

CONTRATO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

A) QUALIFICAÇÃO DA CONTRATADA:

Pelo presente instrumento contratual e na melhor forma de direito, de um lado **ASSOCIAÇÃO DE SAÚDE DOS FORNECEDORES DE CANA DE PIRACICABA E REGIÃO – HFC SAÚDE**, inscrita no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas do Ministério da Fazenda (C.N.P.J.-M.F.) sob n.º: 15.022.430/0001-81, registrada nos termos da Lei nº 6839/80, no Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo sob n.º 954033, com registro na Agência Nacional de Saúde Suplementar (A.N.S.) sob o n.º 41.873-1 e classificada nesta como Medicina de Grupo, com sede a Rua Rafael Aloísi, n.º 51 – Jardim Monumento, na cidade de Piracicaba, no Estado de São Paulo.

B) QUALIFICAÇÃO DA CONTRATANTE:

De outro lado e representada por seu representante legal neste ato:

Razão Social: Sindicato dos Trabalhadores Municipais de Piracicaba, São Pedro, Aguas de São Pedro, Saltinho e Região		
CNPJ.: 56.980.220/0001-83		
Rua: Rua Ipiranga		
N.º 553	Bairro: Centro	Cep.: 13.400-480
Cidade: Piracicaba		Estado: SP

C) NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS:

Este plano é denominado comercialmente de “**HFC Adesão III - GM**” com registro na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS sob o n.º **494.284/23-1**.

D) TIPO DE CONTRATAÇÃO:

O Plano privado de assistência à saúde é Coletivo por Adesão.

E) SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE:

A segmentação assistencial assegurada por este contrato é a definida como Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia, que seguirá as exigências dos normativos da Agência

Nacional de Saúde Suplementar - ANS, bem como o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela mesma e as Diretrizes Clínicas e Diretrizes de Utilização e suas atualizações, seguindo a legislação aplicável e vigente à época.

F) ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE:

Nos termos da legislação vigente, os serviços contratados serão prestados na área de abrangência geográfica qualificada como Grupo de Municípios.

G) ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE:

A área de atuação compreende os Municípios de Piracicaba, Laranjal Paulista, Tietê, Cerquilha e São Pedro, localizados no Estado de São Paulo.

H) PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO:

As internações hospitalares ocorrerão em acomodação de Enfermaria em quartos coletivos, sem direito a acompanhante, salvo condições previstas na legislação.

I) FORMAÇÃO DO PREÇO:

Este plano será custeado no regime de preço pré-estabelecido, onde o valor da contraprestação pecuniária é calculado pela **CONTRATADA** antes da utilização das coberturas contratadas.

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO DO CONTRATO

1.1. O presente contrato tem por objetivo prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais na forma de plano privado de assistência à saúde, definido no inciso I do art. 1º da Lei 9.656/1.998, visando à Assistência Médica Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, seguindo o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, vigente à época do evento, e legislação correlata, através de profissionais ou serviços de saúde integrante da rede

própria ou credenciada da **CONTRATADA**, regularmente inscritos pela **CONTRATANTE**.

1.2. O presente contrato é de adesão, bilateral, gerando direitos e obrigações para as partes, conforme dispõe o Código Civil Brasileiro, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

1.3. O produto ora contratado privilegia a atenção primária à saúde, buscando incentivar a fidelização do beneficiário ao médico escolhido na Porta de Entrada do serviço, conforme definido e delimitado neste contrato.

1.4. São partes integrantes deste contrato a Proposta de Adesão, assinada pela **CONTRATANTE**, Ficha Cadastral, Guia da Rede Credenciada, Cartão de Identificação, Declaração de Saúde, Exame ou Perícia Médica, quando for o caso, Carta de Orientação ao Beneficiário, Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS) e o Guia de Leitura Contratual (GLC).

CLÁUSULA SEGUNDA – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

2.1. Para efeito deste contrato e obtenção dos direitos dele decorrentes, são considerados beneficiários titulares aquele que mantenha vínculo com as seguintes pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial:

I – conselhos profissionais e entidades de classe, nos quais seja necessário o registro para o exercício da profissão;

II – sindicatos, centrais sindicais e respectivas federações e confederações;

III – associações profissionais legalmente constituídas;

IV - cooperativas que congreguem membros de categorias ou classes de profissões regulamentadas;

V - caixas de assistência e fundações de direito privado que se enquadrem nas disposições desta resolução; e

VI - entidades previstas na Lei n° 7.395, de 31 de outubro de 1985, e na Lei n° 7.398, de 4 de novembro de 1985.

2.1.1. Só poderão contratar plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão quando constituídas há pelo menos um ano, exceto as pessoas jurídicas previstas nos incisos I e II.

2.2. Poderão ser beneficiários dependentes, desde que devidamente comprovado o vínculo com o beneficiário titular das qualidades abaixo indicadas:

- a) O cônjuge;
- b) O companheiro, havendo união estável na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge salvo por decisão judicial;
- c) Os filhos e enteados, ambos com até 21 anos incompletos ou, se estudantes universitários, até 24 anos incompletos;
- d) Os tutelados e os menores sob guarda.

O recém-nascido, filho natural ou adotivo de beneficiário, terá assegurada inscrição como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência e sendo vedada qualquer alegação de doença ou lesão pré-existente, ou aplicação de cobertura parcial temporária ou agravo, desde que inscrito no prazo máximo de trinta dias do nascimento ou da adoção.

Em caso de inscrição de filho adotivo menor de 12 (doze) anos, serão aproveitados os períodos de carência já cumpridos pelo Beneficiário Titular ou Dependente adotante.

2.3. O ingresso, bem como a permanência do grupo familiar previsto no item 2.2 desta cláusula, dependerá da participação do titular no contrato de plano privado de assistência à saúde, bem como a observância das demais regras da ANS e legislações correlatas referentes a matéria.

2.4. São asseguradas ainda as seguintes condições aos beneficiários:

2.4.1. Garantia de inscrição do filho adotivo menor de 12 anos, com aproveitamento das carências já cumpridas pelo usuário adotante em cumprimento a lei 9656/98.

2.4.2. Inscrição do recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário titular, como dependente, com aproveitamento das carências já cumpridas pelo titular, sendo vedada qualquer alegação de doenças ou lesões preexistentes ou aplicações de Cobertura parcial temporária, desde que inscrito no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou da adoção.

2.4.2.1. Garantida cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto.

CLÁUSULA TERCEIRA – INCLUSÕES E EXCLUSÕES DE BENEFICIÁRIOS

3.1. A **CONTRATANTE** obriga-se a fornecer a relação dos beneficiários a serem inscritos e seus respectivos dados cadastrais, conforme previsto na legislação vigente e nos padrões de arquivo e/ou formulários definidos pela **CONTRATADA**, bem como os comprovantes de vínculo do beneficiário titular com a **CONTRATANTE** e da situação de dependência, nos termos deste contrato.

3.2. A **CONTRATANTE** obriga-se a comunicar a **CONTRATADA**, por escrito ou por meio eletrônico específico, as inclusões e exclusões de beneficiários para os efeitos deste contrato, que não gerarão efeitos em caso de erro de preenchimento pela **CONTRATANTE**.

3.2.1. A **CONTRATADA** se responsabiliza por orientar e/ou realizar treinamento adequado à pessoa indicada pela **CONTRATANTE** que optar pelo processo eletrônico via sistema.

3.2.2. A **CONTRATADA** não se responsabilizará pelos resultados de preenchimento e envio das informações, caso o equipamento da **CONTRATANTE** seja afetado por algum tipo de programa externo ou por falha de operação ou operação por pessoas não autorizadas, bem como pelos danos ou prejuízos decorrentes de decisões administrativas, gerenciais ou comerciais tomadas com base nas informações fornecidas pela **CONTRATANTE**.

3.2.3. A **CONTRATANTE** manterá seu cadastro atualizado e será o único responsável pelas informações nele contidas, responsabilizando-se ainda, pelas consequências advindas da não comunicação, em tempo hábil, a **CONTRATADA** de dados importantes para a prestação de serviços ou por fornecimento de informação inexata para disponibilização ou cancelamento dos serviços pactuados.

3.3. Quando for o caso e conforme critérios previstos na cláusula de “Doenças e Lesões Preexistentes”, ficará a critério da **CONTRATADA** a realização de entrevista prévia/perícia para admissão dos beneficiários, a fim de averiguar a inexistência de doenças ou lesões preexistentes (DLP), bem como a solicitação, a qualquer tempo, da documentação probatória das declarações de saúde dos beneficiários, exceto sobre inscrição do recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário titular, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência e doenças e lesões preexistentes.

3.4. Ressalvadas as hipóteses previstas na cláusula décima sexta deste instrumento, o beneficiário que deixar de atender às condições exigidas para sua manutenção será excluído do contrato. A perda da qualidade de beneficiário titular ou dependente poderá ocorrer nas seguintes situações:

- a) ocorrer prática de ato ilícito ou fraude contra a **CONTRATADA**;
- b) falecer, após a comunicação do fato à **CONTRATADA** pela **CONTRATANTE** ou **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS**, através da solicitação de sua exclusão;
- c) ocorrer perda da qualidade de beneficiário dependente, conforme requisitos do presente contrato;
- d) pela rescisão do presente contrato;
- e) a pedido do beneficiário titular, por qualquer meio, a sua exclusão, ou a de seu dependente do plano de saúde.

3.4.3. A exclusão do beneficiário titular cancelará a inscrição de seu(s) respectivos(s) dependente(s).

3.4.4. A comunicação do falecimento do beneficiário titular é obrigação contratual da **CONTRATANTE** e, até que o faça formalmente, permanecerá responsável pelas obrigações financeiras decorrentes de manutenção do beneficiário no plano de saúde.

CLÁUSULA QUARTA - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

4.1. A **CONTRATADA** assegurará aos beneficiários regularmente inscritos, coberturas assistenciais para todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, desde que previstas na cobertura obrigatória, conforme legislação vigente à época do evento, em conformidade com os limites, os prazos de carências e as condições estabelecidas neste contrato.

4.1.1. Nos procedimentos e eventos previstos na Resolução Normativa ou Legislação vigente e seus Anexos, se houver indicação do profissional assistente, respeitando-se os critérios de credenciamento, referenciamento, reembolso ou qualquer tipo de relação entre a operadora e prestadores de serviços de saúde, fica assegurada a cobertura para:

- a) procedimentos de anestesia e sedação;
- b) equipe necessária à realização do procedimento, incluindo os profissionais de instrumentação cirúrgica e anestesia, quando houver sua participação; e
- c) taxas, materiais, contrastes, medicamentos, e demais insumos necessários para sua realização, desde que estejam regularizados e/ou registrados e suas indicações constem da bula/manual perante a ANVISA ou disponibilizado pelo fabricante.

4.1.2. As ações de planejamento familiar de que trata normativa vigente, devem envolver as atividades de educação, aconselhamento, contracepção e atendimento clínico previstas nos Anexos da normativa vigente e observando-se suas definições.

4.1.3. Na saúde suplementar, os candidatos a transplante de órgãos e tecidos provenientes de doador cadáver deverão obrigatoriamente estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDO e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de seleção.

4.1.4. As entidades privadas e equipes especializadas interessadas na realização de transplantes deverão observar o regulamento técnico – legislação vigente do Ministério da Saúde – que dispõe quanto à forma de autorização e cadastro junto ao Sistema Nacional de Transplante - SNT.

4.1.5. Os exames e procedimentos pré e pós-transplantes, para fins das disposições da normativa vigente, são considerados procedimentos de urgência e emergência, respeitadas as segmentações, os prazos de carência e CPT.

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

4.1.6.1. Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos previstos na resolução vigente e seus anexos, necessários ao atendimento de portadores de transtornos mentais, inclusive para o tratamento das lesões auto-infligidas e das automutilações, com ou sem intenção de suicídio, estão obrigatoriamente cobertos.

4.1.6.2. Para fins de cobertura, prazos de carência e CPT, as lesões auto-infligidas e as automutilações, praticadas por portadores de doenças mentais, com ou sem intenção de suicídio, são consideradas como acidente pessoal.

4.2. Os procedimentos necessários ao tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas, decorrentes de procedimentos não cobertos, têm cobertura obrigatória quando constarem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde ou Legislação vigente, respeitadas as segmentações e os prazos de carência e CPT.

4.3. Procedimentos necessários ao seguimento de eventos excluídos da cobertura, como internação em leito de terapia intensiva após transplante não coberto, não são considerados tratamento de complicações, mas parte integrante do procedimento inicial, não havendo obrigatoriedade de sua cobertura por parte das operadoras.

4.3.1. Os procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação ou outro sistema de navegação, escopias e técnicas minimamente invasivas somente terão cobertura assegurada quando assim especificada na forma da normativa vigente, de acordo com a segmentação **CONTRATADA**.

4.3.2. Caso a operadora ofereça a internação domiciliar em substituição à internação hospitalar, com ou sem previsão contratual, deverá obedecer às exigências previstas nos normativos vigentes da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA.

4.3.3. Nos casos em que a assistência domiciliar não se dê em substituição à internação hospitalar, tal assistência deverá obedecer à previsão contratual ou à negociação entre as partes.

4.3.4. Nos contratos de planos individuais ou familiares, coletivos por adesão e coletivos empresariais, é obrigatória a cobertura dos procedimentos e eventos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde ou Legislação vigente, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho, respeitadas as segmentações contratadas.

4.3.5. Para fins de cobertura obrigatória pelos planos privados de assistência à saúde, entende-se como cobertura relacionada com a saúde ocupacional, o diagnóstico, o tratamento, a recuperação e a reabilitação de doenças relacionadas ao processo de trabalho listadas pelo Ministério da Saúde na Portaria 1.339 MS/GM, de 18 de novembro de 1999.

4.3.6. Salvo disposição contratual em contrário, exclui-se da cobertura obrigatória a ser garantida pelas operadoras a realização dos exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais.

4.3.7. Os procedimentos e eventos em saúde de cobertura obrigatória, contemplados na normativa vigente e em seus anexos, que envolvam a colocação, inserção e/ou fixação de órteses, próteses ou outros materiais asseguram igualmente a cobertura de sua

remoção, bem como de sua manutenção ou substituição, quando necessário, conforme indicação do profissional assistente, na forma da normativa ou legislação vigente.

4.3.8. No caso de procedimentos sequenciais e/ou contínuos, tais como quimioterapia, radioterapia, hemodiálise e diálise peritoneal, a operadora deve assegurar a continuidade do tratamento conforme prescrição do profissional assistente e justificativa clínica, respeitadas as segmentações, os prazos de carência e a CPT, de modo que a continuidade do tratamento deve ser realizada no prazo definido pelo médico assistente, não cabendo nova contagem ou recontagem dos prazos de atendimento estabelecidos pela normativa vigente.

4.3.8.1. O procedimento “Medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes relacionados a tratamentos antineoplásicos” é considerado como continuidade dos procedimentos de quimioterapia e terapia antineoplásica oral para o tratamento do câncer, não cabendo nova contagem ou recontagem de prazo de atendimento para aquele procedimento.

4.4. **COBERTURA AMBULATORIAL:** é a que abrange atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência conforme definição constantes na Lei nº 9.656/98 e regulamentação infralegal específica vigente, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que, embora prescindam de internação, demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas ou serviços como unidade de terapia intensiva e unidades similares, conforme definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS ou Legislação vigentes na data do evento. Os atendimentos ocorrerão na rede assistencial própria ou credenciada do plano contratado, sendo garantida a cobertura nos seguintes casos, observadas as seguintes exigências:

4.4.1. 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; de modo que as áreas de

atuação estabelecidas pelo Conselho Federal de Medicina não são consideradas especialidades médicas.

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

4.4.3. Cobertura de consultas ou sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, enfermeiro obstétrico e obstetriz de acordo com o estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Normativa ou Legislação vigentes.

4.4.4. Cobertura de psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido de acordo com a normativa vigente, que poderá ser realizada tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitados.

4.4.5. Cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física listados na normativa vigente, que podem ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, em número ilimitado de sessões por ano.

4.4.6. Cobertura das ações de planejamento familiar, de acordo com normativa vigente.

4.4.7. Cobertura de remoção, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao paciente ou pela necessidade de internação, de acordo com os limites da regulamentação vigente.

4.4.8. Cobertura de hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD.

4.4.9. 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 medicamentos para o tratamento do câncer 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.

4.4.10. Cobertura de medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, respeitando o disposto na normativa vigente, preferencialmente, as seguintes características:

a) medicamento genérico: medicamento similar a um produto de referência ou inovador, que se pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após expiração ou renúncia da proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovada a sua eficácia, segurança e qualidade, e designado pela Denominação Comum Brasileira - DCB ou, na sua ausência, pela Denominação Comum Internacional - DCI; e

b) medicamento fracionado: medicamento fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição do órgão competente, atualmente a cargo da ANVISA.

4.4.11. Cobertura dos procedimentos de radioterapia listados na normativa vigente para a segmentação ambulatorial.

4.4.12. 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 da normativa vigente.

4.4.13. Cobertura de hemoterapia ambulatorial; e

4.4.14. Cobertura das cirurgias oftalmológicas ambulatoriais listadas na normativa vigente, sendo permitida, para a segmentação ambulatorial, a exclusão de:

- I - procedimentos que exijam forma de anestesia diversa da anestesia local, da sedação ou do bloqueio;
- II - quimioterapia oncológica intra-tecal ou que demande internação; e
- III - embolizações.

4.5. **COBERTURA HOSPITALAR:** compreende os atendimentos realizados em todas as modalidades de internação hospitalar e os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, conforme Resolução específica vigente, não incluindo atendimentos ambulatoriais para fins de diagnóstico, terapia ou recuperação, ressalvado o disposto em resolução específica vigente, observadas as seguintes exigências:

4.5.1. Cobertura, em número ilimitado de dias, de todas as modalidades de internação hospitalar.

4.5.2. Cobertura de hospital-dia (recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional, e proporcionando ao beneficiário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar) para transtornos mentais, de acordo com as Diretrizes de Utilização estabelecidas no Anexo da Resolução normativa vigente.

4.5.3. Cobertura de transplantes na forma da normativa vigente a época do evento, e dos procedimentos a eles vinculados, incluindo:

- a) as despesas assistenciais com doadores vivos, as quais estão sob expensas da operadora do beneficiário receptor;
- b) os medicamentos utilizados durante a internação;
- c) 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 mediano (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; e

d) as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos, sem qualquer ônus ao beneficiário receptor.

4.5.4. Cobertura de consultas, sessões ou avaliações por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico ou odontólogo assistente, obedecidos aos seguintes critérios:

a) que seja dentro do escopo de atuação dos profissionais de saúde indicados e em conformidade com a legislação específica sobre as profissões de saúde e a regulamentação dos respectivos conselhos profissionais; e

b) que, no caso de ser necessária à realização de procedimentos, estes constem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde definido pela Resolução Normativa ou Legislação vigentes, respeitando-se a segmentação contratada.

4.5.5. Cobertura de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos listados na normativa vigente.

4.5.6. Cobertura das despesas, incluindo alimentação e acomodação, relativas ao acompanhante, salvo contraindicação justificada do médico ou do cirurgião-dentista assistente, nos seguintes casos:

a) crianças e adolescentes menores de 18 anos;

b) idosos a partir dos 60 anos de idade; e

c) pessoas com deficiência.

4.5.7. Cobertura dos procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais listados nos Anexos da Resolução Normativa vigente, 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.

4.5.8. Cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, com equipe de saúde necessária à complexidade do caso, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar.

4.5.8.1. O imperativo clínico caracteriza-se pelos atos que se impõem em função das necessidades do beneficiário, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção, observadas as seguintes regras:

- a) Em se tratando de atendimento odontológico, o cirurgião-dentista assistente e/ou o médico assistente irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao paciente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados; e
- b) Os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que, nas situações de imperativo clínico, necessitem ser realizados em ambiente hospitalar, não estão incluídos na cobertura da segmentação hospitalar e plano referência.

4.5.9. Cobertura obrigatória para os seguintes procedimentos considerados ambulatoriais, que atendam os critérios estabelecidos na diretriz de utilização descrita em normativa vigente, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:

- a) Hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- b) Quimioterapia oncológica ambulatorial, conforme definido em cláusula 4.4.9.;
- c) Medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar, relacionado ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, observadas as diretrizes de utilização previstas em normativa vigente;
- d) Procedimentos radioterápicos;

- e) Hemoterapia;
- f) Nutrição parenteral ou enteral;
- g) Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
- h) Radiologia intervencionista;
- i) Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- j) Procedimentos de reeducação e reabilitação física.

4.6. **COBERTURA OBSTÉTRICA:** compreende toda cobertura definida na cobertura hospitalar, acrescida dos procedimentos relativos ao pré-natal, à assistência ao parto e ao puerpério, observadas as seguintes exigências:

4.6.1. Cobertura das despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, relativas ao acompanhante indicado pela mulher durante:

- a) Pré-parto;
- b) Parto; e
- c) Pós-parto imediato, entendido como o período que abrange 10 (dez) dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico;

4.6.2. Cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, isento do cumprimento dos períodos de carência já cumpridos pelo titular; e

4.6.3. Opção de inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário titular ou de seu dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência já cumpridos pelo titular, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção.

4.6.4. Para fins de cobertura do pré-natal, parto normal e pós-parto listados nos Anexos da normativa vigente, este procedimento poderá ser realizado por enfermeiro obstétrico ou obstetriz habilitado, conforme legislação vigente.

4.7. Todas as coberturas reportadas acima são descritas tendo em vista a legislação vigente a data de assinatura contratual. Caso ocorram alterações nas legislações ou normativas aplicadas a matéria, estas serão devidamente respeitadas pela **CONTRATADA** em seus termos, o que ambas as Partes acordam desde já.

CLÁUSULA QUINTA - EXCLUSÕES DE COBERTURA

5.1. Em conformidade com o que prevê a Lei nº. 9656/98 e respeitando as coberturas mínimas obrigatórias previstas na Lei e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, estão excluídos de cobertura deste contrato os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, ou quando não previstos no Rol, também não tenham a comprovação definida em legislação aplicável à época da solicitação do evento ou despesa, e os provenientes de:

5.1.1. Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, isto é, aquele que:

- a) emprega medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país;**
- b) é considerado experimental pelo Conselho Federal de Medicina – CFM, pelo Conselho Federal de Odontologia - CFO ou pelo conselho federal do profissional de saúde responsável pela realização do procedimento; ou**
- c) faz uso off-label de medicamentos, produtos para saúde ou tecnologia em saúde, ressalvado o previsto na legislação vigente.**

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

5.1.3. Inseminação artificial; entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e espermatozoides para alcançar a fertilização, por meio de injeções de espermatozoides intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de

gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas.

5.1.4. Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética; assim como em spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais.

5.1.5. Fornecimento de medicamentos e produtos para saúde importados não nacionalizados; aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA.

5.1.6. Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, isto é, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, com exceção dos medicamentos previstos ressalvado disposto em normativa vigente.

5.1.7. Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico.

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

5.1.9. Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.

5.1.10. Estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar.

5.1.11. Métodos contraceptivos, não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, e/ou legislação aplicável vigentes a época do evento.

5.1.12. Medicamentos de uso ambulatorial, exceto quando estiver vinculado a execução de um procedimento diagnóstico ou terapêutico previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e/ou legislação aplicável, vigentes a época do evento.

5.1.13. Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios que não constarem, na data do evento, na relação constante no endereço eletrônico da ANVISA na Internet (www.anvisa.gov.br).

5.1.14. Transplantes, à exceção dos listados do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, e/ou legislação aplicável, vigentes a época do evento.

5.1.15. Consultas e exames periódicos, admissional, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissional, que são de responsabilidade do empregador conforme determinado em normativo pertinente ao tema.

5.1.16. Consultas, internações e demais atendimentos domiciliares tais como *home care*.

5.1.17. Tratamentos odontológicos, exceto as cirurgias buco-maxilo-faciais previstos para segmentação hospitalar que necessitem de ambiente hospitalar e os procedimentos odontológicos previstos para segmentação odontológica passíveis de realização ambulatorial, que por imperativo clínico necessitem de ambiente hospitalar, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, e/ou legislação aplicável, vigentes a época do evento.

5.1.18. Os honorários e materiais utilizados pelo cirurgião dentista, para os procedimentos previstos para segmentação odontológica, realizados em ambiente hospitalar por imperativo clínico.

5.1.19. Remoções não previstas na cláusula de “Atendimento de Urgência e Emergência” prevista em normativo da Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigente na data do evento.

5.1.20. Todos os procedimentos médicos e hospitalares não listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, e/ou legislação aplicável, vigentes a época do evento.

5.1.21. Procedimentos cujo beneficiário não atenda as diretrizes de utilização, diretrizes clínicas ou protocolo de utilização estabelecidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar como parte integrante do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigentes à época do evento.

5.1.22. Procedimentos realizados fora da área de abrangência geográfica estabelecida neste contrato.

5.1.23. Os procedimentos que não tenham sido solicitados por médico assistente ou pelo cirurgião dentista devidamente habilitados, com finalidade de auxiliar no diagnóstico, tratamento e prognóstico.

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

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

CLAUSULA SEXTA – VIGÊNCIA DO CONTRATO

6.1. O presente Contrato vigorará por prazo indeterminado e terá duração mínima de 12 (doze) meses consecutivos, a partir de sua vigência, prorrogando-se automaticamente e sucessivamente por tempo indeterminado.

6.2. Considera-se como data do início de vigência a data da efetivação do pagamento da primeira mensalidade pela **CONTRATANTE à CONTRATADA**.

6.3. Ocorrendo o cancelamento durante o período mínimo de vigência, serão aplicadas as penalidades previstas na cláusula de “Rescisão”.

CLÁUSULA SÉTIMA – PERÍODO DE CARÊNCIA

7.1. Os prazos de carência serão contados a partir da data de assinatura da proposta de adesão, os serviços previstos neste contrato serão prestados após o cumprimento das carências a seguir especificadas:

- a) 24 (vinte e quatro) horas para urgência e emergência;
- b) 300 (trezentos) dias para parto a termo;
- c) 180 (cento e oitenta) dias para demais procedimentos.

7.2. Os serviços contratados serão prestados aos beneficiários regularmente inscritos após o cumprimento das carências acima mencionadas, contadas individualmente para cada beneficiário.

7.3. Não será exigido o cumprimento de prazos de carência, desde que o beneficiário ingresse no plano em até trinta dias da celebração do contrato coletivo.

7.3.1. A cada aniversário do contrato do plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão será permitida a adesão de novos beneficiários sem o cumprimento de prazos de carência, desde que:

I - o beneficiário tenha se vinculado após o transcurso do prazo definido na cláusula 7.3.;

II - a proposta de adesão seja formalizada até trinta dias da data de aniversário do contrato.

7.3.2. Após o transcurso dos prazos definidos cláusula 7.3., poderá ser exigido o cumprimento de prazos de carências, nos termos da regulamentação específica, limitados aos prazos previstos em Lei.

7.3.3. Quando a contratação ocorrer através de Administradora de Benefícios na condição de coestipulante do contrato firmado com a Operadora de Plano de Assistência à Saúde, considerar-se-á como data de celebração do contrato coletivo a data do ingresso da pessoa jurídica contratante ao contrato estipulado pela Administradora de Benefícios.

7.4. Se houver alteração da contratação, por opção da **CONTRATANTE**, para plano com acomodação superior ao plano de origem, os beneficiários deverão cumprir carência de 180 (cento e oitenta) dias para utilização da acomodação superior, garantidas as carências já cumpridas no contrato de origem.

CLÁUSULA OITAVA - DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES (DLP)

8.1. Cobertura parcial temporária (CPT) é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano provado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de procedimentos de alta complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionadas exclusivamente a doenças ou lesões preexistentes (DLP) declaradas pelos beneficiários ou por seu representante legal.

8.2. O beneficiário deverá informar à **CONTRATADA**, quando expressamente solicitado na documentação contratual por meio da Declaração de Saúde, o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes à época da adesão ao presente contrato, sob pena de caracterização de fraude, nos termos da legislação vigente à época dos fatos.

8.3. Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP) são aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.

8.4. Para informar a existência de doenças e lesões preexistentes, o beneficiário preencherá o formulário de declaração de Saúde acompanhado da carta de orientação ao beneficiário, e poderá solicitar um médico para orientá-lo no preenchimento que poderá ocorrer de forma presencial ou eletrônica.

8.5. O beneficiário tem o direito de preencher a declaração de saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados ou referenciados pela **CONTRATADA**, sem qualquer ônus para o beneficiário.

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

8.7. O objetivo da entrevista qualificada é orientar o beneficiário para o correto preenchimento da declaração de saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.

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

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

8.10. Caso a **CONTRATADA** não ofereça cobertura parcial temporária no momento da adesão contratual, não caberá alegação de omissão de informação na declaração de saúde ou aplicação posterior de cobertura parcial temporária.

8.11. Na hipótese de cobertura parcial temporária, a **CONTRATADA** somente poderá suspender a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta tecnologia e os procedimentos de alta complexidade, quando relacionados exclusivamente à doença ou lesão preexistente.

8.12. Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no site www.ans.gov.br.

8.13. É vedada à **CONTRATADA** a alegação de doença ou lesão preexistente decorridos 24 meses da data da celebração do contrato ou da adesão ao plano privado de assistência à saúde.

8.14. Nos casos de cobertura parcial temporária, findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses ininterruptos da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme a segmentação contratada e prevista na Lei nº 9.656/1998.

8.15. Identificado indício de fraude por parte do beneficiário, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a **CONTRATADA** deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao beneficiário e poderá solicitar abertura de processo administrativo junto a ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do beneficiário à cobertura parcial temporária.

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

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

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

8.19. Se solicitado pela ANS, o beneficiário deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.

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

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

CLÁUSULA NONA - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

9.1. É obrigatória por parte da **CONTRATADA** a cobertura do atendimento nos casos de urgência e emergência médico-hospitalares.

9.1.1. Considera-se atendimento de urgência, nos termos deste produto, a cobertura ao evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional.

9.1.2. Considera-se atendimento de emergência, nos termos deste produto, a cobertura ao evento que implicar em risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

9.2. Ainda que o presente plano não seja de segmentação exclusivamente ambulatorial, é necessário fazer constar no presente contrato que a regulamentação normativa da ANS prevê que aquele plano deverá garantir cobertura de urgência e emergência, limitada até as primeiras 12 (doze) horas do atendimento, caso seja necessária, para continuidade do atendimento de urgência e emergência, a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços em tempo menor que 12 (doze) horas, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade internação, passará a ser do beneficiário, não cabendo ônus à **CONTRATADA**.

9.2.1. No caso deste contrato, portanto, quando o atendimento de emergência for efetuado no decorrer dos períodos de carência, deverá abranger cobertura igualmente aquela fixada para segmentação ambulatorial, não garantindo, portanto, cobertura para internação.

9.2.2. No caso deste contrato, atendimento de urgência decorrente de acidente pessoal será garantido, sem restrições, após decorridos 24 (vinte e quatro) horas da vigência do contrato, referente a carência.

9.2.3. Nos atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, durante o cumprimento dos períodos de carência, cobertura estará limitada as primeiras 12 (doze) horas, conforme regulamentação vigente.

9.2.4. Quando necessária, para continuidade do atendimento de urgência emergência, a realização de procedimentos exclusivos da segmentação obstétrica, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e em tempo menor que 12 (doze) horas, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser da **CONTRATANTE** beneficiário não cabendo ônus à **CONTRATADA**.

9.2.5. Nos casos em que houver acordo de cobertura parcial temporária (CPT) e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos e alta tecnologia e procedimentos

de alta complexidade relacionados às doenças ou lesões preexistentes (DLP), o atendimento estará limitado as primeiras 12 (doze) horas ou até que ocorra a necessidade de internação.

9.2.6. A **CONTRATADA** garantirá a cobertura de remoção do beneficiário apenas decorrente de atendimento de urgência ou emergência médico-hospitalar e nas seguintes hipóteses:

- a) para outra unidade de atendimento da rede do plano de saúde, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente; e
- b) para uma unidade do Sistema Único de Saúde - SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, quando ultrapassadas as primeiras 12 (doze) horas de atendimento, nas hipóteses citadas acima, ou surgir a necessidade de internação.

9.2.7. À **CONTRATADA** caberá o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento.

9.2.8. Quando não puder haver remoção por risco de vida, a **CONTRATANTE** e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a **CONTRATADA** desse ônus.

9.2.9. A **CONTRATADA** deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS.

9.3. Se o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade SUS ou nas unidades de saúde onde receberam os atendimentos das primeiras 12 (doze) horas, mesmo que em caráter particular, mesmo que cientes que a unidade não disponha dos recursos

necessários a garantir a continuidade do atendimento, ficará a **CONTRATADA** desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

CLÁUSULA DÉCIMA – MECANISMOS DE REGULAÇÃO

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

10.2. Este contrato possui viés de **Atenção Primária à Saúde**, por isso possui credenciados e contratados de **Porta de Entrada**.

10.3. A **Porta de Entrada** dos beneficiários para realização das consultas são as identificadas no “**Guia da Rede Credenciada**” disponibilizado a **CONTRATANTE** através do site www.hfcsaude.com.br e também por outros meios, em formato físico ou eletrônico.

10.4. O atendimento médico eletivo inicial deve, preferencialmente, ser realizado pelo profissional médico avaliador credenciado ou contratado, identificados no “**Guia da Rede Credenciada**” como **Porta de Entrada**.

10.5. Sendo necessário encaminhamento para especialista ou realização de qualquer exame/procedimento, haverá encaminhamento pelo médico clínico ou médico da família, assistente credenciado ou contratado da **Porta de Entrada** para quaisquer prestadores constantes no “**Guia da Rede Credenciada**” do presente plano disponível no site www.hfcsaude.com.br, e também por outros meios, em formato físico e/ou eletrônico, devendo o beneficiário levar a guia de requisição desses serviços e solicitar a autorização da **CONTRATADA** e, após autorização agendar o horário para realização do procedimento indicado pelo médico.

10.5.1. Ao agendar um atendimento, o beneficiário assume um compromisso ao qual não deve faltar. Caso não possa comparecer, deve entrar em contato antecipadamente para

cancelar ou reagendar, liberando este horário, para evitar prejuízos ao profissional e a outros pacientes.

10.6. As consultas médicas eletivas serão realizadas aos beneficiários, respeitando o horário normal de seus consultórios e clínicas, com agendamento prévio, seguindo a regulação de **Porta e Entrada**, conforme descrito acima. As consultas em pronto socorro serão realizadas na rede credenciada, prestadas pelo profissional que estiver de plantão.

10.7. Os exames complementares, serviços de auxílio ao diagnóstico e tratamentos serão executados nos prestadores de serviços que integram a rede credenciada do plano contratado, disponível no site www.hfcsaude.com.br, e também por outros meios, em formato físico e/ou eletrônico, sob indicação do médico assistente, após avaliação do médico auditor, mediante apresentação da guia de requisição desses serviços previamente autorizada pela **CONTRATADA** a Rede Credenciada.

10.8. Os atendimentos ambulatoriais, internações clínicas, cirúrgicas e obstétricas serão realizados pelos prestadores que integram a rede prestadora de serviços da **CONTRATADA**, mediante apresentação da guia de solicitação dos serviços, emitida pelo médico assistente, previamente autorizada pela **CONTRATADA**, salvo nas hipóteses de urgência ou emergência.

10.8.1. As internações hospitalares ficam a critério exclusivo do médico assistente, sendo certo, ainda, que os beneficiários permanecerão hospitalizados enquanto houver indicação médica para tanto, a exclusivo critério do médico assistente.

10.8.2. Caso o beneficiário continue hospitalizado após a alta médica a que alude o item 10.8.1, passarão a correr inteiramente por sua conta a partir de então, todas as despesas decorrentes da internação.

10.9. Serão assegurados aos beneficiários os serviços médico-hospitalares, ambulatoriais, auxiliares de diagnósticos e terapias previstos neste contrato, na área de abrangência discriminada no presente contrato, por médicos credenciados ou

contratados no plano contratado, estritamente de acordo com o “**Guia da Rede Credenciada**” disponibilizado no site www.hfcsaude.com.br e também por outros meios, em formato físico e/ou eletrônico.

10.10. Os serviços diagnósticos, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais devem ser solicitados pelo médico assistente.

10.10.1. Quando houver **indisponibilidade** comprovada de prestador no município integrante da rede assistencial para o qual o beneficiário requisitou atendimento, nos termos da regulamentação vigente na data do evento, a **CONTRATADA** providenciará:

- a) oferta de outro prestador que não integre a rede assistencial no mesmo município pertencente à área geográfica de abrangência e área de atuação do produto para o qual o beneficiário requereu atendimento; ou
- b) oferta de outro prestador, integrante ou não da rede assistencial nos municípios limítrofes aquele para o qual o beneficiário requereu atendimento.

10.10.1.1. Todo e qualquer pagamento a prestador não integrante de sua rede assistencial deverá ser negociado e efetuado pela **CONTRATADA**;

10.10.1.2. Se a indisponibilidade, nos termos da regulamentação da ANS, for total e absoluta, a **CONTRATADA** providenciará o transporte do beneficiário a um prestador apto a realizar o atendimento/procedimento e o seu retorno.

10.10.2. Quando comprovadamente inexistir prestador no município integrante da rede assistencial para o qual o beneficiário requisitou atendimento, nos termos da regulamentação vigente na data do evento, a **CONTRATADA** providenciará:

- a) oferta de outro prestador integrante ou não da rede assistencial nos municípios limítrofes àquele para qual o beneficiário requereu atendimento;
- ou

b) oferta de outro prestador integrante ou não da rede assistencial na região de saúde à qual faz parte o município para o qual o beneficiário requereu o atendimento.

10.10.2.1. Nos casos acima, o transporte ocorrerá às custas do beneficiário.

10.10.2.2. Comprovando-se a inexistência no município de origem, nos municípios limítrofes e na região de saúde, a **CONTRATADA** providenciará o transporte do beneficiário até o prestador apto a realizar o procedimento/atendimento e o seu retorno.

10.11. Os beneficiários deste contrato obrigam-se, ao se internarem, a apresentar ao hospital, juntamente com a guia de internação, o documento de identidade e o cartão de identificação em vigor emitido pela **CONTRATADA**.

10.12. A **CONTRATADA** fornecerá ao usuário titular e respectivos dependentes o cartão individual de identificação, de forma eletrônica, com prazo de validade, e cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade oficialmente reconhecido, assegura o gozo dos direitos deste contrato. Caso a **CONTRATANTE** opte pelo cartão de identificação em forma física, deverá solicitá-lo a **CONTRATADA**, e seu custo estará disposto na Proposta de Adesão. Para o cartão eletrônico não haverá qualquer custo de emissão.

10.12.1. Em caso de exclusão de beneficiário, rescisão, resolução ou resilição deste contrato, é obrigação da **CONTRATANTE** devolver os respectivos cartões individuais de identificação em sua forma física, ou excluir o eletrônico do local em que este estava armazenado.

10.12.2. Ocorrendo a perda ou extravio do cartão individual de identificação, seja ele eletrônico ou físico, o(a) beneficiário(a) deverá comunicar imediatamente à **CONTRATADA**, por escrito. As segundas vias do cartão de identificação serão cobradas, pela **CONTRATADA**, conforme valor vigente à época.

10.13. Para realização dos procedimentos de internações clínicas ou cirúrgicas, exames e procedimentos ambulatoriais e tratamentos complementares, é necessário a solicitação de autorização prévia. O beneficiário, ou quem responda por ele, poderá dirigir-se a um escritório de autorização da **CONTRATADA**, munido de cartão de identificação do plano, carteira de identidade e a guia com a solicitação do procedimento, ou realizar a solicitação de forma eletrônica.

10.13.1. A utilização dos serviços contratados, durante o período de suspensão, carência ou CPT, ressalvadas as urgências e emergências limitadas ao período disposto em legislação ou diretriz da ANS, implica no dever do beneficiário da **CONTRATANTE** pagar à **CONTRATADA** o respectivo custo, negociando o valor diretamente com o prestador dos serviços, não gerando nenhuma obrigação financeira para a **CONTRATADA**.

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

10.15. Não havendo disponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos credenciados ou contratados pela **CONTRATADA**, é garantido ao beneficiário o acesso à acomodação, em nível superior, sem ônus adicional.

10.16. A **CONTRATADA** não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelos beneficiários com médicos, hospitais ou entidades contratadas ou não, seja em relação a pagamento de itens de conforto ou outras despesas não cobertas pelo presente contrato, sendo que essas ocorrerão por conta exclusiva do beneficiário.

10.17. Em caso de divergência médica a respeito da adequação da indicação clínica do profissional assistente para as internações clínicas ou cirúrgicas, exames e procedimentos ambulatoriais, tratamentos complementares, a definição do impasse se dará através de junta constituída pelo profissional assistente, por profissional da **CONTRATADA**, e por um terceiro desempatador, na forma do disposto em resolução específica sobre junta médica vigente.

10.17.1. A decisão tomada pela junta médica deverá ser acatada por todas as partes e não será passível de recurso.

10.17.2. Uma vez instalada a junta, o prazo para realização do procedimento, ou para a apresentação do parecer técnico conclusivo do desempatador que indica a não realização do procedimento, não poderá ultrapassar os prazos de garantia de atendimento também de acordo com normativa específica vigente.

10.17.3. A junta médica poderá ser instalada ainda à distância sem a presença do paciente junto ao profissional nomeado.

10.17.4. A **CONTRATADA** poderá entrar em consenso com o profissional assistente em relação à conduta clínica, antes da realização da junta, desde que observados os prazos de garantia de atendimento também de acordo com normativa específica vigente.

10.17.5. No caso de prescrição de Órteses e Próteses e Materiais Especiais - OPME, caberá ao profissional assistente justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos 03 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA.

10.17.6. A Junta a respeito da prescrição de Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPME, será obrigatoriamente instaurada quando o profissional assistente não indicar as 3 marcas de produtos de fabricantes diferentes, ou quando a **CONTRATADA** discordar das marcas indicadas.

10.18. Os serviços ora contratados são prestados exclusivamente pelos profissionais e entidades constantes na relação divulgada no “**Guia da Rede Credenciada**” e através do site www.hfcsaude.com.br e também por outros meios, em formato físico e/ou eletrônico. O plano não inclui quaisquer prestadores não integrantes do “**Guia da Rede Credenciada**”.

10.19. A **CONTRATADA** não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa da pactuada neste contrato.

10.20. É facultado a **CONTRATADA** requisitar ao beneficiário ou ao médico assistente documentações, informações adicionais e/ou perícia médica, ficando o beneficiário obrigado a apresentar as informações e a comparecer na perícia da **CONTRATADA**.

10.20.1. A **CONTRATADA** reserva-se o direito de exigir perícia médica nos casos de internações ou de outros procedimentos em situações de divergência, sendo garantida a definição do impasse por intermédio de junta médica, constituída por três profissionais, quais sejam, o assistente, o da operadora e o desempatador, este escolhido de comum acordo pelos dois primeiros; o parecer do desempatador que será acatado para fins de cobertura. A junta médica seguirá conforme o previsto na normativa vigente, sendo a remuneração do desempatador a cargo da **CONTRATADA**.

10.21. A **CONTRATADA** reserva-se o direito de alterar a rede de prestadores de serviços credenciados, constantes do mencionado “**Guia da Rede Credenciada**”, obedecendo aos trâmites legais existentes, principalmente no que se refere à mudança de entidade hospitalar.

10.22. A **CONTRATADA** divulgará através de diversos meios a rede de prestadores de serviços credenciados, quais sejam: impresso, site, telefone e/ou eletrônicos. Sendo a divulgação da substituição da rede através do site www.hfcsaude.com.br.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – PREÇOS E CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

11.1. A **CONTRATANTE** obriga-se a pagar à **CONTRATADA**, em pré-pagamento, por meio de emissão de nota fiscal/boleto, as obrigações financeiras decorrentes da prestação de serviços, sendo a soma das mensalidades correspondentes a cada faixa etária dos beneficiários, titulares e/ou dependentes, inscritos neste contrato, valores estes constantes na Proposta de Adesão; ou de segunda via de cartão de identificação, caso opte por impresso, conforme disposto neste contrato e Anexos; multas e juros. Estas poderão ser cobradas em notas fiscais/boletos distintos, que deverão ser obtidos

no site da **CONTRATADA** ou no Aplicativo desta, conforme login e senha da **CONTRATANTE**.

11.1. As obrigações serão pagas até seus respectivos vencimentos, conforme acordado na Proposta de Adesão.

11.2. Quando a data de vencimento cair em dia que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser realizado até o primeiro dia útil subsequente, sem que haja qualquer penalização ao **CONTRATANTE**.

11.3. As notas fiscais emitidas pela **CONTRATADA** serão baseadas na comunicação de movimentação de pessoal enviada pela **CONTRATANTE**. Na falta de comunicação, em tempo oportuno, de inclusão ou exclusão de beneficiários, a fatura baseará nos dados disponíveis no ato do fechamento de Cadastro, ou seja, período compreendido entre a data inicial e a data final de apuração das movimentações (inclusões ou exclusões de titulares, dependentes ou módulos) ocorridas e contempladas na fatura de referência.

11.4.1. A movimentação de um período, inclusão e exclusão de beneficiários, serão processadas no faturamento do mês subsequente.

11.4.2. A **CONTRATANTE** deve estar atenta à cobrança das coparticipações, constituindo-se inadimplemento ou seu não pagamento em tempo, possibilitando a resolução do contrato.

11.5. Se a **CONTRATANTE** não conseguir obter o documento que possibilite realizar o pagamento de sua obrigação até 5 (cinco) dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente à **CONTRATADA**, para que não se sujeite a consequência da mora.

Parágrafo único: O boleto do plano de saúde poderá ser obtido no site ou Aplicativo da **CONTRATADA**.

11.6. A **CONTRATADA** não poderá fazer distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles a este já vinculados.

11.7. Ocorrendo impontualidade no pagamento das obrigações financeiras, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso, além de multa de 2% (dois por cento), ou ainda, conforme o caso, ressarcimento por perdas e danos, honorários advocatícios e reembolso de cobrança de custas judiciais e extrajudiciais.

11.7.1. O inadimplemento das obrigações financeiras previstas no presente contrato acarretará a inclusão dos dados da **CONTRATANTE** nos serviços de proteção ao crédito (SERASA, SPC, cartório e assemelhados), além de sujeitar, a critério da **CONTRATADA**, a suspensão dos atendimentos e eventual exclusão do mesmo e seus dependentes, por sua culpa, conforme abaixo.

11.8. O atraso no pagamento das obrigações financeiras por período superior a 30 (trinta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses da adesão da **CONTRATANTE**, facultará a **CONTRATADA** a suspensão dos atendimentos e eventual exclusão do mesmo e seus dependentes, por sua culpa.

11.9. A **CONTRATANTE** está ciente de que o faturamento dos atendimentos realizados e as coparticipações poderão ser efetuados em até 180 (cento e oitenta) dias corridos de sua realização.

11.9.1. A **CONTRATANTE** está ciente e concorda com o fato de que em caso de rescisão do presente instrumento, poderá receber faturas de utilização anteriores à sua rescisão, até o limite acima descrito, contado esse prazo da efetiva rescisão, comprometendo-se a arcar com esses valores.

11.10. A mudança de estrutura societária, incorporação, fusão, cessão, transformação da **CONTRATANTE** não impossibilitarão o pagamento das faturas emitidas em

decorrência do exposto acima, sendo o seu sucessor integralmente responsável pelo pagamento das obrigações contratuais decorrentes deste contrato, não podendo se eximir da condição de sucessor de direitos e obrigações. Ainda que opte, o sucessor, pela rescisão do presente instrumento, permanecerá responsável pelas obrigações pecuniárias e legais decorrentes do presente enlace.

11.10.1. As modificações acima descritas deverão ser comunicadas pela **CONTRATANTE** a **CONTRATADA**, sendo remetidos os documentos relacionados aos processos societários, com comunicação expressa de intenção de manutenção do contrato ou de sua rescisão, em conformidade com o descrito acima.

11.10.2. As PARTES estão cientes e concordam que toda e qualquer cobrança de valores referentes a este Contrato poderão serem feitas pela própria **CONTRATADA** ou por empresa terceira a ela credenciada mediante contrato de prestação de serviços.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA– REAJUSTE E REVISÃO DOS VALORES

12.1. Caso a **CONTRATANTE** tenha até 29 beneficiários vinculados a este Plano de Saúde contratado, integrará o agrupamento de contratos com até 29 beneficiários, para o cálculo e aplicação do percentual de reajuste anual.

12.2. A quantidade de beneficiários estabelecida para avaliar se o contrato será agregado ao agrupamento será verificada na data de sua assinatura, e anualmente reavaliada, no mês de aniversário deste contrato, para, conforme o caso, mantê-lo ou excluí-lo do agrupamento.

12.3. Para fins do disposto no item anterior, serão considerados todos os beneficiários vinculados à mesma pessoa jurídica, ainda que vinculados a outro plano contratado.

12.4. Se este contrato for agrupado na data de sua assinatura/mês de seu aniversário, ser-lhe-á aplicado o reajuste do agrupamento no seu aniversário subsequente, observando os critérios estabelecidos no item 12.7.

12.5. Se este contrato não for agregado na data de sua assinatura ou for excluído do agrupamento no mês de seu aniversário, ser-lhe-á aplicado, no seu aniversário subsequente, o reajuste conforme os critérios estabelecidos no item 12.8.

12.6. Os reajustes efetuados serão comunicados à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), conforme determinado pela legislação em vigor.

AGRUPAMENTO DE CONTRATOS

12.7. O critério para o reajuste anual da mensalidade do contrato agregado ao agrupamento observará o disposto nesse item.

12.7.1. Nos termos da legislação vigente, o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do Índice IGPM. Este será apurado no período de 12 meses consecutivos entre o mês de Março e Fevereiro subsequente.

12.7.1.1. Na hipótese de descontinuidade do índice estabelecido no item 12.7.1., será estipulado novo índice mediante instrumento específico.

12.7.2. Caso seja verificado o desequilíbrio econômico-atuarial da carteira de planos coletivos com até 29 beneficiários, este será reavaliado, nos termos descritos a seguir.

12.7.3. O desequilíbrio é constatado quando o nível de sinistralidade da carteira ultrapassar o índice de 70% (setenta por cento) (S_m), cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 meses consecutivos entre o mês de Março e Fevereiro subsequente.

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

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

Onde: S - Sinistralidade apurada no período

Sm - Meta de Sinistralidade expressa em contrato

12.7.4. Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, previsto no item 12.7.3., este deverá ser procedido de forma complementar ao especificado no item 12.7.1. e na mesma data, de forma a garantir a anualidade dos reajustes.

12.7.5. Ficarão disponíveis, no sítio eletrônico dessa operadora, o percentual de reajuste a ser aplicado ao agrupamento de contratos e os contratos que receberão o reajuste, com o código informado no sistema de Reajuste de Planos Coletivos da ANS, e seus respectivos planos, com número de registro na ANS.

CONTRATOS NÃO AGREGADOS AO AGRUPAMENTO

12.8. O critério para o reajuste anual da mensalidade do contrato não agregado ao agrupamento observará o disposto nesse item.

12.8.1. Nos termos da legislação vigente, o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do Índice IGPM. Este será apurado no período de 12 meses consecutivos, com uma antecedência de 2 meses em relação à data-base de aniversário, considerada esta o mês de assinatura do Contrato.

12.8.1.1. Na hipótese de descontinuidade do índice estabelecido no item 12.8.1., será estipulado novo índice mediante instrumento específico.

12.8.2. Caso seja verificado o desequilíbrio econômico-atuarial do contrato, este será reavaliado nos termos descritos a seguir.

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

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

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

Onde: S - Sinistralidade apurada no período

S_m - Meta de Sinistralidade expressa em contrato

12.8.4. Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, previsto no item 12.8.3., este deverá ser procedido de forma complementar ao especificado no item 12.8.1. e na mesma data, de forma a garantir a anualidade dos reajustes.

12.8.5. No mês de aplicação do reajuste, a **CONTRATADA** encaminhará à **CONTRATANTE** a memória de cálculo do percentual de reajuste, demonstrando os critérios para sua apuração.

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

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

12.11. Nenhum contrato poderá receber reajuste em periodicidade inferior a 12 meses, ressalvadas as variações do valor da mensalidade em razão de mudança de faixa etária e/ou previsto na legislação vigente.

12.12. Caso novos critérios legais venham a autorizar reajustes em período inferior à anualidade, esses serão aplicados imediatamente a este contrato.

12.13. Se, por inércia ou omissão da **CONTRATANTE** dos serviços, o reajuste não for efetuado na ocasião discriminada acima, quando de sua aplicação retroagiram os seus efeitos até a data contratualmente eleita para sua realização, sendo líquidos e exigíveis os valores relativos a esse período.

12.14. As coparticipações em valor monetário e os tetos (limites máximos das coparticipações fixadas em percentual), estabelecidas na Proposta de Adesão do presente contrato, serão reajustadas anualmente, no aniversário do contrato, pelo IGPM, juntamente com o valor das mensalidades.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - FAIXAS ETÁRIAS

13.1. As mensalidades são estabelecidas de acordo com a faixa etária de cada beneficiário inscrito. Ocorrendo alteração na idade de qualquer dos beneficiários inscritos em deslocamento para a faixa etária superior, as mensalidades serão aumentadas automaticamente, no mês seguinte ao do aniversário do beneficiário.

13.2. Para fins deste contrato, ficam fixadas as seguintes faixas etárias:

Faixa Etária	Variação % entre as faixas
De 0 (zero) a 18 (dezoito) anos de idade	-
De 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos de idade	10%
De 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos de idade	15%
De 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos de idade	10%
De 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos de idade	20%
De 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos de idade	25%
De 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos de idade	25%
De 49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos de idade	15%
De 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos	35%
59 (cinquenta e nove) anos ou mais	45%

13.3. Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária corresponderão aos percentuais indicados acima, incidindo sobre o preço da faixa etária anterior, e não se confundem com o reajustamento disciplinado na cláusula referente ao “REAJUSTE E REVISÃO DOS VALORES”.

13.4. O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária.

13.5. A variação acumulada entre a sétima faixa e a décima faixa não poderá ser superior a variação acumulada entre a primeira faixa e sétima faixa.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA– REEMBOLSO

14.1. Será garantido reembolso ao beneficiário, nos limites das obrigações deste contrato, das despesas efetuadas pelo beneficiário titular ou dependente, decorrentes exclusivamente de urgência e emergência, ocorridos na área de abrangência geográfica da cobertura contratual, sempre que não for comprovadamente possível a utilização dos serviços credenciados ou contratados pela **CONTRATADA**.

14.2. O reembolso será calculado de acordo com os preços praticados pela **CONTRATADA** com seus prestadores de serviços para a presente prestação de serviços, sempre considerada a época da ocorrência do evento.

14.2.1. O reembolso deverá ser efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento da documentação completa e original pela **CONTRATADA**, conforme segue abaixo:

- a) relatório do médico assistente, no qual deverão constar nome do paciente, tratamento efetuado e sua justificativa, data do atendimento e, quando for o caso, tempo de permanência no hospital, data da alta hospitalar, diagnóstico, descrição das complicações, quando for o caso e relatório de alta;
- b) conta hospitalar discriminando materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com notas fiscais, faturas ou recibos do hospital;

- c) recibos originais de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, discriminando as funções e o evento a que se referem;
- d) os comprovantes originais relativos aos serviços de exames laboratoriais, radiodiagnósticos e serviços auxiliares (fisioterapia, inaloterapia, etc.), somente serão reembolsados mediante acompanhamento do pedido do médico que assistiu o beneficiário.

14.3. Somente serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao beneficiário, realizado enquanto perdurar o estado de urgência ou emergência.

14.4. O beneficiário perderá o direito ao reembolso decorridos 12 (doze) meses da data do evento.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – RESCISÃO DO CONTRATO

15.1. Caso a **CONTRATANTE** rescinda o presente contrato antes dos 12 meses iniciais de vigência deverá arcar com multa correspondente ao valor da primeira mensalidade paga a **CONTRATADA**, quando do início da vigência contratual. Caso seja a **CONTRATADA** a Parte a requerer a rescisão antes dos 12 meses iniciais, não haverá incidência de multa caso esta respeite as demais condições de solicitação de distrato neste Contrato dispostas.

15.1.1. Em nenhuma hipótese haverá restituição do valor pago pela **CONTRATANTE** para os beneficiários fazerem jus às coberturas definidas neste instrumento.

15.1.2. A responsabilidade da **CONTRATADA** quanto aos atendimentos e tratamentos iniciados, cessarão no último dia fixado para a efetivação de rescisão contratual, não correndo as despesas, a partir daí, por conta da **CONTRATADA**.

15.2. Após o período de 12 (doze) meses contados da data de início de sua vigência, o presente contrato poderá ser denunciado imotivadamente, a qualquer tempo, pela

CONTRATANTE ou pela **CONTRATADA**, mediante aviso prévio por escrito, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

15.3. O presente contrato também poderá ser resolvido:

- a) pela **CONTRATADA**, por inadimplência da **CONTRATANTE** por período superior a 30 (trinta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, sem prejuízo do direito de requerer judicialmente a quitação do débito, com os acréscimos legais e contratuais advindos da inadimplência;
- b) pela **CONTRATADA** devido a prática, pela **CONTRATANTE**, de qualquer ato ilícito, fraude, tentativa de fraude ou de dolo e/ou por qualquer beneficiário na utilização deste plano; mediante instauração de processo administrativo na ANS e inquérito policial.
- c) pela **CONTRATADA** em caso de falência, recuperação judicial e recuperação extrajudicial da **CONTRATANTE**;
- d) por qualquer das partes, se houver inobservância das condições contratuais.

15.4. A **CONTRATANTE** reconhece como dívida líquida e certa, em favor da **CONTRATADA**, quaisquer despesas decorrentes de atendimento prestado a seus beneficiários após a rescisão do contrato, independente de data do início do tratamento, bem como aquelas coberturas deferidas por liminar ou cautelarmente em procedimento judicial, e posteriormente revogadas ou decididas em contrário, e, ainda, os procedimentos não cobertos explicitamente por este contrato.

15.6. Por motivo de força maior, caso fortuito desde que devidamente comprovado ou acordo mútuo, as partes poderão, a qualquer época, propor a rescisão deste contrato.

15.7. Em caso de extinção do presente, a qualquer título, a partir da rescisão fica desde já destacado que, o custo de internação dos beneficiários internados correrá a expensas da **CONTRATANTE** em custo operacional, até a data da alta;

15.8. A **CONTRATADA** reserva-se ao direito de cobrar da **CONTRATANTE**, pelos meios legais cabíveis, por ela própria ou entidade terceira, a qual a **CONTRATADA** desde já

aceita, eventuais despesas decorrentes de atendimento prestado ao beneficiário titular e aos seus dependentes, após a rescisão do contrato, restando-se cessadas as responsabilidades da **CONTRATADA**.

15.9. Em caso de inadimplemento por parte do beneficiário à **CONTRATANTE** ou ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS, estas poderão solicitar o cancelamento à **CONTRATADA**, do beneficiário e seus dependentes, a qualquer tempo.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA- DISPOSIÇÕES GERAIS

16.1. Integram este contrato, para todos os fins de direito, a Proposta de Adesão assinada pela **CONTRATANTE**, Ficha Cadastral, Guia da Rede Credenciada, Cartão de Identificação, Declaração de Saúde, Exame ou Perícia Médica, quando for o caso, Carta de Orientação ao Beneficiário, Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS) e o Guia de Leitura Contratual (GLC).

16.2. A **CONTRATANTE** reconhece expressamente que seu vínculo contratual é apenas com a **CONTRATADA**, para todos os efeitos legais.

16.3. As partes se comprometem a observar a legislação relativa ao sigilo médico.

16.4. Nas hipóteses de tratamento de dados pessoais em decorrência da prestação dos serviços objeto do presente instrumento, as partes deverão observar as seguintes condições:

16.4.1. As partes se comprometem a observar plenamente os princípios e requisitos para tratamento de dados pessoais previstos na Lei 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados), além de eventuais ordenamentos que possam vir a substituí-los ou complementá-los, incluindo o processamento do mínimo necessário de dados para a realização das finalidades pelas quais eles foram coletados.

16.4.2. As partes se comprometem a preservar o segredo empresarial, estabelecendo o sigilo e boas práticas de segurança de dados em relação às informações tratadas.

16.4.3. As partes informarão uma à outra em prazo razoável, em prazo razoável, não superior a 2 (dois) dias úteis a contar do conhecimento ou mesmo antes, se assim normativamente previsto, sobre eventual incidente de segurança que possa acarretar risco ou dano relevante aos titulares dos dados pessoais.

16.4.4. A parte que vier a descumprir com o estabelecido neste contrato reparará integralmente a outra parte, inclusive por eventual penalidade sofrida em decorrência do tratamento indevido dos dados dos titulares, bem como pelo descumprimento à legislação correlata.

16.4.5. As partes se comprometem a empenhar seus melhores esforços a fim de assegurar o acesso seguro aos dados pessoais eventualmente tratados em decorrência desta relação contratual.

16.4.6. As partes se comprometem mutuamente no auxílio da elaboração de relatórios de impacto à proteção de dados, das informações tratadas em decorrência do contrato.

16.4.7. O presente instrumento não autoriza as partes a subcontratar terceiros para a execução de atividades de tratamento de dados pessoais, em todo ou em parte, exceto para os serviços auxiliares necessários à manutenção das atividades da parte necessitada e desde que tais agentes destinatários obrigam-se às mesmas obrigações assumidas neste contrato.

16.4.8. As partes se obrigam a manter registro das operações de tratamento de dados pessoais em decorrência do contrato, inclusive para eventual identificação da origem de incidente de segurança.

16.4.9. No caso de rescisão contratual, por qualquer motivo, as partes se obrigam a transferir os dados pessoais aos respectivos controladores de dados e eliminar, de maneira irrecuperável, as cópias dos mesmos, após a concretização da sua

transferência aos controladores, emitindo, obrigatoriamente, declaração de eliminação firmadas pelos respectivos representantes legais.

16.5. A inserção de mensagens na fatura de cobrança das mensalidades valerá como notificação/ciência a **CONTRATANTE** e de seus beneficiários de fatos para os quais a Lei não exija forma especial.

16.6. Este contrato foi elaborado levando-se em consideração a legislação vigente. Por esse motivo, qualquer alteração das normas que impliquem a necessária modificação do que aqui foi avençado sujeitará a **CONTRATANTE** a novo ajuste das condições, inclusive com possíveis reflexos na contraprestação.

16.7. A **CONTRATADA** reserva-se o direito de rescindir o contrato com qualquer participante da sua rede assistencial, bem como de contratar novos serviços, a seu exclusivo critério, sempre objetivando o aprimoramento da prestação dos serviços previstos neste instrumento, observando os trâmites legais e o disposto na Lei 9.656/98, desde que:

16.7.1. A substituição da entidade hospitalar seja por outra equivalente e mediante comunicação efetivada aos beneficiários e, nos casos em que a lei exija, requerimento à ANS com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimos casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor;

16.7.2. Nos casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, durante o período de internação, a **CONTRATADA** arcará com transferência do beneficiário para outro estabelecimento equivalente, sem ônus adicional, garantindo-lhe continuidade da assistência;

16.7.3. Na hipótese de a substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer por vontade da **CONTRATADA**, durante o período de internação do beneficiário, o hospital estará obrigado a manter a internação e a **CONTRATADA** a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério médico, na forma do contrato.

16.8. As substituições havidas na rede assistencial da **CONTRATADA** ficarão disponíveis no site www.hfcsaude.com.br.

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

16.10. Casos omissos e eventuais dúvidas deverão ser resolvidos entre as partes e serão objeto de aditivo ao presente contrato, quando couber.

16.11. Qualquer tolerância será entendida como mera liberalidade, não ensejando novação nem alteração tácita, nem caracterizará renúncia de qualquer espécie, não caracterizando o instituto da “supressio” previsto no ordenamento jurídico brasileiro.

16.12. A **CONTRATANTE** declara neste ato que tem ciência de seu conteúdo, e deverá cumprir e fazer com que seus beneficiários cumpram o disposto no Código de Ética e Compliance da **CONTRATADA**, que se encontra disponível no site Institucional desta. O conteúdo do Código poderá ser atualizado periodicamente, e é dever da **CONTRATANTE** acessar a página do documento ou solicitá-lo a **CONTRATADA**, para manter-se ciente sobre suas condições.

16.13. Na eventualidade de insatisfação quanto ao plano ou atendimento ofertado pela **CONTRATADA**, os beneficiários que fazem parte deste contrato deverão realizar:

- a) reclamação escrita para o endereço da **CONTRATADA**; ou
- b) reclamação através dos canais de atendimento da **CONTRATADA**, disponíveis no endereço eletrônico: (www.hfcsaude.com.br).

16.13.1. Caso necessário, após a realização do contato com os canais mencionados na cláusula acima, a Operadora dispõe do canal de Ouvidoria como segunda instância, conforme legislação vigente à época, disponível no formato eletrônico (www.hfcsaude.com.br) e presencial no endereço sede da **CONTRATADA**.

16.14. As partes têm ciência e concordam que a **CONTRATADA** poderá fornecer por mera liberalidade benefícios extraordinários ao **CONTRATANTE** e seus beneficiários quanto a prestação de serviços médicos e hospitalares que não sejam de sua obrigação legal o fornecimento. Tais benefícios serão temporários, a depender dos critérios elencados em política da **CONTRATADA**, e poderão ser suprimidos a qualquer tempo sem que o **CONTRATANTE** e seus beneficiários tenham direito a qualquer reparação.

16.15. A **CONTRATANTE** tem ciência que no caso da ocorrência de processos administrativos junto a ANS ou ressarcimento ao SUS que a **CONTRATADA** tenha que responder, envolvendo integrantes da **CONTRATANTE**, esta deverá encaminhar a **CONTRATADA** documento e informações que comprovem o vínculo e/ou a data de inclusão ou exclusão deste enquanto beneficiário. Tais documentos deverão ser enviados no prazo de dois dias úteis após a solicitação, sob pena de ressarcimento a **CONTRATADA** pelo prejuízo ocasionado ante a falta de informação.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA - DEFINIÇÕES

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

ACIDENTE PESSOAL: é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só, e independentemente de toda e qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico.

ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS: é uma pessoa jurídica que propõem a contratação de plano coletivo na condição de estipulante.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE (ANS): é a autarquia sob regime especial vinculada ao Ministério da Saúde, encarregada da regulação, normatização, controle e fiscalização dos planos de saúde.

AGRUPAMENTO: medida que tem por finalidade promover a distribuição, para todo um grupo determinado de contratos coletivos, do risco inerente à operação de cada um deles.

ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE: municípios ou estados de cobertura e operação do plano, indicados pela operadora no contrato de acordo com a área de abrangência geográfica.

ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA: é a área em que a operadora fica obrigada a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo beneficiário.

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: é a atenção à saúde voltada para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada à maior parte das necessidades de saúde de uma determinada população, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos.

ATENDIMENTO AMBULATORIAL: compreende os atendimentos executados em consultório ou em ambulatório, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnósticos ou terapia que, prescindam de internação, demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas ou serviços como unidade de terapia intensiva e similares, conforme as exigências e detalhamento do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde ou Legislação vigente.

ATENDIMENTO OBSTÉTRICO: todo atendimento prestado à gestante, em decorrência da gravidez, parto, aborto e suas consequências.

BENEFICIÁRIO: pessoa física inscrita na **CONTRATADA** pela **CONTRATANTE**, e a este vinculado conforme determinado pela ANS, que usufruirá dos serviços ora contratados, seja na qualidade de titular ou de dependente, conforme definido no presente contrato.

BENEFICIÁRIO DEPENDENTE: é aquele vinculado ao beneficiário titular conforme previsto contratualmente.

BENEFICIÁRIO TITULAR: para efeito deste contrato, é beneficiário titular aquele vinculado a **CONTRATANTE** por relação de caráter profissional, classista ou setorial.

BENEFÍCIOS EXTRAORDINÁRIOS: qualquer benefício que a **CONTRATADA** conceda em política institucional a depender de critérios técnicos elencados neste documento, que não seja obrigada legalmente a fornecê-lo mas o faça por liberalidade de modo temporário. Tendo como exemplos: clínicas especializadas, tele orientação, visitas domiciliares. Tais benefícios não serão aderidos à cobertura contratual.

CARÊNCIA: é o prazo ininterrupto, contado a partir do início da vigência do contrato, durante o qual a **CONTRATANTE** paga as contraprestações pecuniárias, mas ainda não tem direito às coberturas contratadas.

CID-10: é a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, sempre aplicada a atualização mais recente considerando o evento.

COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT): aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), Leitos de Alta Tecnologia e Procedimentos Cirúrgicos, relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes - DLP declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.

CONSULTA: compreende a anamnese, o exame físico, conclusão diagnóstica, prognóstico e prescrição terapêutica, caracterizando assim, um ato médico completo, concluído ou não num único período de tempo.

CONTRATADA: é o **HFCSaúde**, qualificado na Proposta de Adesão, que se obriga, perante a **CONTRATANTE**, a garantir a prestação de serviços de assistência à saúde aos beneficiários do plano ora convencionado, nos termos deste instrumento e da legislação específica vigente, por meio de credenciados ou contratados.

CONTRATANTE: é a pessoa jurídica qualificada na Proposta de Adesão, documento integrante deste contrato, que contrata a prestação de serviços de assistência à saúde.

CONTRATO COLETIVO POR ADESÃO: é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população que mantenha vínculo com as seguintes pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial: I – conselhos profissionais e entidades de classe, nos quais seja necessário o registro para o exercício da profissão; II – sindicatos, centrais sindicais e respectivas federações e confederações; III – associações profissionais legalmente constituídas; IV - cooperativas que congreguem membros de categorias ou classes de profissões regulamentadas; V - caixas de assistência e fundações de direito privado que se enquadrem nas disposições desta resolução; e VI - entidades previstas na Lei n° 7.395, de 31 de outubro de 1985, e na Lei n° 7.398, de 4 de novembro de 1985.

CUSTO OPERACIONAL: é a denominação genérica do pagamento efetuado após a prestação dos serviços de assistência à saúde.

DIRETRIZ CLÍNICA (DC): são orientações científicas aos profissionais de saúde sobre condução de alguns procedimentos constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS.

DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO (DUT): são os critérios definidos pela ANS que devem ser atendidos pelos beneficiários para a obrigatoriedade de cobertura de alguns procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS.

DOENÇA: é o processo mórbido definido, tendo um conjunto característico de sintomas e sinais, que leva o indivíduo a tratamento médico.

DOENÇA OU LESÃO PREEXISTENTE: aquela que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.

ELETIVO: é o termo usado para designar qualquer ato médico não considerado de urgência ou emergência e que, por isso, pode ser programado.

EMERGÊNCIA: é o evento, caracterizado em declaração do médico assistente, que implica risco imediato de morte ou lesões irreparáveis para o beneficiário.

EXAME: é o procedimento complementar ao atendimento médico, solicitado por este quando pertinente, com objetivo e auxiliar na investigação diagnóstica e condução do tratamento do beneficiário.

FICHA CADASTRAL: é o documento que contém as informações cadastrais dos beneficiários.

GUIA DA REDE CREDENCIADA: é a relação de prestadores de serviços de saúde que compõem a rede credenciada e/ou contratada do **HFCSaúde**, disponibilizado ao beneficiário do plano de saúde através no site www.hfcsaude.com.br

HOSPITAL-DIA: é aquele regime de internação próprio para realização de qualquer procedimento médico que não requeira internação por período superior a 12 (doze) horas em leito hospitalar, salvo os casos que venham a exigir a manutenção do paciente no hospital. Tais casos deverão ser justificados pelo médico assistente por escrito e tão somente neles aplicar-se-á o estabelecido para internação.

INTERNAÇÃO HOSPITALAR: modalidade de internação que requer permanência na instituição por período superior a 12 (doze) horas, mediante as necessidades do quadro clínico do beneficiário quanto ao tratamento proposto pelo médico assistente.

MÉDICO ASSISTENTE: é o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina e responsável pelo acompanhamento clínico do beneficiário, bem como pelo(s) diagnóstico(s) e/ou procedimentos realizados.

MENSALIDADE: contraprestação pecuniária paga pela **CONTRATANTE** à **CONTRATADA** mensalmente, discriminados da Proposta de Adesão, que somados a eventuais taxas contratualmente fixadas, constituem as obrigações financeiras contratuais.

OBRIGAÇÕES FINANCEIRAS: contraprestação financeira devida pela **CONTRATANTE** compostas pelas mensalidades de todos os beneficiários inscritos no contrato, as coparticipações decorrentes das utilizações, as taxas descritas no presente, eventuais valores faturados em custo operacional, juros e multas.

OPERADORA: é uma pessoa jurídica de direito privado, devidamente regulamentada junto a ANS para operar Planos de Assistência à Saúde.

ÓRTESE: dispositivo permanente ou transitório, utilizado para auxiliar as funções de um membro, órgão ou tecido, não substitui parcial ou totalmente nenhum órgão ou membro, podendo, ou não, ser retirado posteriormente.

OUVIDORIA: é unidade de segunda instância para atendimento do beneficiário após contato prévio junto ao Serviço de Interação com o Cliente.

PORTA DE ENTRADA: mecanismo de regulação (CONSU nº 8/1998) que tem como característica direcionar o beneficiário para atendimento, avaliação e acompanhamento (excetuada urgência e emergência), na rede credenciada ou contratada indicada pela **CONTRATADA**, caso seja necessário, encaminhamento através destes para outros profissionais de saúde especialistas ou para realização de procedimentos complementares.

PERÍODO DE APURAÇÃO DA QUANTIDADE DE BENEFICIÁRIOS: período definido na cláusula de reajuste, em que são identificados todos os contratos que possuam menos de 30 (trinta) beneficiários, para que sobre ele incida o mesmo critério de reajuste.

PÓS-PARTO IMEDIATO: nos termos da legislação vigente da ANS, entende-se por pós-parto imediato as primeiras 48 (quarenta e oito) horas após o parto, salvo contraindicação do médico assistente, ou até 10 (dez) dias, quando indicado pelo médico assistente.

PROCEDIMENTOS: são os atos praticados pelos profissionais de saúde, que não sejam exames/terapias, consultas, tratamentos e internação.

PROPOSTA DE ADESÃO: é o documento que integra o presente contrato para todos os efeitos legais, a ser preenchido pela **CONTRATANTE**, que expressa a constituição jurídica das partes, especifica as condições comerciais do contrato e no qual a **CONTRATANTE** se manifesta e firma intenção de contratar o plano de assistência à saúde, com pleno conhecimento de suas obrigações e direitos, estabelecidos nas condições gerais de produto que está adquirindo.

PRÓTESE: é qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido.

ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE: procedimentos listados pela ANS de cobertura mínima obrigatória a ser garantido pelas operadoras de plano privado de assistência à saúde, de acordo com a segmentação contratada.

TERAPIAS: são procedimentos executados por profissionais da saúde realizados como suporte ao tratamento clínico ou cirúrgico dos pacientes, que podem ser subdivididas em sessões.

URGÊNCIAS: assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA - ELEIÇÃO DE FORO

18.1. O presente Contrato, é o único instrumento ora avençado e prevalecendo sobre toda e qualquer negociação verbal ou documento anterior trocado entre as partes.

18.2. Fica eleito o foro da comarca de domicílio da **CONTRATANTE** para dirimir toda e qualquer demanda do presente Contrato, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E, assim, por estarem concordes nos termos acima as partes contratantes firmam o presente instrumento, em 2 (duas) vias, juntamente com as 2 (duas) testemunhas abaixo nomeadas.

Piracicaba, 01 de outubro de 2023.

CONTRATANTE:

**SINDICATO DOS TRABALHADORES MUNICIPAIS DE PIRACICABA, SÃO PEDRO,
AGUAS DE SÃO PEDRO, SALTINHO E REGIÃO**

CONTRATADA:

**ASSOCIAÇÃO DE SAÚDE DOS FORNECEDORES DE CANA DE PIRACICABA E
REGIÃO - HFCSAÚDE**

TESTEMUNHAS:

1. _____

Nome: Francisco Carlos M. Enyedi

RG/CPF: 063.723.638-60

2. _____

Nome: Gabriela Fernanda Degaspari

RG/CPF: 413.849.098-18

Guia de Leitura Contratual

Página do Contrato

CONTRATAÇÃO	Determina se o plano destina-se à pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser Individual/Familiar, Coletivo por Adesão ou Coletivo Empresarial.	1
SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL	Define a amplitude de cobertura assistencial do plano de Saúde. A segmentação assistencial é categorizada em: referência, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, ambulatorial, odontológica e suas combinações	1
PADRÃO DE ACOMODAÇÃO	Define o padrão de acomodação para o leito de internação nos planos hospitalares; pode ser coletiva ou individual.	2
ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA E ATUAÇÃO	Área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. A exceção da nacional, é obrigatória a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõem as áreas de abrangência estadual, grupo dos estados, grupo de municípios ou municipal.	2
COBERTURA E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura mínima obrigatória, e no contrato firmado com a operadora, conforme a segmentação assistencial do plano contratado. O beneficiário deve analisar detalhadamente as coberturas a que tem direito	7
EXCLUSÕES DE COBERTURAS	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário não tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar, conforme a segmentação assistencial do plano contratado.	17
DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES (DLP)	Doenças e lesões preexistentes - DLP - são aquelas existentes antes da contratação do plano de saúde, e que o beneficiário ou seu responsável saiba ser portador.	22
PERÍODOS DE CARÊNCIAS	Carência é o período em que o beneficiário não tem direito a cobertura após a contratação do plano. Quando a operadora exigir cumprimento de carência, este período deve estar obrigatoriamente escrito, de forma clara, no contrato. Após cumprida a carência, o beneficiário terá acesso a todos os procedimentos previstos em seu contrato e na legislação, exceto eventual cobertura parcial temporária por DLP.	21

MECANISMO DE REGULAÇÃO	São os mecanismos financeiros (franquia e/ou co-participação), assistenciais (direcionamento e/ou perícia profissional) e/ou administrativos (autorização prévia) que a operadora utiliza para gerenciar a demanda e/ou utilização dos serviços de saúde.	28
VIGÊNCIA	Define o período em que vigorará o contrato.	20
RESCISÃO/ SUSPENSÃO	A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.	43
REAJUSTE	O reajuste por variação de custos é o aumento anual de mensalidade do plano de saúde em razão de alteração nos custos, ocasionada por fatores tais como inflação, uso de novas tecnologias e nível de utilização de serviços. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente de alteração de idade do beneficiário.	37
CONTINUIDADE NO PLANO COLETIVO EMPRESARIAL (ART.30 E 31 DA LEI Nº 9.656/1998)	A existência da contribuição do empregado para o pagamento da mensalidade do plano de saúde, regular e não vinculada à co-participação em eventos, habilita ao direito de continuar vinculado por determinados períodos ao plano coletivo empresarial, nos casos de demissão sem justa causa ou aposentadoria, observadas as regras para oferecimento, opção e gozo previstas na Lei e sua regulamentação.	----

Para informar-se sobre estes e outros detalhes do contrato, o beneficiário deve contatar sua operadora. Permanecendo dúvidas, pode consultar a ANS pelo site www.ans.gov.br ou pelo Disque-ANS (0800-701-9656).

ESTE GUIA NÃO SUBSTITUI A LEITURA INTEGRAL DO CONTRATO.

O Guia de Leitura Contratual é uma exigência da Resolução Normativa 195/2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar.



**Ministério
da Saúde**



Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)
Av. Augusto Severo, 84 - Glória - CEP:20021-040
Rio de Janeiro - RJ

Disque-ANS: 0800 701 9656
www.ans.gov.br
ouvidoria@ans.gov.br

PROPOSTA DE ADESAO
(PARTE INTEGRANTE DO CONTRATO)

PROPOSTA Nº:	CONTRATO Nº
CONSULTOR:	OPERADORA: HFCSAÚDE
CONTRATAÇÃO →	(X) PLANO DE SAÚDE
CONTRATANTE →	(X) ESTIPULANTE () SUBTIPULANTE

CONTRATADA

Operadora: Associação de Saúde dos Fornecedores de Cana de Piracicaba e Região	CNPJ: 15.022.430/0001-81
Endereço: Rua Rafael Aloisi, 51 – Jardim Monumento – Piracicaba/SP – CEP: 13.405-205	Fone: 19 3429-7301

CONTRATANTE

Razão Social: Sindicato dos Trabalhadores Municipais de Piracicaba, São Pedro, Aguas de São Pedro, Saltinho e Região.				Matriz (X) Filial ()	
CNPJ: 56.980.220/0001-83		Insc. Estadual: 535.326.218.111		Insc. Municipal: 317482	
Endereço: Rua Ipiranga				Nº 553	Comp.:
Bairro: Centro		Cidade: Piracicaba		CEP: 13.400-480	UF: SP
Fone 1: (19) 3403-1818	Fone 2: 97133-0375	Email: tesouraria@municipaisdepiracicaba.org.br			
		Email: convenios@municipaisdepiracicaba.org.br			

DESCRIÇÃO DO PLANO CONTRATADO

PRODUTO	REGISTRO ANS	SEGMENTAÇÃO
HFC ADESAO III-GM	494.284/23-1	Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia

Faixas Etárias	ATIVOS		INATIVOS	
	*Mensalidade Plano Saúde	Variação	*Mensalidade Plano Saúde	Variação
00 a 18 anos	156,64	-	156,64	-
19 a 23 anos	172,30	10%	172,30	10%
24 a 28 anos	198,14	15%	198,14	15%
29 a 33 anos	217,96	10%	217,96	10%
34 a 38 anos	261,55	20%	261,55	20%
39 a 43 anos	326,94	25%	326,94	25%
44 a 48 anos	408,67	25%	408,67	25%
49 a 53 anos	469,97	15%	469,97	15%
54 a 58 anos	634,47	35%	634,47	35%
59 anos ou +	919,97	45%	919,97	45%

*O valor da mensalidade do beneficiário Inativo será o mesmo do Ativo, enquanto perdurar a Ação Civil Pública de nº 1022942-58.2016.8.26.01451. Em caso de novas decisões processuais que tragam alterações nos valores, sendo esses compatíveis a idade dos beneficiários, haverá aviso prévio na aplicação dos novos valores.

Per Capita Valor a Pagar	O valor da *mensalidade do plano de saúde, conforme acima, se trata da cobrança mensal correspondente a cada faixa etária dos beneficiários, titulares e/ou dependentes, inscritos no Contrato.
Inativos	Demitidos sem justa causa, exonerados e aposentados, conforme estipulado no Instrumento Contratual de Plano Coletivo Empresarial.
Acomodação	• Coletivo (conforme previsto no Contrato)
Abrangência Geográfica	• Grupo de Municípios – Cerquillo/Laranjal Paulista/Piracicaba/São Pedro/Tietê
Atendimento Rede Abrange	• Serviços de urgência e emergência, em nível de Pronto Atendimento, quando estiverem em trânsito, em locais em que exista hospital que faça parte deste Sistema, ou seja, em locais fora de sua área de cobertura assistencial e residência.

COPARTICIPAÇÃO CONTRATUAL

Consultas	• Consultas Eletivas e Pronto Atendimento valor de R\$ 25,00;
Procedimentos Ambulatoriais	• 30% do valor por procedimento faturado pelo Prestador a Contratada, sendo o valor máximo por procedimento R\$ 100,00;

FORMA DE CUSTEIO DO PLANO/SUBSÍDIO INDICADO PELA CONTRATANTE

Totalmente Contributário (X) - Quando as mensalidades são pagas totalmente pelo Beneficiário titular, fica a Contratante responsável pelo recolhimento da parcela relativa a cada beneficiário, bem como pelo pagamento do valor integral da mensalidade.
Não Contributário () - Quando as mensalidades são pagas totalmente pelo Contratante, sem qualquer participação do Beneficiário.

Parcialmente Contributário () - Quando a Contratante contribui com uma parte das mensalidades devida à Contratada, ficando a outra parte por conta do Beneficiário. Especificar abaixo qual o Valor que a Contratante descontará dos Beneficiários: Funcionário – R\$ | Dependentes – R\$

ANS - Nº 41873-1 		PROPOSTA DE ADESÃO (PARTE INTEGRANTE DO CONTRATO)	
VENCIMENTO FATURA		INÍCIO/VIGÊNCIA	
Vencimento: 15 de cada mês em sistema pré-pagamento.		Início: Data assinatura da proposta, vinculada a efetivação do pagamento da 1ª mensalidade.	
1ª parcela vencendo na data		Vigência Contratual: 12 meses, a contar da assinatura do Contrato.	
A alegação de não recebimento dos boletos bancários não será, em hipótese alguma, pretexto para o não pagamento no vencimento da mensalidade, e, por consequência, liberação de multas e demais comunicações legais previstas no contrato.			
O Cartão de Identificação físico, caso solicitado terá o custo individual de R\$ 30,00 Taxa de Adesão ao plano R\$ 20,00.			
CARÊNCIA			
Dos Prazos de Carências		Os prazos de carências deverão ser respeitados e cumpridos conforme estipulados no Documento de Carências Pactuadas que faz parte da Proposta de Adesão.	
ADERENTES AO PLANO			
TITULAR		• Sócios da Pessoa Jurídica Contratante; • Funcionários Registrados; • Estagiários; • Menores Aprendizizes; • Administradores da Pessoa Jurídica Contratante.	
DEPENDENTES		• Cônjuge; • Companheiros na forma da Lei; • Filho natural, adotivo ou enteado, ambos com até 21 anos incompletos ou, se estudantes universitários até 24 anos incompletos; • Tutelados ou Menores Sob Guarda.	
CONTATOS DA CONTRATANTE COM A OPERADORA			
Nome:		Cargo:	
Setor:	Fone:	E-mail:	
Nome:		Cargo:	
Setor:	Fone:	E-mail:	

Estou ciente e de acordo com os termos estipulados nesta Proposta de Adesão, declaro que recebi os documentos abaixo relacionados que integram o contrato.

- ☒ Proposta de Adesão
- ☒ Cartão de Identificação Eletrônico ou Físico
- ☒ Declaração de Saúde e Carta de Orientação ao Beneficiário (Se houver)
- ☒ Entrevista Qualificada (Se houver)
- ☒ Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS)
- ☒ Guia de Leitura Contratual (GLC)
- ☒ Carências Pactuadas
- ☒ Contrato Plano Coletivo

Piracicaba, 01 de outubro de 2023.

CONTRATANTE/RESPONSÁVEL

CONTRATADA – HFC SAÚDE