA** notificará a **CONTRATANTE**, dando-lhe ciência quanto à ocorrência da situação para que esta tenha a oportunidade de se manifestar a respeito e indicar, se for o caso, os argumentos de defesa.

**17.4.2 –** O não envio da notificação indicada no item anterior não desobriga a **CONTRATANTE** de realizar o reembolso à **CONTRATADA**.

**17.5 – MEDIAÇÃO:** A **CONTRATANTE** obriga-se a informar ao **BENEFICIÁRIO** que é dever deste entrar em contato prévio com a **CONTRATADA**, por intermédio de qualquer de seus canais de atendimento, caso ocorra qualquer conflito relacionado ao presente Contrato e que nenhuma reclamação deve ser apresentada perante a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nem demanda judicial versando sobre os termos deste instrumento deve ser distribuída antes de que essa providência seja tomada, a fim de que se busque a composição de uma solução amigável para o pleito.

**17.6 – RESPONSABILIDADES DAS PARTES:** As Partes acordam que o ônus decorrente de demandas administrativas – incluindo multas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e dos Procons, mas não limitadas exclusivamente a estas – ou judiciais, decorrentes de atos de responsabilidade de cada uma delas nos termos de suas obrigações legais e regulamentares serão por cada qual suportadas, de acordo com os critérios expostos a seguir:

**17.6.1 –** Serão de responsabilidade da **CONTRATANTE** os processos e demandas motivados por questões administrativas, incluindo, em rol meramente exemplificativo: emissão de boletos, movimentação cadastral, suspensão/cancelamento do Contrato por inadimplência, vigência de contrato, elegibilidade de **BENEFICIÁRIOS**, diferença na aplicação de reajustes das contraprestações pecuniárias (em relação àqueles praticados pela **CONTRATADA** e previstos em Contrato), preenchimento de dados e apresentação de documentos necessários ao Estudo de Cobertura de Risco, omissão/inexatidão na informação sobre carências, coberturas parciais temporárias e rede de atendimento, entre outros.



*[Handwritten signature]*  
*[Handwritten signature]*

**17.6.1.1** – Caso seja determinado por decisão administrativa ou judicial a redução dos percentuais previstos por faixa etária, caberá à **CONTRATANTE** reembolsar à **CONTRATADA** todo e qualquer valor que a **CONTRATADA** venha a despende, incluindo o valor da condenação, custas, despesas processuais e honorários advocatícios. A **CONTRATANTE** deverá, ainda, pagar a à **CONTRATADA** a diferença de valor da contraprestação, considerando o que será efetivamente pago pelo **BENEFICIÁRIO** e o valor devido, contendo o reajuste por faixa etária, no caso de afastamento ou redução desse percentual.

**17.6.2** – Serão de responsabilidade da **CONTRATADA** os processos e demandas motivados por questões assistenciais e de coberturas contratuais, ressalvados os casos de negativas de atendimento por suspensão ou cancelamento do Contrato decorrente de falha operacional da **CONTRATANTE**, dentre outros.

**17.6.3** – Será compartilhada igualmente entre as Partes a responsabilidade em relação aos processos e demandas, envolvendo reajuste anual.

**17.6.4** – As Partes estabelecem, por fim, que quando juridicamente possível, a Parte que foi demandada por ato que não seja de sua responsabilidade deverá comunicar a outra Parte para que: (i) compareça espontaneamente em juízo ou perante autoridade competente, reconhecendo sua condição de única e exclusiva responsável bem como fornecer à outra Parte toda e qualquer documentação solicitada por esta e que seja necessária para garantir sua defesa; e (ii) se possível, substituir a Parte demandada na demanda administrativa ou judicial.

**17.7 – LIBERALIDADE DA CONTRATADA:** A autorização concedida pela **CONTRATADA** para a cobertura de eventos não previstos ou excluídos neste Contrato não confere à **CONTRATANTE** ou ao **BENEFICIÁRIO** direito adquirido e/ou extensão da abrangência de coberturas do presente Contrato, caracterizando mera liberalidade da **CONTRATADA**.

**17.8 – TOLERÂNCIA:** A tolerância ou a demora da **CONTRATADA** em exigir da **CONTRATANTE** o cumprimento de quaisquer das obrigações aqui previstas ou mesmo a sua omissão quanto a tais questões não será considerada novação, podendo, conforme o caso, a qualquer tempo, ser exigido seu cumprimento.

**17.9 – NÃO PRESUNÇÃO:** Não se admite a presunção de que a **CONTRATADA** ou a **CONTRATANTE** possam ter conhecimento de circunstâncias que não constem deste Contrato ou de comunicação posterior por escrito.



*[Handwritten signature]*  
S. N. N. N.

**17.10 - SUB-ROGAÇÃO:** A CONTRATADA ficará sub-rogada em todos os direitos e ações da CONTRATANTE contra aqueles que por ato, fato ou omissão tenham causados as despesas cobertas pela CONTRATADA ou por elas tenham concorrido, obrigando-se a CONTRATANTE a facilitar os meios necessários ao exercício dessa sub-rogação.

**17.11 - ENVIO DE INFORMAÇÕES À ANS:** Conforme disposto pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) em resolução normativa própria, o envio de informações relativas à assistência médica prestada aos BENEFICIÁRIOS é responsabilidade da CONTRATADA, que as enviará por intermédio do Coordenador Médico de Informações em Saúde que houver cadastrado perante a Agência; resguardadas as prerrogativas e obrigações profissionais do Coordenador, a CONTRATADA responde pela omissão ou incorreção dos dados enviados, os quais serão preservados de acordo com o garantia de sigilo médico de informações.

**17.12 - DECLARAÇÕES:** A CONTRATANTE declara, neste ato, sob as penas da lei, que as informações ora prestadas são verdadeiras, declarando, ainda, que todas as inclusões de BENEFICIÁRIOS obedecerão às regras estabelecidas neste Contrato, principalmente no que tange à elegibilidade destes, responsabilizando-se administrativa, penal e civilmente pelo ressarcimento das perdas e danos decorrentes de eventual inclusão indevida, sem prejuízo da aplicação das penalidades contratuais cabíveis em razão do descumprimento desta obrigação.

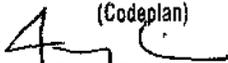
**17.13 - CONTRATOS COM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA:** Os contratos que vierem a ser celebrados com a administração pública direta ou indireta obedecerão aos termos do respectivo edital e à Lei nº 8.666/93.

## 18 | Cláusula Décima Oitava

### DO FORO

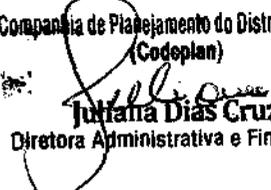
**18.1 -** Fica eleito o foro de domicílio da CONTRATANTE para dirimir as questões oriundas do presente Contrato.

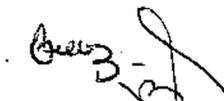
Companhia de Planejamento do Distrito Federal  
(Codeplan)

  
**Jeansley Lima**  
Presidente



Companhia de Planejamento do Distrito Federal  
(Codeplan)

  
**Juliana Dias Cruz**  
Diretora Administrativa e Financeira

Des. G. V. D. 

*Distrito Federal  
Procuradoria Anil*

  
**Glaciene Barbeta Serra**  
Gerente de Contas  
Pós Vendas/UF  
Anil Assistência Médica Internacional



Anotações

- INTEGRAM O PRESENTE CONTRATO OS SEGUINTE  
DOCUMENTOS:

1- 1º TERMO DE ADITAMENTO AO CONTRATO  
COMERCIAL 600 A - CORP - Nº 11/2019; e

2- QUADRO RESUMO.



A handwritten signature in the bottom right corner of the page.