CONTRATO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

PLANO COLETIVO EMPRESARIAL SEGMENTO AMBULATORIAL

AMACOR CLÁSSICO EMPRESARIAL

CONTRATO Nº

REGISTRO DO PRODUTO NA ANS Nº 489.364/21-6

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTENCIA MÉDICA AMBULATORIAL INDIVIDUAL FAMILIAR - AMACOR CLÁSSICO EMPRESARIAL
REG. ANS Nº 489.364/21-6

ÍNDICE DO CONTRATO

CLÁUSULA	ASSUNTO	PÁGINA
Primeira	Qualificação da Operadora	1
Segunda	Qualificação da Contratante	1
Terceira	Atributos do Contrato	1
Quarta	Nome Comercial e Nº de Registro na ANS	1
Quinta	Tipo de Contratação	1
Sexta	Segmentação Assistencial do Plano de Saúde	2
Sétima	Área Geográfica de Abrangência do Plano	2
Oitava	Área de Atuação do Plano	2
Nona	Padrão de Acomodação	2
Décima	Preço	2
Décima Primeira	Condições de Admissão	2
Décima Segunda	Cobertura e Procedimentos Garantidos	3
Décima Terceira	Exclusão de Cobertura	5
Décima Quarta	Da Vigência e Renovação Contratual	7
Décima Quinta	Período de Carência	7
Décima Sexta	Doenças e Lesões Preexistentes	8
Décima Sétima	Atendimento de Urgência e Emergência	10
Décima Oitava	Mecanismo de Regulação	12
Décima Nona	Formação de Preço e Mensalidade	15
Vigésima	Reajuste	15
Vigésima Primeira	Faixas Etárias	16
Vigésima Segunda	Condições da Perda	17
Vigésima Terceira	Rescisão e Suspensão	17
Vigésima Quarta	Disposições Gerais	18
Vigésima Quinta	Eleição Foro	21

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTENCIA MÉDICA AMBULATORIAL INDIVIDUAL FAMILIAR - AMACOR CLÁSSICO EMPRESARIAL REG. ANS Nº 489.364/21-6

Pelo presente instrumento particular de prestação de serviços médicos ambulatoriais as partes abaixo qualificadas, assinam o presente contrato, no qual a CONTRATADA se obriga na prestação da assistência médica ambulatorial ao BENEFICIÁRIO CONTRATANTE, e aos demais dependentes que a ele se vinculam através da dependência econômica e ou legal, devidamente inscritos e qualificados na Proposta de Adesão, integrante deste contrato.

Cláusula Primeira – QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA

MH Vida Operadora de Planos de Saúde Ltda., operadora de Plano de Assistência à Saúde com sede na Rua Augusto de Vasconcelos, 544 - Loja 148 - Campo Grande - Rio de Janeiro - RJ, inscrita no CNPJ sob o n.º 03.670.297/0001-90, classificada como sociedade de Medicina de Grupo, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS - sob o nº 41.201-5, conforme a Lei nº 9656/1998.

Cláusula Segunda – QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE

O CONTRATANTE é a Pessoa Jurídica, denominado BENEFICIÁRIO TITULAR, qualificado e identificado conforme os dados constantes na Proposta de Adesão, que é parte integrante deste instrumento contratual.

Cláusula Terceira – ATRIBUTOS DO CONTRATO

1. O presente contrato tem por objetivo a prestação continuada de serviços na forma de Plano Privado de Assistência à Saúde médico Ambulatorial, conforme previsto no inciso I, art. 1º da Lei 9.656/98, abrangendo a cobertura descrita na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, CID 10, as especialidades definidas pelo Conselho Federal de Medicina, bem como no Rol de Procedimentos Médicos editados pela ANS, vigente à época do evento, aos Beneficiários regularmente inscritos, na forma e condições deste instrumento.
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.
3. Este contrato objetiva cobrir serviços de assistência médica, ambulatorial e tratamentos, diagnóstico e terapia. A assistência ora pactuada visa à prevenção da doença e a recuperação da saúde, observando-se a legislação vigente na data do evento.

Cláusula Quarta – NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO NA ANS

O presente contrato refere-se ao plano de saúde denominado **AMACOR CLÁSSICO EMPRESARIAL** cujo nº de registrojunto à Agencia Nacional de Saúde é **489.364/21-6**.

Cláusula Quinta – TIPO DE CONTRATAÇAO

A modalidade contratada é identificada como Produto Individual Familiar e destina-se à Pessoa Física, onde a cobertura da atenção prestada é destinada ao CONTRATANTE, denominado BENEFICIÁRIO TITULAR, podendo ainda ser incluído no plano os dependentes legais do Beneficiário Titular devidamente inscritos e autorizados na Proposta de Adesão.

Cláusula Sexta – SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE

A SEGMENTAÇÃO contratada neste plano é de Assistência AMBULATORIAL.

Cláusula Sétima – ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE

1. Este contrato possui a obrigação da cobertura da assistência médica na área de abrangência MUNICIPAL referente ao município do Rio de Janeiro (Capital).
2. A CONTRATADA disponibilizará GUIA DO USUÁRIO do plano contratado com a lista de todos os prestadores – médicos, clínicas, laboratórios e hospitais, com os serviços e especialidades. Este guia possui atualização anual. O CONTRATANTE poderá contar com lista de serviços atualizada através do site da OPERADORA.

Cláusula Oitava – ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE

Este contrato possui como área de atuação o Município do Rio de Janeiro.

Cláusula Nona – PADRÃO DE ACOMODAÇÃO

Por se tratar de Plano de Segmentação Ambulatorial, NÃO HÁ DIREITO À ACOMODAÇÃO. No entanto, será assegurada assistência, em regime de PRONTO ATENDIMENTO, durante as primeiras 12 (doze) horas de atendimento, podendo cessar antes caso caracterizada a necessidade de realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar.

Cláusula Décima – PREÇO

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

Cláusula Décima Primeira – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

1. Para fins de deste contrato é considerado BENEFICIÁRIO TITULAR o CONTRATANTE que assina o presente instrumento.
2. Por ocasião da contratação do plano de saúde, o(a) CONTRATANTE TITULAR deve atender condições de admissão, mediante a apresentação e preenchimento da documentação necessária à sua identificação, além do endereço, telefone e e-mail, podendo ser necessários outros documentos, em atendimento as determinações da Agência Nacional de Saúde Suplementar.
3. O(A) **CONTRATANTE** informará todos os seus dados e de seus dependentes **na Proposta de Adesão,** podendo incluir novos dependentes ou excluir a qualquer momento, **observados os prazos de carências a serem** cumpridos e condições de admissão . O CONTRATANTE é responsável pela constante atualização dos dados cadastrais informados, em relação a si e aos seus dependentes, incluindo eventual alteração de endereço, que deverá ser comunicada imediatamente à CONTRATADA, sob pena do destinatário da correspondência ter presumida a sua ciência e o seu conhecimento, para todos os fins de direito, dos conteúdos das notificações, cobranças, interpelações etc. que venha a receber em seu antigo endereço.
4. No ato da contratação e das inclusões posteriores, BENEFICIÁRIO TITULAR Preencherá o Formulário de Declaração de Saúde, obrigando-se a informar a sua condição sabida de doenças ou lesões preexistentes, e de seus Dependentes, quando receberá a Carta de Orientação ao BENEFICIÁRIO.

5. Podem ser inscritos como BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES, no mesmo plano do BENEFICIÁRIO TITULAR, a qualquer tempo, mediante a comprovação das qualidades abaixo indicadas e da dependência econômica em relação TITULAR, os seguintes dependentes:

   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 18 anos incompletos ou, se estudantes universitários, até 24 anos incompletos;

   d) Os tutelados e os menores sob guarda provisória autorizados judicialmente.

6. A adesão do grupo familiar dependerá da participação do BENEFICIÁRIO TITULAR no plano privado de assistência à saúde.

7. Os filhos que ultrapassarem a idade limite (24 anos) serão automaticamente excluídos da relação de dependência, podendo, a partir daí, contratar outro Plano, aproveitando as carências já cumpridas, desde que permaneçam as mesmas condições do plano no qual foi desligado, se solicitado no prazo de 30 dias do desligamento.

8. DO FILHO ADOTIVO MENOR DE 12 (DOZE) ANOS

8.1. Os filhos, provenientes de Guarda, Tutela ou Adoção, menores de 12 (doze) anos, do Beneficiário poderão ser inscritos com aproveitamento dos períodos de carência, já cumpridos pelo beneficiário adotante, conforme o artigo 12, inciso VII da Lei 9.656/98, bem como não será aplicado a Cláusula de Cobertura Parcial Temporária, caso a inscrição não ocorra em até 30 (trinta) dias da adoção.

8.2. A não observação do prazo de 30 (trinta) dias ensejará o cumprimento integral, a partir da inclusão no contrato, dos períodos de carência.

9. DO CÔNJUGE

9.1. O cônjuge do BENEFICIÁRIO TITULAR poderá ser inscrito com aproveitamento dos períodos de eventuais carências já cumpridas por este, quando contrair matrimônio durante a vigência deste contrato, e sua inscrição ocorrer no prazo de 30 (trinta) dias a contar do evento.

9.2. A não observação do prazo de 30 (trinta) dias ensejará o cumprimento integral dos períodos de carência.

10. O BENEFICIÁRIO incluído no curso do contrato somente terá direito à cobertura, nos termos e limites do plano escolhido, a partir do primeiro dia útil posterior à movimentação cadastral que o tiver incluído, devendo ser observados os prazos de carência estipulados na cláusula das Carências;

11. As inclusões ou exclusões cadastrais obedecerão ao previsto neste contrato e seus termos aditivos.

Cláusula Décima Segunda – COBERTURA E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

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

1. Está garantida, ainda, a cobertura para os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho.

2. DO ATENDIMENTO AO PORTADOR DE TRANSTORNO PSIQUIÁTRICO

A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais priorizará o atendimento ambulatorial e em consultórios e todos os procedimentos clínicos decorrentes de transtornos mentais codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10º Revisão - CID - 10, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto infligidas, estão obrigatoriamente cobertos.

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

4. A participação de profissional médico anestesiologista nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento terá cobertura assistencial ambuulatorial obrigatória,caso haja indicação clínica.

5. Aos BENEFICIÁRIOS da CONTRATANTE serão asseguradas as seguintes coberturas conforme relacionadas a seguir:

I. 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;

II. cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitados pelo médico, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação conforme as orientações para o atendimento do segmento AMBULATORIAL;

III. cobertura de medicamentos registrados/regularizados na ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos;

IV. cobertura de consultas ou sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo de acordo com as orientações dispostas nas Diretrizes Clínicas e Diretrizes de Utilização;

V.cobertura de psicoterapia de acordo com as orientações dispostas nas Diretrizes Clínicas e Diretrizes de Utilização, podendo ser realizada tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitados;

VI. cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física, que podem ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, em número ilimitado de sessões por ano;

VII. cobertura das ações de planejamento familiar, de acordo com as normas vigentes, para segmentação ambulatorial, onde se inclui:

- atividades educacionais;
- consultas de aconselhamento para planejamento familiar;
- atendimento clínico;
- sulfato de DEHIDROEPIANDROSTERON A (SDHEA);
- implante de dispositivo intrauterino (DIU) hormonal incluindo o dispositivo.

VIII. cobertura de atendimentos caracterizados como de urgência e emergência conforme resolução específica vigente sobre o tema relacionada à cobertura Ambulatorial;

IX. 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 em unidade do SUS;

X. cobertura de hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;

XI. cobertura de quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes (medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento) que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de Saúde;

XII. cobertura de medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar de acordo com as Diretrizes de Utilização editada pela ANS, respeitando 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, conforme definido pela Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999; e

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

XIII. cobertura dos procedimentos de radioterapia listados nos Anexos das Resoluções pertinentes para a segmentação ambulatorial;

XIV. cobertura dos procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais que prescindam de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, em unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no segmento ambulatorial dos Anexos da Resolução Normativa pertinente;

XV. cobertura de hemoterapia ambulatorial; e

XVI. cobertura das cirurgias oftalmológicas ambulatoriais descritas no Rol de Procedimentos editados pela ANS, tais como: Abscesso de Pálpebra (drenagem), Calázio, Sutura de Pálpebra, Exérese de Pterígio, Capsulotomia YAG ou cirúrgica, Facectomia com lente intra-ocular, Fototrabeculoplastia (laser), Iridectomia (lazer ou cirúrgica), Fotocoagulação (laser), Sondagem das vias lacrimais (com ou sem lavagem).

Cláusula Décima Terceira – EXCLUSÕES DE COBERTURA

Este contrato não prevê cobertura de custos ou reembolso para os eventos excluídos ou sem cobertura obrigatória pela Lei nº 9.656/98 e sua regulamentação, entre os quais os seguintes:

I. 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 ou pelo Conselho Federal de Odontologia- CFO; ou

c) não possui as indicações descritas na bula/manual registrado na ANVISA (uso off-label).

II. 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 sejam por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;

III. Inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intra falopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intra tubária do zigoto, entre outras técnicas;

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

V. Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, isto é, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA;

VI. 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 antineoplásicos orais constantes dos Anexos da Resolução Normativa competente e,

VII. Fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde - CONITEC;

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

Entende-se por Prótese como qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido;

Entende-se por Órtese como qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico os materiais cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico;

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

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

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

XII. Todos os procedimentos constantes na segmentação odontológica;

XIII. Procedimentos que demandem internação em unidade hospitalar;

XIV. Procedimentos que necessitem de estrutura hospitalar por mais de 12 horas ou serviços como UTI, e similares;

XV. Procedimentos que exijam forma de anestesia diversa da anestesia local, sedação ou bloqueio;

XVI. Quimioterapia oncológica intratecal ou que demande internação;

XVII. Embolizações;

XVIII. Procedimentos não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS;

XIX. Vacinas e autovacinas;

XX. Curativos, salvo nas urgências e emergências e cirurgias ambulatoriais;

XXI. Medicina Ortomolecular;

XXII. Enfermagem particular e assistência médica ou odontológica domiciliar;

XXIII. Consultas, aluguel de equipamentos, aluguel de aparelhos e tudo que for relacionado à assistência médica domiciliar;

XXIV. Cobertura para realização de cirurgias que não aquelas do segmento ambulatorial conforme Rol de Procedimentos editados pela ANS.

Cláusula Décima Quarta – DA VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO CONTRATUAL

1. O presente Contrato vigorará pelo prazo de 12 meses, contados da data de sua assinatura. O contrato será renovado automaticamente, por prazo indeterminado, ao término da vigência inicial, sem cobrança de qualquer taxa ou outro valor no ato da renovação, salvo manifestação formal em contrário por qualquer uma das partes, mediante aviso prévio de 30 (trinta) dias anteriores ao seu vencimento.
2. Será adotada a data da assinatura do contrato como base para aplicação do Reajuste anual.

Cláusula Décima Quinta – PERÍODO DE CARÊNCIA

1. Carência é o período ininterrupto durante o qual o BENEFICIÁRIO não terá direito a determinadas coberturas previstas no contrato. Os prazos de carência não se confundem com o prazo da Cobertura Parcial Temporária (CPT), correndo eles de maneira independente e não podendo ser somados.
2. As coberturas previstas pelo plano contratado somente passam a vigorar depois de cumpridos os prazos de carência a seguir descritos:

3. PRAZOS DE CARÊNCIA

24 (vinte e quatro) horas para: Atendimento por Telemedicina e a cobertura para casos de urgência ou emergência decorrentes de acidente pessoal, realizados em Pronto-Socorro, por até 12 (doze) horas, se necessário. Nebulização (Pronto Socorro).

07 (sete) dias para: Consultas Médicas Ambulatoriais Eletivas.

30 (trinta) dias para: EXAMES e PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS SIMPLES tais como: Nebulizações (Sessões), Sutura de Ferimentos, Drenagem de Abscessos, Imobilizações, Engessamentos, Exames laboratoriais simples (exceto os classificados como alta complexidade (PAC), tais como cargas virais para hepatites, Marcadores Tumorais e HIV, Genotipagens virais, exames de genética), Eletrocardiografia Convencional (ECG).

60 (sessenta) dias para: EXAMES COMPLEMENTARES AMBULATORIAIS, tais como:) Raio X Simples, Colposcopia, Colpocitopatologia e Preventivo do Câncer Ginecológico, Cerume Remoção.

120 (cento e vinte) dias para: PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS, tais como: Fisioterapia, Pequenos Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais (realizados em consultório- Listados no ROL ANS), Testes Alérgicos, Provas Imunoalérgicas, Ultrassonografia Convencional e Audiometria.

150 (cento e cinquenta) dias para: OUTROS EXAMES, tais como: Raio X Contrastado, Holter, Mapa, Teste Ergométrico, Neurofisiologia (Eletroneuromiografia e Potenciais Evocados), Prova de Função Respiratória.

180 (cento e oitenta) dias para: TODOS OS PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAIS, tais como: Cirurgia Oftalmológica Ambulatorial (exceto em DLP), Exames Oftalmológicos, Video Endoscopia Digestiva Alta com ou sem biópsia, Exames de Anatomopatologia, Ressonância Magnética, Tomografia Computadorizada, Densitometria Óssea, Mamografia Digital ou Convencional, Ultrassonografia Collor com Doppler, Elastografia Hepática, Cintilografia,Eletroencefalograma com Mapeamento Cerebral, Psicoterapia (sessões-tratamento), Colonoscopia (com ou sem biópsia), Urodinâmica Completa,Cistoscopia Angiofluoresceinografia, Retossigmoidoscopia, Broncoscopia, Nasolanringoscopia, Ecocolordoppler, Ecocardiograma de Stress e Videoendoscopia Diagnóstica em Otorrinolaringologia.

Os demais exames ou procedimentos não citados aqui se encontram listados no Rol de Procedimentos da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) e estão sujeitos à consulta ao Serviço de Atendimento da Operadora – SAC ou através das Lojas de Atendimento.

Cláusula Décima Sexta – DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

1. Doenças ou Lesões Preexistentes 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, de acordo com o art. 11 da Lei nº 9656/1998, o inciso IX do art 4º da Lei nº 9961/2000 e as diretrizes estabelecidas nas Resoluções vigentes.
2. Os Beneficiários da CONTRATANTE deverão 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, ficando sujeito à suspensão ou rescisão unilateral do contrato, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656/1998.
3. Para informar a existência de doenças e lesões preexistentes, o Beneficiário Titular preencherá o Formulário de Declaração de Saúde acompanhado da Carta de Orientação ao Beneficiário e poderá solicitar um médico para orientá-lo.
4. O Beneficiário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados ou referenciados pela CONTRATADA, sem qualquer ônus para o beneficiário.
5. Caso o Beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da CONTRATADA, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus financeiro dessa entrevista.
6. O objetivo da entrevista qualificada é orientar o beneficiário para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.
7. 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. 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 procedimentos de alta complexidade, a CONTRATADA oferecerá a cobertura parcial temporária, e, dependendo do caso, ser-lhe-á facultada a oferta do agravo.

9. **Cobertura Parcial Temporária - CPT** é 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, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.

10. **Agravo** é qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.

11. Na hipótese de Cobertura Parcial Temporária, a CONTRATADA somente poderá suspender a cobertura de procedimentos de alta complexidade, quando relacionados exclusivamente à Doença ou Lesão Preexistente.

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.

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.

14. Nos casos de Cobertura Parcial Temporária, findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses 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 n° 9.656/1998.

15. O Agravo será regido por Aditivo Contratual específico, cujas condições serão estabelecidas entre as partes, devendo constar menção expressa a percentual ou valor do Agravo e período de vigência do Agravo.

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

17. Instauradooprocesso administrativo naANS,àCONTRATADAcaberáoônus da prova.ACONTRATADA 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.

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

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

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.

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.

22. Não haverá Cobertura Parcial Temporária ou Agravo, nos casos de Doença e Lesão Preexistente, quando o número de participantes for igual ou maior que trinta, para os beneficiários que formalizarem o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica CONTRATANTE.

Cláusula Décima Sétima – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

1. A CONTRATADA garantirá a cobertura do atendimento nos casos de:

   I. urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional; e

   II. emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

2. A cobertura deverá reger-se pela garantia da atenção e atuação no sentido da preservação da vida, órgãos e funções, e será assegurada durante as primeiras 12 (doze) horas em Regime de Pronto Atendimento, podendo cessar antes caso caracterizada a necessidade de realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar.

3. A cobertura será prestada observando-se os limites do plano contratado, a segmentação, a área de abrangência geográfica estabelecida no contrato, e as hipóteses previstas no **Rol de Procedimentos editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).**

4. Estão cobertos pelo presente contrato os atendimentos nas unidades credenciadas para esse fim, em regime ambulatorial e para os casos de urgência e emergência conforme definidos acima, nos termos e limites das cláusulas seguintes:

DA REMOÇÃO

A remoção do paciente será garantida pela OPERADORA nas seguintes hipóteses:

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

II. para uma unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, quando houver o limite de 12 (doze) horas de atendimento, nas hipóteses citadas acima, e este for atingido ou surgir à necessidade de internação.

Fica ainda certo que não haverá cobertura de custos para remoção de paciente de sua residência ou local de trabalho para um hospital, nem de um **hospital para a sua residência e/ou local de trabalho**.

DA REMOÇÃO PARA O SUS:

1. 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.
2. Quando não puder haver remoção por risco de vida, o CONTRATANTE e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a CONTRATADA desse ônus.
3. 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.
4. Se o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade que, ainda que pertencente ao SUS, não disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento, ficará a CONTRATADA desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.
5. Fica ainda certo que não haverá cobertura de custos para remoção de paciente de sua residência ou local de trabalho para um hospital, nem de um hospital para a sua residência e/ou local de trabalho.

6. Nos contratos que envolvam acordo de Cobertura Parcial Temporária para doenças e lesões preexistentes, a cobertura do atendimento de urgência e emergência para esta doença ou lesão será igual àquela estabelecida para os planos ambulatoriais, ou seja, **estará limitada as primeiras 12 (doze) horas.**

DO REEMBOLSO

1. Quando não for possível a utilização dos serviços de prestadores da rede, o Beneficiário deverá entrar em contato com a Operadora MH Vida e solicitar a indicação de um local para o atendimento.
2. Quando não for possível o atendimento pelos prestadores próprios ou contratados, dentro da área de abrangência, em razão da urgência e emergência, definidos e comprovados pelo médico assistente, a MH VIDA, garantirá o reembolso dentro dos limites contratuais do plano. Ou seja, o pagamento ocorrerá dentro dos mesmos valores pagos à rede própria ou contratada.
3. O pagamento do reembolso será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Reembolso da CONTRATADA (que equivale à relação de serviços médicos e hospitalares praticados pela CONTRATADA junto à rede de prestadores do respectivo plano), descontados os eventuais valores de coparticipação (se houver), no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados a partir do recebimento da documentação completa pela CONTRATADA.
4. O reembolso será efetuado dentro do prazo máximo de 30 (trinta) dias após a apresentação dos seguintes documentos originais:

   a) O relatório do médico assistente onde somente poderá ser exigida tal declaração do médico assistente, nos casos de emergência, atestando a emergência, declarando o nome do paciente, descrição do tratamento e respectiva justificativa dos procedimentos realizados, data do atendimento;

   b) Recibos/Notas Fiscais individualizados de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, discriminando funções e o evento a que se referem;

   c) Comprovantes relativos aos serviços de exames laboratoriais, de radiodiagnósticos, terapias e serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente.
5. Se a documentação não contiver todos os dados comprobatórios que permitam o cálculo correto do ressarcimento, a **CONTRATADA** poderá solicitar à **CONTRATANTE** documentação ou informações complementares sobre o procedimento a ser ressarcido, o que acarretará novo prazo de 30 (TRINTA) dias contados da data da juntada do novo documento.
6. Só serão ressarcidas as despesas com cobertura no Rol da ANS e vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao BENEFICIÁRIO.
7. Os documentos (recibos, laudos e relatórios médicos) deverão ser entregues à CONTRATADA diretamente em sua sede ou em um endereço local indicado por ela no prazo máximo de até 12 (doze) meses corridos, contados a partir da data em que ocorrer o evento médico sob pena de perda do direito após esta data.
8. Os demais casos de reembolso que não se enquadrarem aos casos acima especificados e não considerados como urgência e emergência, serão tratados dentro do âmbito da Resolução Normativa da Agencia Nacional de Saúde nº 259/11. De acordo com esta resolução a operadora só será obrigada ao reembolso nos casos em que houver registro e protocolo da solicitação do atendimento pretendido fornecido pela operadora. Sendo assim, torna-se obrigatório o contato prévio do Beneficiário junto à MH VIDA antes da realização do atendimento.

Cláusula Décima Oitava – MECANISMO DE REGULAÇÃO

DO CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO

1. A CONTRATADA fornecerá um Cartão de Identificação do Beneficiário que o habilitará para o uso do sistema de atendimento médico junto à rede credenciada do plano contratado.
2. Nenhum atendimento ao serviço previsto neste contrato será realizado sem a apresentação do Cartão de Identificação do Beneficiário fornecida e expedida pela CONTRATADA para os Beneficiários cadastrados no plano, acompanhada de cédula de identidade dos mesmos ou, inexistindo tal documento, outro que surta efeitos similares, exceto nos casos de urgência e emergência.
3. É obrigação do CONTRATANTE, na hipótese de rescisão, resolução ou resilição deste Contrato, ou ainda, de exclusão, devolver os respectivos Cartões de Identificação e quaisquer outros documentos porventura fornecidos pela CONTRATADA, respondendo, diante da comprovação da ilicitude, pelos prejuízos resultantes do uso indevido desses documentos, restando isenta, neste caso, de qualquer responsabilidade, a CONTRATADA, a partir da exclusão do BENEFICIÁRIO, rescisão, resolução ou resilição do presente instrumento. Nos casos em que os cartões não foram devolvidos, na forma acima, deverá a CONTRATANTE assinar Termo próprio se responsabilizando por eventual uso indevido dos serviços.
4. Ocorrendo o roubo, o furto, a perda ou o extravio do Cartão Individual de Identificação, o CONTRATANTE deverá comunicar o fato à CONTRATADA, por escrito, acompanhada de declaração de perda ou de boletim de ocorrência, para cancelamento ou, quando for o caso, emissão de segunda via. O cancelamento só terá validade quando reconhecido por escrito pela CONTRATADA e o custo da segunda via será de responsabilidade do BENEFICIÁRIO.
5. Considera-se uso indevido a utilização do cartão ou de qualquer outro documento emitido pela operadora para obter atendimento, mesmo que na forma contratada, pelos BENEFICIÁRIOS que perderam essa condição, por exclusão ou término do Contrato, ou, em qualquer hipótese, por terceiros, que não sejam BENEFICIÁRIOS.
6. O uso indevido do cartão de identificação, de qualquer BENEFICIÁRIO, a critério da CONTRATADA, ensejará pedido de indenização por perdas e danos, bem como a exclusão do respectivo titular, e suas consequências.
7. A data e hora da consulta serão determinadas por iniciativa do BENEFICIÁRIO e de acordo com a agenda do médico.
8. As conseqüências do não comparecimento à consulta marcada são de inteira responsabilidade do BENEFICIÁRIO, pois poderá prejudicar o diagnóstico, continuidade e prognóstico do tratamento.
9. Para aplicação e cobertura deste contrato, as consultas são classificadas nos seguintes tipos:

   a) Consultas em consultório médico;

   b) Consultas em clínica ou centro médico;

   c) Consultas de urgência/emergência em pronto-atendimento.
10. Estão incluídos nas consultas de urgência/emergência em pronto-atendimento, a consulta, os exames de apoio diagnóstico, os procedimentos e os recursos terapêuticos realizados ou utilizados somente durante este atendimento.

AUTORIZAÇÕES PRÉVIAS

1. Para a realização de procedimentos tais como: Exames Laboratoriais complexos, Sutura, quando não decorrente de Acidente Pessoal, Drenagem, Preventivo, Colposcopia e todos os procedimentos com prazo de carência de 120, 150 ou 180 dias, é necessária a obtenção de AUTORIZAÇÃO PRÉVIA através de GUIA, exceto consultas e os casos caracterizados como urgência e emergência.
2. O pedido médico deverá ser apresentado à uma das lojas de atendimento da CONTRATADA que emitirá resposta pelo profissional avaliador no prazo regulamentado pela ANS, a contar da data da solicitação à CONTRATADA, ou em prazo inferior, quando caracterizada a urgência.
3. São passíveis de autorização prévia, mediante solicitação nas Agencias de Atendimentos, os exames e procedimentos LISTADOS NO Rol de Procedimento para o SEGMENTO AMBULATORIAL, tal como os abaixo listados, além dos identificados como Alta Complexidade, listados no Rol de Procedimentos da Agencia Nacional de Saúde.

São ainda passíveis de Autorização Prévia, todos os procedimentos ambulatoriais solicitados por médico não credenciado pela MH VIDA e Todos os exames e/ ou procedimentos que exijam qualquer tipo de analgésico e/ou sedação, desde que sejam eletivos.

São ainda passíveis de autorização prévia: Punções e Biópsia, Provas e testes Alérgicos, Teste ergométrico, Eletrocardiografia dinâmica, Ecocardiograma, Exames e/ou tratamento por hemodinâmica cobertos pelo plano ambulatorial, Monitorização ambulatorial de pressão arteriaL, Exame de anatomia patológica e citopatológica, Eletroencefalografia, Neurofisiologia, Eletroneuromiografia, Endoscopia diagnóstica e/ou terapêutica de trato digestivo, respiratório e geniturinário, Fisioterapia, Exames citogenéticos, Transfusãosanguínea eletiva ambulatorial e Pesquisa de HIV.

Biópsias, Dosagens hormonais, Provas ventilatorias, Quimioterapia e/ou radioterapia, Exames e/ou tratamento de medicina nuclear e por radioimunoensaio, Radiodiagnóstico contrastado, Radiologia intervencionista, Ultrasonografia, Densitometria óssea, Tomografias computadorizadas e Ressonância Magnética.

Exames e/ou procedimentos otorrinolaringológico eletivo, Exames e/ou Procedimentos urológicos eletivos, Exames e/ou procedimentos ginecológicos eletivos, Hemodiálise e/ou diálise peritoneal ambulatorial, Mamografia Digital ou Convencional e etc.

Os procedimentos deverão ser solicitados pelo médico-assistente em formulário especifico e disponibilizado pela CONTRATADA, ou quando não credenciado, em Receituário, contendo dados do BENEFICIÁRIO, descrição dos exames e especificação de acordo com CID.

Caso a documentação não contenha todos os dados que permitam análise conclusiva para liberação da guia de autorização prévia, a CONTRATADA poderá requisitar ao CONTRATANTE ou médico assistente documentações, informações adicionais e/ou perícia médica, ficando o BENEFICIÁRIO obrigado a apresentar as informações solicitadas e a comparecer na perícia da CONTRATADA.

Por ocasião da concessão de autorização prévia, a CONTRATADA garantirá, ao BENEFICIÁRIO, atendimento pelo profissional avaliador no prazo regulamentado pela ANS, a partir do momento de sua solicitação.

DA JUNTA MÉDICA

1. A CONTRATADA garante, no caso de situações de divergência médica, sobre solicitações de cobertura de exames, procedimentos especiais de diagnóstico e tratamento, a definição do impasse através de junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo beneficiário, por médico da operadora e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais nomeados.

2. Identificada a divergência a CONTRATADA deverá contatar o profissional requisitante informando da instauração da junta médica e indicando o nome do médico desempatador, podendo apresentar até quatro nomes. Nos termos da regulamentação, o profissional requisitante pode recusar até três nomes indicados por parte da CONTRATADA para composição da junta medica, devendo responder a indicação da CONTRATADA no prazo regulamentado pela ANS. Na ausência de resposta no prazo, considera-se aceito o médico desempatador indicado pela CONTRATADA.
3. A junta médica poderá ocorrer de forma presencial ou remota, sendo que no segundo caso, eventuais trocas de informações e a posição final fundamentada de cada um dos três profissionais integrantes deve ser reduzida a termo.
4. A junta médica deverá ser instaurada e finalizada em prazo que possibilite o cumprimento dos prazos estabelecidos na regulamentação para a garantia dos atendimentos, sendo que seu resultado final será comunicado ao profissional requisitante e ao BENEFICIÁRIO.
5. Nos casos de urgência ou emergência, o BENEFICIÁRIO, ou quem por ele responda, terá o prazo regulamentado pela ANS, contados da data da realização do atendimento para providenciar os documentos que deveriam ser apresentados para a autorização prévia mencionada, sob pena da CONTRATADA não se responsabilizar por quaisquer despesas.
6. A CONTRATADA não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelos BENEFICIÁRIOS com o prestador do atendimento, correndo tal despesa por conta exclusiva do BENEFICIÁRIO.
7. Orientações quanto a eventuais dúvidas na cobertura do atendimento médico-hospitalar podem ser obtidas pelo Serviço de Atendimento ao Cliente – SAC, pelo Site da Operadora ou pelo Guia do Usuário.

SERVIÇOS PRÓPRIOS E REDE CREDENCIADA

1. Será fornecida ao Beneficiário uma relação contendo os dados dos prestadores de serviços próprios e credenciados pela CONTRATADA, obedecidas as regras que disciplinam o atendimento dos mesmos, sendo que os beneficiários com mais de 60 (sessenta anos), as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até 05 (cinco) anos possuem privilégios na marcação de consultas, exames e qualquer outros procedimentos em relação aos demais associados.
2. A relação contendo os dados dos prestadores de serviços próprios e credenciados da CONTRATADA terá suas atualizações, ANUALMENTE e disponíveis na sede da Contratada, através do serviço de tele atendimento ou por meio do site da Operadora, onde as atualizações da rede prestadora se darão de forma mais eficiente.
3. A inclusão como contratado, referenciado ou credenciado, de qualquer entidade hospitalar, implica compromisso para com os consumidores quanto a sua manutenção ao longo da vigência do contrato, conforme regras abaixo:

   3.1. A substituição da entidade hospitalar seja por outra equivalente ocorrerá mediante comunicação aos consumidores e à ANS com trinta dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo, os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor.

   3.2. Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, a operadora solicitará previamente à ANS autorização expressa.

   3.3. É facultado à CONTRATADA direcionar a realização de consultas, exames, internações e demais procedimentos a prestadores específicos, respeitando os prazos máximos de garantia de atendimento contemplados na regulamentação da ANS, independente de possuir ou não outros prestadores credenciados disponíveis em sua rede desde que obedecidas às regras da RN 259/2011.

MEIOS DE DIVULGAÇÃO

1. O BENEFICIÁRIO receberá o GUIA DO USUÁRIO do plano, contendo a rede dos prestadores de serviços, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde, o Guia de Leitura Contratual, a Carta de Orientação ao Beneficiário e o Informativo para Utilização do Contrato os quais Conterão no Mínimo: prazos de carência; vigência contratual; critérios de reajuste; segmentação assistencial; e abrangência geográfica.
2. Também poderá acessar o site da CONTRATADA (www.amacorplanosdesaude.com.br) para o mesmo fim ou para outras informações pertinentes às mensalidades, procedimentos utilizados e outros serviços médicos.
3. Informação sobre a rede de serviços credenciada pode também ser obtida no SAC Serviço de Atendimento ao Cliente da CONTRATADA, que funciona de 2ª a 6ª feira de 9:00 às 17:00 hs, sábados de 09:00 às 12:00 hs, através dos telefones: 3405-9466 ou ainda pelo e-mail: ouvidoria@mhvida.com.br.

Cláusula Décima Nona – FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

1. O valor da contraprestação pecuniária baseia-se no sistema pré-pagamento a ser efetuada pelo BENEFICIÁRIO titular à CONTRATADA, no local, forma e nos prazos fixados, sendo a mensalidade calculada de acordo com o número de Beneficiários inscritos e suas características de distribuição por faixa etária.
2. Caso o BENEFICIÁRIO não receba instrumento de cobrança até 5 (cinco) dias úteis antes do vencimento, deverá comunicar à CONTRATADA.
3. A CONTRATADA disponibiliza outras formas de recebimento de boleto para pagamento da mensalidade, desde que solicitada, através de e-mail ou ainda pelo site www.mhvida-saude.com.br.
4. O não recebimento do instrumento de cobrança não desobriga o BENEFICIÁRIO de efetuar o seu pagamento no prazo de vencimento mensal. O BENEFICIÁRIO deverá solicitar o boleto através do SAC ou do Site da Operadora.
5. Os pagamentos deverão ser feitos, mensalmente, até a data do vencimento da contraprestação pecuniária, de acordo com a data da assinatura da Proposta de Adesão, ou no primeiro dia útil subsequente quando o vencimento ocorrer em feriado ou dia em que não haja expediente bancário.
6. O recebimento pela CONTRATADA de parcelas em atraso constituirá mera tolerância, não implicando em novação contratual ou transação.
7. Em casos de atraso no pagamento das contraprestações pecuniárias, a regularização se fará por meio de cobrança de multa de 2% (dois por cento), e juros de 1% (um) por cento ao mês, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso.
8. O pagamento da contraprestação pecuniária referente a um determinado mês não implica na quitação de débitos anteriores.
9. A CONTRATADA se reserva o direito de cobrar os débitos não quitados por todos os meios legais cabíveis, inclusive promovendo a respectiva cobrança por meio de instituições financeiras e inscrição em órgãos de proteção ao crédito.

Cláusula Vigésima – REAJUSTE

1. Os valores das contraprestações pecuniárias definidas na proposta de adesão e os valores previstos na Cláusula Mecanismos de Regulação, caso haja, serão reajustados anualmente, a partir da data de aniversário do contrato, em consonância com a legislação competente e mediante aprovação prévia da Agência Nacional de Saúde Suplementar.
2. Inexistindo normas legais que limitem ou balizem os reajustes das contraprestações pecuniárias, em especial da Agência Nacional de Saúde Suplementar, aplica-se conforme a variação positiva do IGPM (Índice Geral de Preços de Mercado – FGV), ou outro que o substitua.

3. Fica estabelecido que os valores relativos a inclusões posteriores à assinatura deste instrumento terão o primeiro reajuste na data de aniversário do presente Contrato.
4. Os valores relativos à taxa de inscrição e as franquias (se houver) serão reajustados pelo índice obtido para os mesmos reajustes das Mensalidades.
5. Os reajustes serão aplicados mediante prévia autorização da ANS.
6. Além da modalidade de reajuste prevista nesta cláusula, devem-se observar as regras de reajuste por faixa etária previstas neste instrumento, que ocorrem no mês subsequente ao aniversário do BENEFICIÁRIO.

Cláusula Vigésima Primeira – FAIXA ETÁRIA

Em havendo alteração de faixa etária de qualquer BENEFICIÁRIO inscrito no presente Contrato, a contraprestação pecuniária será reajustada no mês subsequente ao da ocorrência, de acordo com os percentuais da tabela abaixo, que se acrescentarão sobre o valor da última da contraprestação pecuniária, observadas a seguintes condições, conforme art. 3º, incisos I e II da RN 63/03:

PERCENTUAIS DE AUMENTO POR FAIXA ETÁRIA PÓS RES. RN 63/2003

FAIXA ETÁRIA	% AUMENTO
00 a 18	**0,00%**
19 a 23	**45,00%**
24 a 28	**8,99%**
29 a 33	**10,00%**
34 a 38	**10,99%**
39 a 43	**2,28%**
44 a 48	**9,45%**
49 a 53	**8,52%**
54 a 58	**19,12%**
59 ou mais	**67,09%**

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

II. A variação acumulada entre a sétima e a décima faixa não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas;

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

Cláusula Vigésima Segunda – CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

1. Cessarão automaticamente as coberturas do Plano para o BENEFICIÁRIO Dependente:

   a) Quando o BENEFICIÁRIO Titular, solicitar por escrito sua exclusão;

   b) Quando, por qualquer motivo, deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição ou quando deixar de entregar os documentos comprobatórios exigidos para sua manutenção como Dependente;

   c) Quando o presente Contrato for rescindido;

   d) Em caso de fraude ao Plano ou dolo, sendo que, em caso de fraude relacionada à doença ou lesão preexistente será instaurado processo administrativo junto à ANS, para apuração da fraude, nos termos da legislação vigente.

2. Ressalvada a hipótese de rescisão prevista neste instrumento por fraude ou inadimplência do BENEFICIÁRIO Titular a extinção do vínculo do BENEFICIÁRIO Titular não extingue o Contrato, sendo assegurado aos Dependentes já inscritos o direito de manutenção nas mesmas condições contratuais, desde que assumam as obrigações dele decorrentes, inclusive com a indicação de um BENEFICIÁRIO que será o responsável pelo pagamento da mensalidade e se manifeste junto a CONTRATADA, no prazo máximo de 30(trinta) dias após rescisão ou morte do titular.

Os beneficiários dependentes inscritos no plano conforme cláusulas de Condições de Admissão, que perderem a condição de dependência, poderão exercer a portabilidade especial de carências nos termos da legislação vigente, em até 60 (sessenta) dias a contar da data da perda do direito, para um plano individual ou familiar ou coletivo por adesão, descontadas os prazos de carência e cobertura parcial temporária já cumprida neste contrato.

Cláusula Vigésima Terceira – RESCISÃO E SUSPENSÃO

1. Sem prejuízo das penalidades previstas em lei, além das infrações especificamente previstas nesta avença, o presente Contrato será rescindido de pleno direito, de acordo com o disposto na Lei n.º 9.656/98, sem que caiba direito a qualquer indenização ao CONTRATANTE, a qualquer tempo, nas hipóteses seguintes:

   a) Atraso, no pagamento das Mensalidades do Plano, por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do Contrato, desde que o CONTRATANTE seja comprovadamente notificado até o 50º (quinquagésimo) dia de inadimplência;

   b) Fraude comprovada, sendo que, em caso de fraude relacionada à doença ou lesão preexistente, será instaurado processo administrativo junto à ANS, para apuração da fraude.

2. Após o 50º (quinquagésimo) dia de inadimplência, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do Contrato, a CONTRATADA poderá notificar o CONTRATANTE a qualquer tempo, desde que obedeça a um intervalo de 10 (dez) dias entre a data da notificação e a data da rescisão.

3. A rescisão contratual, por iniciativa do CONTRATANTE, somente poderá se dar mediante solicitação escrita a ser encaminhada à CONTRATADA, respeitando-se o período de vigência mínimo de 12 (doze) meses.

4. Caso a CONTRATANTE extinga imotivadamente ou venha a dar causa à extinção do Contrato, antes de transcorrido o prazo mínimo de 12 (doze) meses de vigência, ficará sujeita ao pagamento de multa rescisória à CONTRATADA no valor correspondente a 10% (cinquenta por cento) das Contraprestações vincendas até o término do referido prazo mínimo de vigência, sem prejuízo do pagamento de todas as demais obrigações e encargos contratuais devidos até a data da extinção do contrato, aqui incluídos os valores relativos à coparticipação e franquia, ainda que futuramente exigidos; sem prejuízo de encaminhamento de ofício ao SPC, Serasa e demais órgãos de proteção ao crédito a exclusivo critério da CONTRATADA, mediante prévio aviso à CONTRATANTE.

5. Em nenhuma hipótese haverá restituição do valor pago pelo Beneficiário para fazer jus às coberturas definidas neste instrumento.

Cláusula Vigésima Quarta – DISPOSIÇÕES GERAIS

1. Integram este contrato, para todos os fins de direito, a Proposta de Admissão assinada pelo (a) Contratante, o Manual da Rede Credenciada, o Cartão Individual de Identificação, Entrevista Qualificada, Exame Médico, quando for o caso, a Declaração de Saúde do titular e dependentes e a Carta de Orientação ao Beneficiário, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS), o Guia de Leitura Contratual (GLC), o Guia do Usuário, o Rol de Procedimentos, as Diretrizes de Utilização editados pela Agencia Nacional de Saúde.
2. **O Rol de Procedimentos e suas Diretrizes, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), tem sua atualização sob a responsabilidade da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e está disponível no site www.ans.gov.br e acessível por meio do site da Operadora.**
3. Será de responsabilidade da **CONTRATANTE** entregar ao **BENEFICIÁRIO titular**, previamente à assinatura do contrato de adesão, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS), que poderá ser disponibilizado à CONTRATANTE em material impresso ou através de mídia digital.
4. Será de responsabilidade da **CONTRATADA** o envio ao **BENEFICIÁRIO titular** do Guia de Leitura Contratual (GLC), que poderá ser disponibilizado em material impresso ou através de mídia digital, junto com o cartão de identificação.
5. A **CONTRATANTE** declara, neste ato, sob as penas da lei, a veracidade das informações ora Prestadas, bem como declara que todas as inclusões de **BENEFICIÁRIOS** obedecerão às regras estabelecidas no contrato, principalmente no que tange à elegibilidade nos termos da legislação vigente, responsabilizando-se administrativa, penal e civilmente, por seus termos, bem como pelos prejuízos a que der causa.
6. A nomenclatura médica de doenças a que se refere este contrato segue a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, Décima Versão – CID 10 da Organização Mundial da Saúde.

TRANSFERÊNCIA DE PLANOS:

1. As partes acordam que a mudança de plano poderá ser solicitada pela **CONTRATANTE**, constituindo-se causa para novo plano e eventual assinatura de novo contrato.
2. **Quando da transferência do titular e seus dependentes para um plano com mais benefícios, será contabilizado o tempo de vigência do plano anterior para o novo. O BENEFICIÁRIO que fizer esta opção deverá cumprir as carências estipuladas pela CONTRATADA para os novos benefícios adquiridos com esta alteração.**
3. **Os benefícios mencionados acima correspondem a utilização da NOVA REDE CREDENCIADA.**
4. A transferência somente ocorrerá quando efetuada pelo **BENEFICIÁRIO titular** e incluirá todos os **BENEFICIÁRIOS** do plano anteriormente contratado.
5. A autorização, por parte da **CONTRATADA**, de eventos não previstos ou excluídos neste contrato não confere à **CONTRATANTE** direito adquirido e/ou extensão da abrangência de coberturas do presente Contrato, caracterizando mera liberalidade da **CONTRATADA**.
6. Conforme o disposto em regulação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o envio de informações relativas à assistência médica prestada aos consumidores de planos privados de assistência à saúde, permanecem sob responsabilidade da **CONTRATADA**, através de seu Coordenador Médico de Informações em Saúde, devidamente cadastrado junto à ANS, que, resguardadas as prerrogativas e obrigações profissionais desse coordenador, responde pela omissão ou incorreção dos dados solicitados, sempre objetivando a garantia de sigilo médico das informações do usuário.

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

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.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE/ANS: autarquia sob regime especial vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem a saúde suplementar.

AGRAVO DA CONTRAPRESTAÇÃO: qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carência contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.

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

ATENDIMENTO ELETIVO: termo usado para designar os atendimentos médicos que podem ser programados, ou seja, que não são considerados de urgência e emergência.

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

BENEFICIÁRIO: pessoa física, titular ou dependente, que possui direitos e deveres definidos em contrato assinado com a operadora de plano privado de saúde, para garantia da assistência médico-hospitalar e/ou odontológica.

CÁLCULOATUARIAL: é o cálculo com base estatística proveniente da análise de informações sobre a frequência de utilização, perfil do associado, tipo de procedimento, efetuado com vistas a manutenção do equilíbrio técnico financeiro do plano e definição de mensalidades a serem cobradas dos beneficiários pela contraprestação.

CARÊNCIA: período corrido e ininterrupto, contado a partir da data de início da vigência do contrato, durante o qual o contratante paga as contraprestações pecuniárias, mas ainda não tem acesso a determinadas coberturas previstas no contrato.

CID-10: é a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10ª revisão.

COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT): aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, 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 por ocasião da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.

CO-PARTICIPAÇÃO: é a participação na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário diretamente à operadora, após a realização de procedimento.

CONSULTA: é o ato realizado pelo médico que avalia as condições clínicas do beneficiário.

DEPENDENTE: Beneficiário de plano privado de assistência à saúde cujo vínculo com a operadora depende da existência do vínculo de um beneficiário titular. Pessoa física com vínculo familiar com o beneficiário titular do plano de saúde, de acordo com as condições de elegibilidade estabelecidas no contrato. No plano individual, titular e dependentes devem estar no mesmo plano. Nos planos coletivos, titulares e dependentes podem estar no mesmo plano ou em planos diferentes de acordo com o estabelecido pela pessoa jurídica contratante.

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

DOENÇA AGUDA: falta ou perturbação da saúde, de característica grave e de curta duração, sendo reversível com o tratamento.

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.

DOENÇA PROFISSIONAL: é aquela adquirida em consequência do trabalho.

EMERGÊNCIA: é a situação que implica risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizada em declaração do médico assistente.

EXAME: é o procedimento complementar solicitado pelo médico, que possibilita uma investigação diagnóstica, para melhor avaliar as condições clínicas do beneficiário.

FRANQUIA: é o valor financeiro a ser pago pelo beneficiário diretamente ao prestador da rede credenciada ou referenciada no ato da utilização do serviço, por não ser responsabilidade contratual da operadora.

LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES: mecanismo de acesso oferecido ao beneficiário que possibilita a utilização de serviços assistenciais de prestadores de serviço não pertencentes às redes, credenciada ou referenciada ao plano, mediante reembolso, parcial ou total, das despesas assistenciais.

MÉDICO ASSISTENTE: é o profissional responsável pela indicação da conduta médica a ser aplicada ao beneficiário.

MENSALIDADE: contraprestação pecuniária paga pelo contratante à operadora.

ÓRTESE: acessório usado em atos cirúrgicos e que não substitui parcial ou totalmente nenhum órgão ou membro, podendo, ou não, ser retirado posteriormente.

PRÓTESE: peça artificial empregada em atos cirúrgicos, em substituição parcial ou total de um órgão ou membro, reproduzindo sua forma e/ou sua função.

PRIMEIROS SOCORROS: é o primeiro atendimento realizado nos casos de urgência ou emergência.

PROCEDIMENTO ELETIVO: é o termo usado para designar procedimentos médicos não considerados de urgência ou emergência e que podem ser programados.

TITULAR: é o beneficiário de plano privado de assistência à saúde cujo contrato o caracteriza como detentor principal do vínculo com uma operadora.

URGÊNCIA: é o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional.

Cláusula Vigésima Quinta – DO FORO

As partes elegem o foro do domicílio do CONTRATANTE para os casos de litígios ou pendências judiciais, renunciando a qualquer outro por mais privilegiado que seja.

Rio de Janeiro, 29 de Agosto de 2024.

_____

MH VIDA OPERADORA DE PLANOS DE SAÚDE
Representante Legal

_____

CONTRATANTE
Representante Legal

_____

1ª Testemunha

_____

2ª Testemunha