

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE OFERTA DE PLANO DE SAÚDE

TIPO DE CONTRATAÇÃO: INDIVIDUAL/FAMILIAR

PLANO: **PLANO A**ANS: **484.162/19-0**

SUMÁRIO

Cláusula	Tema	Pag.
PRIMEIRA	ATRIBUTOS DO CONTRATO	2
SEGUNDA	CONDIÇÕES DE ADMISSÃO	3
TERCEIRA	COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS	4
QUARTA	EXCLUSÕES DE COBERTURA	7
QUINTA	DURAÇÃO DO CONTRATO	9
SEXTA	PERÍODOS DE CARÊNCIA	9
SÉTIMA	DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES	10
OITAVA	ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	12
NONA	MECANISMOS DE REGULAÇÃO	14
DÉCIMA	FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE	18
DÉCIMA PRIMEIRA	REAJUSTE	19
DÉCIMA SEGUNDA	FAIXA ETÁRIA	20
DÉCIMA TERCEIRA	CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO	20
DÉCIMA QUARTA	RESCISÃO/SUSPENSÃO	21
DÉCIMA QUINTA	DA PROTEÇÃO DE DADOS	22
DÉCIMA SEXTA	DISPOSIÇÕES GERAIS	23
DÉCIMA SÉTIMA	ELEIÇÃO DE FORO	27

Anexo	Tema	Pag.
I	PERÍODOS DE CARÊNCIA	28
II	FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE	30
III	CARACTERÍSTICAS GERAIS DO PLANO	31
IV	COBRANÇA POR MEIO ELETRÔNICO OU SEMELHANTE	32

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE OFERTA DE PLANO DE SAÚDE, que entre si fazem, através de seus representantes legais:

de um lado como contratante:

Nome Completo:		CPF:	
CNS:	RG:	Emissor:	Sexo:
Nome da Mãe:		Nacionalidade:	
Data de Nascimento:	Estado Civil:	Profissão:	
Endereço:		Nº.	Comp.
Bairro:	Cidade:	UF:	
CEP:	Tel. Celular:	Tel. Residencial:	
E-mail:			

parte esta integrante do presente contrato, doravante denominado simplesmente de **CONTRATANTE**, e

de outro lado como contratada, **PERSONAL CARE OPERADORA DE SAÚDE S/A**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 31.097.886/0001-67, Registro na ANS nº 42170-7, com sede na Av. Getúlio Vargas, nº 740, Sala 67, Vila Lutfalla, São Carlos / SP, CEP 13.570-390, doravante denominada simplesmente **CONTRATADA**, resolvem, por seus representantes legais que ao fim assinam, assinar este CONTRATO, mediante as seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA – ATRIBUTOS DO CONTRATO

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

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

CLÁUSULA SEGUNDA - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

2.1 Para efeito deste Contrato, é considerado Beneficiário Titular o **CONTRATANTE**.

2.2 Poderão ser inscritos como Beneficiários Dependentes:

- a) O cônjuge, mediante entrega à **CONTRATADA** de cópia da certidão de casamento;
- b) O companheiro, havendo união estável, na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge, mediante entrega à **CONTRATADA** de cópia de declaração lavrada em cartório ou de certidão expedida pela Vara de Família da comarca competente;
- c) O ex-cônjuge, determinado como dependente por sentença judicial, mediante entrega à **CONTRATADA** de cópia da decisão judicial que determinou a manutenção no plano de saúde;
- d) Os filhos, adotivos ou não, e enteados, solteiros e menores de 24 anos incompletos, mediante entrega à **CONTRATADA** de cópia da certidão de nascimento ou de adoção;
- e) O menor que, por determinação judicial, se ache sob a guarda e responsabilidade do Beneficiário Titular ou sob sua tutela, mediante entrega à **CONTRATADA** de cópia da decisão judicial de guarda ou tutela;
- f) Os filhos, adotivos ou não, e enteados, comprovadamente inválidos, mediante entrega à **CONTRATADA** de atestado de invalidez.

2.3 Juntamente com a inscrição do Beneficiário Titular ao presente contrato, ficam incluídos os Beneficiários Dependentes, conforme relação estabelecida nos ANEXOS CONTRATUAIS.

2.4 A inclusão de novos Beneficiários Dependentes será processada mediante preenchimento da Proposta de Adesão.

2.5 No ato da contratação e das inclusões posteriores, o Beneficiário Titular preencherá o Formulário de Declaração de Saúde, obrigando-se a informar a condição sabida de doenças ou lesões preexistentes, sua e de seus Dependentes, quando receberá a Carta de Orientação ao Beneficiário.

2.6 É assegurada a inclusão:

- a) do recém-nascido, filho natural ou adotivo do Beneficiário, isento do cumprimento dos períodos de carência já cumpridos pelo Beneficiário e

não cabendo qualquer alegação de doença ou lesão preexistente, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o nascimento ou adoção;

- b) do filho adotivo, menor de 12 (doze) anos, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo Beneficiário Titular adotante e não cabendo qualquer alegação de doença ou lesão preexistente, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a adoção.

2.6.1 A inclusão fica vinculada à verificação das condições de elegibilidade do Dependente estabelecidas no presente Contrato.

2.6.2 Ultrapassado o prazo previsto no item antecedente, será obrigatório o cumprimento integral dos respectivos prazos de carência e exigência de Cobertura Parcial Temporária, nos casos de Doenças e Lesões Preexistentes.

2.7 A **CONTRATADA** exigirá cópias de documentos que comprovem as informações pessoais do Beneficiário Titular (CPF, RG, comprovante de residência) e condições do vínculo de dependência do(s) Beneficiário(s) Dependente(s) (certidão de casamento, nascimento, adoção, outros), podendo renovar a solicitação a qualquer tempo.

CLÁUSULA TERCEIRA - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

3.1 A **CONTRATADA** cobrirá os custos, em conformidade com os limites, prazos de carências e condições estabelecidas neste Contrato, aos Beneficiários regularmente inscritos, relativos aos atendimentos ambulatoriais, realizados dentro da área de abrangência e atuação estabelecida neste Contrato, e na rede prestadora de serviços contratada, credenciada ou referenciada da **CONTRATADA**, independente da circunstância e do local de origem do evento, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na época do evento, relacionados às doenças listadas na CID-10, no que se aplicam ao Plano e de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) e com as Diretrizes Clínicas (DC) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes na data do evento.

3.2 A cobertura ambulatorial compreende:

- a) Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas), inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM;

- b) Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, ou cirurgião-dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação e desde que previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, para o segmento ambulatorial;
- c) Medicamentos registrados/regularizados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, exclusivamente quando administrados em unidade de saúde e solicitados pelo médico assistente;
- d) Consultas / sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo, solicitadas pelo médico assistente, de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e observando os critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes à época do evento, quando for o caso;
- e) Consultas / sessões de psicoterapia, de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e observando os critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes à época do evento, que poderão ser realizadas tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme solicitação e indicação do médico assistente;
- f) Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, solicitados pelo médico assistente, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta;
- g) Hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;
- h) Quimioterapia oncológica ambulatorial: baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes, conforme prescrição do médico assistente, que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro do estabelecimento de Unidades de Saúde;

- h. Adjuvantes são medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento;
- i) Procedimentos de radioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para a segmentação ambulatorial;
- j) Procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais: aqueles que prescindem 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 Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para a segmentação ambulatorial;
- k) Hemoterapia ambulatorial;
- l) Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais, denominada cirurgia refrativa (PRK ou Lasik), para pacientes com mais de 18 (dezoito) anos e grau estável há pelo menos 01 (um) ano, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios: (i) miopia moderada e grave, de graus entre - 5,0 a - 10,0DE, com ou sem astigmatismo associado com grau até -4,0DC com a refração medida através de cilindro negativo; (ii) hipermetropia até grau 6,0DE, com ou sem astigmatismo associado com grau até 4,0 DC, com a refração medida através de cilindro negativo.

3.3 Na atenção ambulatorial prestada aos portadores de transtornos mentais haverá cobertura para os procedimentos clínicos ou cirúrgicos ambulatoriais decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas.

3.4 O presente Contrato garante, ainda:

- a) Atendimentos nos casos de planejamento familiar, de que trata o inciso III do artigo 35-C da Lei 9.656/1998, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento para a segmentação ambulatorial, observadas, ainda, as Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes na data do evento;
- b) Eventos e procedimentos relacionados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor na data do evento para a segmentação ambulatorial que necessitem de anestesia com ou sem a participação de profissional médico anestesiológico, caso haja indicação clínica;
- c) Procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação e demais escopias previstas no Rol de Procedimentos e

Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para a segmentação ambulatorial;

- d) Remoção e/ou retirada de órteses, próteses ou outros materiais cuja colocação, inserção e/ou fixação esteja contemplada no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento para a segmentação ambulatorial.

CLÁUSULA QUARTA - EXCLUSÕES DE COBERTURA

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

- a) Procedimentos assistenciais que exijam autorização prévia, realizados à revelia da **CONTRATADA** sem atendimento às condições previstas neste Contrato;
- b) Atendimentos prestados antes do início da vigência contratual ou do cumprimento das carências, respeitadas as demais condições contratuais;
- c) Procedimentos de diagnóstico e terapêutica em hemodinâmica que demandem internação e apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares;
- d) Procedimentos que exijam forma de anestesia diversa da anestesia local, sedação ou bloqueio;
- e) Quimioterapia oncológica intra-tecal ou as que demandem internação;
- f) Procedimentos de radioterapia para a segmentação hospitalar;
- g) Nutrição enteral ou parenteral;
- h) Embolizações e radiologia intervencionista;
- i) Internações hospitalares;
- j) Procedimentos para fim de diagnóstico ou terapia que, embora prescindam de internação, demandem o apoio de estrutura hospitalar por mais de 12 (doze) horas, ou serviços como de recuperação pós-anestésica, UTI, CETIN e similares.
- k) Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, ou seja, aqueles que empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país, bem como, aqueles que são

considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina – CFM, e, ainda, aqueles cujas indicações não constem da bula/manual registrada na ANVISA (uso off-label);

- l) 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 de parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;
- m) 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;
- n) Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- o) Despesas com assistência odontológica de qualquer natureza (diagnóstica, clínica ou cirúrgica), inclusive relacionadas com acidentes;
- p) Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, ou seja, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA;
- q) Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ou seja, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde;
- r) Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico, conforme os seguintes conceitos: prótese como qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido e 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;
- s) Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- t) Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- u) Aplicação de vacinas preventivas e hipossensibilizantes;

- v) Serviços de enfermagem em caráter particular;
- w) Procedimentos não discriminados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para a segmentação ambulatorial;
- x) Aparelhos ortopédicos;
- y) Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência do plano, bem como despesas decorrentes de serviços prestados por médicos não credenciados ao plano contratado, à exceção dos atendimentos de urgência ou de emergência, que poderão ser efetuados por médicos não credenciados e posteriormente reembolsados, nos limites e termos deste Contrato;
- z) Estada de paciente ou acompanhante em hotel, pensão ou similares;
- aa) Avaliação pedagógica;
- bb) Orientações vocacionais;
- cc) Especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- dd) Qualquer tipo de atendimento domiciliar, mesmo em caráter de urgência / emergência;
- ee) Remoção domiciliar;
- ff) Exames para piscina ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- gg) Investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;
- hh) Exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais.

CLÁUSULA QUINTA - DURAÇÃO DO CONTRATO

5.1 O presente Contrato vigorará pelo prazo mínimo de 12 (doze) meses, a contar da data de assinatura deste instrumento ou da data da assinatura da Proposta de Adesão ou da data de pagamento da Mensalidade, o que ocorrer primeiro.

5.2 Este Contrato tem renovação automática, por prazo indeterminado, a partir do vencimento do prazo inicial de vigência, desde que não haja manifestação contrária, do **CONTRATANTE**, no prazo de 30 (trinta) dias antes do término da vigência, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação.

CLÁUSULA SEXTA - PERÍODOS DE CARÊNCIA

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

6.2 O prazo de carência será contado a partir do início de vigência do Contrato.

6.3 Para as adesões posteriores à assinatura do Contrato, a contagem do prazo de carência se iniciará na data da entrega da Proposta de Adesão, à **CONTRATADA**, devidamente preenchida e assinada pelo Beneficiário Titular na forma requisitada.

CLÁUSULA SÉTIMA - DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

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

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

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

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

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

7.6 O objetivo da entrevista qualificada é orientar o Beneficiário para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que o Beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de

esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.

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

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

7.9 A cobertura parcial temporária consiste na suspensão, por um período ininterrupto de 24 (vinte e quatro) meses, da cobertura de procedimentos de alta complexidade, relacionados às doenças ou lesões preexistentes.

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

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

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

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

7.14 Identificado indício de fraude por parte do Beneficiário, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a **CONTRATADA** deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao Beneficiário através de Termo de Comunicação ao Beneficiário e poderá oferecer a opção de cobertura

parcial temporária ou solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do Beneficiário à Cobertura Parcial Temporária.

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

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

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

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

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

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

CLÁUSULA OITAVA – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

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

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

8.3 Será garantida a cobertura nas urgências e emergências por no máximo 12 (doze) horas de atendimento ou até que haja necessidade de internação.

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

8.5 Também haverá remoção para unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, quando ultrapassadas as primeiras 12 (doze) horas ou caracterizada a necessidade de internação.

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

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

8.7 A **CONTRATADA** assegurará o reembolso, no limite das obrigações deste Contrato, das despesas efetuadas pelo Beneficiário com assistência à saúde, dentro da área geográfica de abrangência e atuação do plano, nos casos exclusivos de urgência ou de emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios ou credenciados pela **CONTRATADA**.

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

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

- a) Via original do documento comprobatório do pagamento das despesas ao profissional e/ou instituição não credenciada pela **CONTRATADA** (Recibos e/ou Notas Fiscais);
- b) Relatório do médico assistente, declarando o nome do paciente, código de identificação, o tratamento efetuado, data do atendimento, sua justificativa para o tratamento realizado, especificando, ainda, a razão da urgência e emergência;
- c) Comparecimento, após o atendimento, na auditoria clínica em local estabelecido pela **CONTRATADA**;

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

CLÁUSULA NONA – MECANISMOS DE REGULAÇÃO

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

9.2 O Guia da Rede, contendo a relação de prestadores de serviços assistenciais à saúde próprios e credenciados pela **CONTRATADA**, é constantemente atualizado no portal da **CONTRATADA** na Internet (www.meunorden.com) e fica permanentemente à disposição do **CONTRATANTE** e/ou **BENEFICIÁRIO**, tanto para consulta como para impressão. Fica ainda o Guia da Rede, a disposição do **CONTRATANTE** e/ou **BENEFICIÁRIO**, no horário comercial, em nosso SAC – Serviço de Atendimento ao Cliente.

9.3 Todas as informações sobre substituições de prestadores e alterações na rede estarão disponíveis no portal da **CONTRATADA** na Internet, na forma e prazos estabelecidos pela regulamentação.

9.4 Informações sobre a rede de serviços podem também ser obtidas via telefone (16) 3363-2200 no Call Center (Central de Atendimento) próprio da **CONTRATADA**, que funciona 24 (vinte e quatro) horas por dia todos os dias do ano.

ATENÇÃO: cada plano da **CONTRATADA** possui um tipo de Guia de Rede, devendo o Beneficiário verificar os locais de atendimento no Guia vinculado ao seu plano e relacionado à abrangência geográfica definida neste Instrumento.

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

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

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

9.8 A CONTRATADA assegurará aos Beneficiários os serviços médico-hospitalares, ambulatoriais, auxiliares de diagnóstico e terapia, obedecidas as determinações deste Contrato, conforme especificado a seguir:

- a) Consultas: As consultas médicas compreendem atendimento realizado previamente, de forma obrigatória, com o Médico Referência na Clínica de Especialidades indicada pela **CONTRATADA**, exceto nos casos de urgência e emergência, e, quando necessário, será autorizado o acesso à rede credenciada. As consultas médicas deverão ser agendadas pela Central de Atendimento da **CONTRATADA**;
- b) Consultas/sessões com nutricionista, psicólogo, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e fisioterapeuta: os beneficiários deverão entrar em contato com a **CONTRATADA**, com o pedido do médico assistente, para autorização prévia, quando os Beneficiários serão atendidos no consultório ou na clínica do profissional indicado pela **CONTRATADA**, dentre os profissionais credenciados, ressalvados os casos de urgência ou de emergência;
- c) Atendimentos clínicos, cirúrgicos, demais terapias e procedimentos ambulatoriais: os beneficiários deverão entrar em contato com a **CONTRATADA**, com o pedido do médico assistente, para autorização prévia, quando os Beneficiários serão atendidos nos consultórios, clínicas, serviços ou hospitais credenciados pela **CONTRATADA** conforme profissional e local indicados na autorização prévia, ressalvados os casos de urgência ou de emergência;
- d) Exames complementares e serviços auxiliares de diagnóstico e terapia: os beneficiários deverão entrar em contato com a **CONTRATADA**, com o pedido do médico assistente, para autorização prévia, quando os Beneficiários serão atendidos através da rede própria e credenciada, **CONTRATADA**, conforme local indicado na autorização prévia,

ressalvados os casos de urgência ou de emergência.

9.9 É facultado à **CONTRATADA** direcionar a realização de exames, 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.

9.10 O Beneficiário deverá requerer, à **CONTRATADA**, seja emitida autorização prévia para realização dos atendimentos garantidos por este Contrato, à exceção de consultas e exames/procedimentos simples.

9.11 Serão considerados exames/procedimentos simples, terapias simples e demais procedimentos ambulatoriais simples, para fins deste contrato, os relacionados nos **ANEXOS CONTRATUAIS**.

9.12 A **CONTRATANTE** e a **CONTRATADA** poderão ampliar a relação de exames/procedimentos simples prevista neste Contrato, mediante acordo entre as partes.

9.13 Os exames/procedimentos, terapias e demais procedimentos ambulatoriais não relacionados nesse item, serão considerados especiais para os fins deste Contrato.

9.14 A autorização prévia deverá ser obtida nos postos de autorização da **CONTRATADA**.

9.15 Para autorização de cada procedimento coberto a **CONTRATADA** exigirá a apresentação de documentação específica. A relação dos documentos exigidos pela **CONTRATADA** para autorização de cada procedimento pode ser obtida no portal da **CONTRATADA** na internet ou em suas centrais de atendimento.

9.16 A cobertura dos procedimentos ambulatoriais somente será garantida quando apresentada toda a documentação exigida.

9.17 Por ocasião da concessão de autorização prévia, a **CONTRATADA** garantirá, ao Beneficiário, atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de 01 (um) dia útil, a partir do momento de sua solicitação.

9.18 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 solicitadas e a comparecer na perícia da **CONTRATADA**.

9.19 Em caso de divergência médica na concessão da autorização prévia, será garantida a instauração de junta médica, para definição do impasse, constituída pelo profissional solicitante do procedimento ou nomeado pelo Beneficiário, por médico da **CONTRATADA** e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da **CONTRATADA**.

9.20 Caso o Beneficiário escolha um profissional não pertencente à rede credenciada do plano, os honorários desse profissional serão de responsabilidade do Beneficiário.

9.21 Nos casos de urgência ou emergência, o Beneficiário, ou quem por ele responda, terá o prazo de 02 (dois) dias úteis contados da data da realização do atendimento para providenciar os documentos que deveriam ser apresentados para a autorização prévia mencionados, sob pena da **CONTRATADA** não se responsabilizar por quaisquer despesas.

9.22 A **CONTRATADA** não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelos Beneficiários com o prestador do atendimento, correndo tais despesas por conta exclusiva do Beneficiário.

9.23 Embora a cobertura contratual esteja restrita aos serviços realizados por profissionais credenciados pela **CONTRATADA**, constantes no Guia Rede Norden, ressalvada a hipótese de reembolso para os casos de urgência e emergência, é admitido que os serviços possam ser solicitados por profissionais legalmente habilitados não credenciados. Nesse caso, deve o Beneficiário dirigir-se à sede da **CONTRATADA** para transcrição do pedido para a guia padronizada, denominada TISS, e indicação do profissional credenciado a realizar os procedimentos solicitados.

9.24 Da coparticipação

9.24.1 Além da contribuição mensal devida pela **CONTRATANTE** em função do número de Beneficiários inscritos, e conforme descrito neste Contrato, será cobrada coparticipação, na utilização, pelos Beneficiários, dos procedimentos relacionados nos **ANEXOS CONTRATUAIS**.

9.24.2 No caso das internações psiquiátricas, além dos valores de coparticipação previstos acima, deverão ser vertidos os demais valores previstos em cláusula específica deste Contrato.

9.24.3 Serão de responsabilidade da **CONTRATANTE** os valores de coparticipações referentes à utilização de procedimentos realizados em

período no qual o Beneficiário estava inscrito, independente da época da cobrança, ou seja, a **CONTRATANTE** obriga-se a arcar com tais valores, ainda que o desligamento desse Beneficiário já tenha ocorrido.

CLÁUSULA DÉCIMA – FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

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

10.2 No ato da assinatura deste Contrato, o Beneficiário Titular pagará à **CONTRATADA** uma taxa de implantação, no valor estabelecido nos ANEXOS CONTRATUAIS por Beneficiário inscrito. A taxa de implantação também será cobrada das novas adesões.

10.3 O Beneficiário Titular obriga-se a pagar à **CONTRATADA**, por si e por seus Dependentes inscritos neste Contrato, o valor de mensalidade relacionado nos ANEXOS CONTRATUAIS, bem como os valores definidos na Proposta de Adesão para novos Dependentes, através da emissão de boleto bancário.

10.4 Eventuais valores de coparticipação deverão ser pagos da mesma forma que as mensalidades.

10.5 As mensalidades e os eventuais valores de coparticipação serão pagos até o dia de cada mês estabelecido nos **ANEXOS CONTRATUAIS**.

10.6 Quando a data de vencimento cair em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser realizado até o primeiro dia útil subsequente.

10.7 Se o Beneficiário Titular não receber documento que o possibilite realizar o pagamento de sua obrigação, até 05 (cinco) dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente na **CONTRATADA** para que não se sujeite as consequências da mora.

10.8 Ocorrendo impontualidade no pagamento de responsabilidade do **CONTRATANTE**, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculados dia a dia, e multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado, sem prejuízo da eventual cobrança judicial de indenização por perdas e danos, conforme o caso.

10.9 Havendo atraso no pagamento da mensalidade, por período superior a 60 (sessenta) 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 suas consequências moratórias, a **CONTRATADA** poderá rescindir este

Contrato, após notificação prévia ao Beneficiário Titular, que se dará até o 50º (quinquagésimo) dia de inadimplência.

10.10 Caso a **CONTRATADA** não venha notificar o Beneficiário Titular até o 50º (quinquagésimo) dia de inadimplência, deverá garantir um lapso temporal mínimo de 10 (dez) dias entre a data da notificação e a suspensão dos atendimentos.

10.11 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 DÉCIMA PRIMEIRA – REAJUSTE

11.1 Nos termos da Lei, o reajuste a incidir sobre o valor da Mensalidade será anual, tendo como data-base de aniversário o mês de assinatura do Contrato, observado o limite do índice máximo autorizado pela **ANS**.

11.2 Na ausência de índice oficial da **ANS**, a **CONTRATADA** reajustará os valores das Mensalidades, na periodicidade legal, pela variação positiva do índice previsto nos **ANEXOS CONTRATUAIS**, acumulada nos últimos 12 (doze) meses, divulgado no período e com retroatividade prevista nos **ANEXOS CONTRATUAIS**, sendo que na falta deste, o reajuste se dará através de outro índice oficial que vier a substituí-lo, garantindo-se ainda, a possibilidade de efetuar reajustes técnicos que venham a ser autorizados pela ANS ou outro órgão regulador.

11.3 Fica estabelecido que os valores relativos a inclusões posteriores à assinatura deste instrumento terão o primeiro reajuste na data de aniversário do presente Contrato.

11.4 As demais obrigações financeiras previstas neste instrumento (tais como taxa de inscrição, segunda via do Cartão Individual de Identificação e coparticipações, se houver, em valor ou percentual), serão reajustadas no mesmo momento da mensalidade, através de livre negociação entre as partes. Na falta de acordo entre as partes, serão reajustadas utilizando-se o mesmo índice de reajuste da mensalidade.

11.5 Caso nova legislação venha a autorizar o reajuste em período inferior a 12 (doze) meses, haverá aplicação imediata sobre este Contrato.

11.6 Os reajustes serão aplicados mediante prévia autorização da ANS.

11.7 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, exceto se a mensalidade for fixada em preço único.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - FAIXA ETÁRIA

12.1 As mensalidades foram fixadas em função da idade do Beneficiário inscrito, de acordo com as faixas etárias e percentuais de reajustes incidentes em cada uma delas, conforme estabelecido nos **ANEXOS CONTRATUAIS**.

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

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

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

- a) O valor fixado para a última faixa etária não pode ser superior a 06 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária;
- b) A variação acumulada entre a 7ª (sétima) e a 10ª (décima) faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a 1ª (primeira) e a 7ª (sétima) faixas;
- c) As variações por mudança de faixa etária não podem apresentar percentuais negativos.

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

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

13.1 Cessarão automaticamente as coberturas do Plano para o Beneficiário Dependente:

- a) 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) 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.

13.2 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.

13.3 O Beneficiário Dependente que vier a perder a condição de dependência poderá ser incluído em algum dos planos individuais ofertados pela **CONTRATADA**, mediante assinatura de novo contrato em seu próprio nome em até 30 (trinta) dias a contar da data da perda do direito como Beneficiário Dependente, aproveitando as carências já cumpridas neste Contrato, desde que a **CONTRATADA** ofereça planos individuais à época da solicitação.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – RESCISÃO/SUSPENSÃO

14.1 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 (quincuagésimo) 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.

14.2 Após o 60º (sexagésimo) 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.

14.3 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.

14.4 Na hipótese de rescisão antes do cumprimento do período mínimo de permanência de 12 (doze) meses, fica o **CONTRATANTE** obrigado ao pagamento de 10% (dez por cento) das Mensalidades restantes para se completar a primeira vigência.

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

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DA PROTEÇÃO DE DADOS

15.1 Durante a vigência deste contrato e para fins de cumprimento das atividades de proteção da vida e da saúde, bem como para aperfeiçoar seus serviços e promover um melhor desempenho na entrega dos serviços contratados, poderão ser coletados dados pessoais e dados pessoais sensíveis, que, neste ato, autoriza expressamente, o responsável legal, diretamente e/ou por intermédio do **CONTRATANTE**, para utilização e tratamento pela **CONTRATADA** no desenvolvimento de políticas de saúde, em atenção ao artigo 14 da Lei 13.709/2018.

15.2 Em virtude das previsões constantes da presente cláusula deverá ser considerado que:

15.2.1 “Dados Pessoais” são informações relativas a uma pessoa natural identificada ou identificável, incluindo, mas não se limitado a Dados Pessoais, incluindo a dados sensíveis como dados clínicos e médicos necessários para a prestação de serviços objeto do presente contrato;

15.2.2 “Dados Pessoais Sensíveis” aqueles de origem racial ou étnica, convicção religiosa, opinião política, filiação a sindicato ou a organização de caráter religioso, filosófico ou político, dado referente à saúde ou à vida sexual, dado genético ou biométrico, quando vinculado a uma pessoa natural;

15.2.3 A **CONTRATADA** é a “Controladora”, nos termos do art. 5, inciso IV, da Lei 13.709/2018, responsável pela coleta, armazenamento e processamento dos dados pessoais e sensíveis;

15.2.4 A CONTRATADA, enquanto “Controladora”, coleta e promove tratamento de dados pessoais para atendimento das finalidades informadas em sua política de privacidade considerando sempre o princípio da minimização de modo a utilizar apenas as informações necessárias para execução deste contrato que tem por objeto a prestação de serviços de oferta de plano de saúde;

15.2.5 A CONTRATADA poderá subcontratar o serviço de processamento e armazenamento de dados, de forma que o(a) **CONTRATANTE TEM CIÊNCIA E AUTORIZA NESTE ATO** o acesso e tratamento de dados pessoais por terceiros, prestadores de serviços, cuja contratação tenha por objeto, garantir a eficiência dos serviços a serem prestados.

15.2.6 A CONTRATADA envidará seus melhores esforços para proteção da informação, principalmente dados pessoais e sensíveis, aplicando as medidas de proteção administrativa e técnica necessárias e disponíveis à época, exigindo de seus fornecedores o mesmo nível aceitável de Segurança da Informação, com base nas melhores práticas de mercado, a partir de cláusulas contratuais.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DISPOSIÇÕES GERAIS

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

ACIDENTE PESSOAL: evento ocorrido em data específica, provocado por agentes externos ao corpo humano, súbitos e involuntários e causadores de lesões físicas não decorrentes de problemas de saúde, e que, independente de qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico, como, por exemplo, acidentes de carro, quedas e inalação de gases;

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

AGRAVO: qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o Beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a **CONTRATADA** e o Beneficiário. Exercendo prerrogativa legal, a **CONTRATADA** não optará pelo fornecimento do Agravo;

ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA E ATUAÇÃO DO PLANO: área definida em Contrato dentro da qual o Beneficiário poderá utilizar os serviços contratados;

ATENDIMENTO AMBULATORIAL: compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, ou serviços como recuperação pós-anestésica, UTI, CETIN e similares;

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

CARÊNCIA: prazo ininterrupto, contado a partir data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, durante o qual os Beneficiários não têm direito às coberturas contratadas;

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

COBERTURA: garantia, nos limites e modalidades deste Contrato, do pagamento de despesas médicas e hospitalares, diretamente às pessoas físicas ou jurídicas prestadoras de serviços, em nome e por conta dos Beneficiários;

COMPANHEIRO: pessoa que vive em união estável com outrem, considerada união estável a entidade familiar entre o homem e a mulher, configurada na convivência pública, contínua e duradoura com o objetivo de constituição de família, nos termos da Constituição Federal e do Código Civil Brasileiro;

COMPLICAÇÕES NO PROCESSO GESTACIONAL: alterações patológicas durante a gestação, como, por exemplo, gravidez tubária, eclampsia, parto prematuro e abortamento;

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - CONSU: órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para deliberar sobre questões relacionadas à prestação de serviços de saúde suplementar, definidas no art. 35-A da Lei nº 9.656/1998;

HOSPITAL DIA: atendimento hospitalar que não requeira pernoite em leito hospitalar, não correspondendo, portanto, a uma diária convencional;

INTERNAÇÃO HOSPITALAR: situação na qual o Beneficiário é admitido em estabelecimento hospitalar, ficando sob os cuidados do médico assistente, para ser submetido a algum tipo de tratamento ou procedimento;

MÉDICO ASSISTENTE: médico responsável pela indicação da conduta médica a ser aplicada ao paciente;

MPS: Documento instituído pela ANS, destinado a informar ao BENEFICIÁRIO os principais aspectos a serem observados no momento da contratação de planos de saúde e a facilitar a apreensão do conteúdo do CONTRATO por meio da indicação das referências aos seus tópicos mais relevantes estabelecendo assim um Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde - MPS;

GLC: Documento instituído pela ANS, destinado a informar ao BENEFICIÁRIO os principais aspectos a serem observados no momento da contratação de planos de saúde e a facilitar a apreensão do conteúdo do CONTRATO por meio da indicação das referências aos seus tópicos mais relevantes estabelecendo assim um Guia de Leitura Contratual - GLC;

SUMÁRIO: Folha capa do CONTRATO, onde são sumarizados e localizados os ANEXOS CONTRATUAIS DOS CONTRATOS e os TEMAS CONTRATUAIS e que, serve ainda ao MPS e ao GLC, pois referencia e mostra a página do CONTRATO onde estão os tópicos mais relevantes destes documentos;

Formulário de AUTORIZAÇÃO DE CADASTRO: Documento que estabelece obrigações do **CONTRATANTE** com a **CONTRATADA**, no momento da autorização do cadastro dos BENEFICIÁRIOS e que será obrigatoriamente exigido pela **CONTRATADA** durante toda a vigência do CONTRATO.

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

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

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

assinar Termo próprio se responsabilizando por eventual má utilização dos serviços.

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

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

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

16.8 As segundas vias do Cartão de Identificação serão cobradas, pela **CONTRATADA**, conforme valor de R\$ 30,00 (trinta reais).

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

16.10 Os casos omissos no presente instrumento contratual serão resolvidos de comum acordo entre **CONTRATANTE** e **CONTRATADA**.

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

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

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

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

16.15 Faz parte do Contrato quaisquer documentos que tratem de assuntos pertinentes ao plano de saúde. Dentre esses documentos, incluem-se, quando for o caso: Proposta de Adesão, Declaração de Saúde, Tabela de Reembolso, Guia Rede Norden, GLC, MPS, SUMÁRIO e Formulário de AUTORIZAÇÃO DE CADASTRO (se for o caso).

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – ELEIÇÃO DE FORO

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

E por estarem assim ajustadas e combinadas, as partes assinam esse instrumento em 02 (duas) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo.

_____, ____ de _____ de _____

CONTRATADA

PERSONAL CARE OPERADORA DE SAÚDE S/A
31.097.886/0001-67

CONTRATANTE

NOME:
CPF:

TESTEMUNHAS:

Nome:**CPF:**

Nome:**CPF:**

ANEXO I

PERÍODOS DE CARÊNCIA

- Cobertura para **Urgência e emergência, nos termos previstos neste Contrato: 24 (vinte e quatro) horas;**
- Cobertura para **Consultas Médicas: 7 (sete) dias**
- Cobertura para **Exames Simples (Valores entre 0 e 49 CH's, da tabela AMB 92): 30 (trinta) dias;**
- Cobertura para **Exames Complementares (Valores entre 50 e 150 CH's, da tabela AMB 92): 60 (sessenta) dias;**
- Cobertura para **Atos/Cirurgias Ambulatoriais (Valores entre 0 e acima 300 CH's, da tabela AMB 92): 120 (cento e vinte) dias;**
- Cobertura para **Exames Especiais I (Valores acima de 151 CH's, da tabela AMB 92): 150 (cento e cinquenta) dias;**
- Cobertura para **Terapias/Sessões: acupunturista, nutricionista, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional, procedimentos de fisioterapia e psicoterapia: 120 (cento e vinte) dias;**
- Cobertura para **Procedimentos e Alta Complexidade e Cirurgias Ambulatoriais desde que relacionados exclusivamente às doenças e/ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal: 720 (setecentos e vinte) dias;**
- Cobertura para **Químio/Rádio Ambulatorial: 180 (cento e oitenta) dias.**
- Cobertura para **Diálise/Hemodiálise Ambulatorial: 180 (cento e oitenta) dias.**
- Cobertura para **Demais Casos, bem como para novos procedimentos decorrentes de atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS: 150 (cento e cinquenta) dias.**

Detalhamento sobre o cumprimento de períodos de carência

1. 24 (vinte e quatro) horas: cobertura para os casos de emergências e urgências.
2. 07 (sete) dias para Consultas Médicas Ambulatoriais Eletivas.
3. 30 (trinta) dias para Exames:
4. Exames laboratoriais, (exceto os classificados como alta complexidade (PAC), tais como cargas virais para hepatites e HIV, genotipagens virais, exames de genética), Eletrocardiografia Convencional.

5. 60 (sessenta) dias para Exames Complementares:
6. Exames de Laboratório (Análises Clínicas e Citopatológico), Exames Radiológicos não Contrastados, Colposcopia, Colpocitologia, Preventivo do Câncer Ginecológico, Serviços de apoio diagnóstico.
7. 120 (cento e vinte) cirúrgicos ambulatoriais, listados no Rol de Procedimentos do Plano Ambulatorial, quando solicitados pelo médico assistente, mesmo se realizados em ambiente hospitalar, mas, desde que não se caracterize como internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que, embora prescindam de internação, necessitem de apoio hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, ou serviços de recuperação anestésica, UTI, CETIN e similares.
8. 120 (cento e vinte) dias para Consultas e Sessões Acupunturista, Nutricionista, Fonoaudiólogo e Terapeuta Ocupacional, Fisioterapia e Psicoterapia.
9. 150 (cento e cinquenta) dias para Exames Especiais: Endoscopia digestiva alta, Ultrassonografia, Rx Contrastado, Teste Ergométrico, Mamografias e Exames Anatomopatológicos, TODOS OS PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE, Tomografias computadorizadas, Ressonâncias Magnéticas, Exames e Terapias com Medicina Nuclear (Ex.: Cintilografias), Mapeamento Cerebral, Hemoterapia Ambulatorial, conforme diretrizes do Rol de Procedimentos, Exames Laboratoriais Classificados como Alta Complexidade (PAC) pelo Rol de Procedimento da ANS.
10. 180 (cento e oitenta) dias para Químio/Rádio: Quimioterapia Ambulatorial e Radioterapia Ambulatorial.
11. 180 (cento e oitenta) dias para Diálise/Hemodiálise: Terapia Renal Substitutiva Hemodiálise Ambulatorial e Diálise Peritoneal Ambulatorial.

_____, ____ de _____ de _____

CONTRATADA

PERSONAL CARE OPERADORA DE SAÚDE S/A
31.097.886/0001-67

CONTRATANTE

NOME:
CPF:

ANEXO II
FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE**I) Carteira de identificação do beneficiário e dia de vencimento:**Carteira de identificação virtual (MeuNorden App): **ISENTO**Dia de vencimento da mensalidade: ☐ 5 ☐ 10 ☐ 15 ☐ 20 ☐ 25**II) Reajuste:**Índice do Reajuste Financeiro: Conforme índice divulgado pela ANS anualmente para ser aplicado aos planos individuais e familiares.**III) Faixa Etária e valores:**

Faixas Etárias	Mensalidade	Reajuste (%)
0 a 18 anos de idade		0,00%
19 a 23 anos de idade		20,00%
24 a 28 anos de idade		20,00%
29 a 33 anos de idade		15,00%
34 a 38 anos de idade		5,00%
39 a 43 anos de idade		10,00%
44 a 48 anos de idade		30,00%
49 a 53 anos de idade		30,00%
54 a 58 anos de idade		30,00 %
59 anos e acima		42,50 %

_____, ____ de _____ de _____

CONTRATADA**PERSONAL CARE OPERADORA DE SAÚDE S/A**
31.097.886/0001-67**CONTRATANTE****NOME:**
CPF:

ANEXO III

CARACTERÍSTICAS DO PRODUTO

I) Características básicas

Registro ANS	
Nome Comercial	
Tipo de Contratação	
Segmentação Assistencial	
Área de Abrangência	
Área de Atuação	
Padrão de acomodação	
Formação do Preço	
Serviços e coberturas adicionais	
Forma de pagamento:	
Fator Moderador	

II) Duração do contrato

Prazo Mínimo de Vigência Contratual: 12 (doze) meses;

Data Inicial de Vigência:

III) Rescisão/Suspensão:

Na hipótese de rescisão antes do cumprimento do período mínimo de permanência de 12 (doze) meses, fica o CONTRATANTE obrigado ao pagamento de 10% (dez por cento) das Mensalidades restantes para se completar o período mínimo de vigência.

CONTRATADA

PERSONAL CARE OPERADORA DE SAUDE S/A
31.097.886/0001-67

CONTRATANTE

NOME:
CPF:

ANEXO IV**TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE ENVIO DE COBRANÇA POR MEIO ELETRÔNICO OU SEMELHANTE****Opção de Pagamento:**☐ **BOLETO ELETRÔNICO** ☐ **BOLETO FÍSICO** ☐ **RECORRÊNCIA POR CARTÃO****Taxa de Implantação para boleto físico:** R\$ (reais)

Na condição de beneficiário da **PERSONAL CARE OPERADORA DE SAÚDE S/A**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 31.097.886/0001-67, Registro na ANS nº 42170-7, com sede na Av. Getúlio Vargas, nº 740, Sala 67, Vila Lutfalla, São Carlos / SP, CEP 13.570-390, reconheço que as cobranças e demais correspondências relacionadas ao presente contrato serão enviadas exclusivamente por meio eletrônico ou semelhante, para os endereços eletrônicos números de telefones e contas bancárias informados por ocasião da contratação do plano de saúde.

Para **BOLETO ELETRÔNICO** declaro que compete a mim manter atualizados os dados acima relacionados para fins de comunicação e que, na hipótese da ausência de recebimento das cobranças mensais do plano de saúde, deverei entrar em contato com a operadora a fim de obter o boleto para a realização da quitação do débito.

Para **RECORRÊNCIA POR CARTÃO** declaro ciência que, na impossibilidade de realização da cobrança no referido cartão na data do vencimento da mensalidade do plano de saúde, caberá a mim entrar em contato com a operadora a fim de obter o boleto para o pagamento da obrigação, **cujo inadimplemento dará início a contagem do prazo de 60 (sessenta) dias para a realização do cancelamento do contrato por inadimplência, na forma prevista no art. 13, § 2º da Lei 9656/98.**

Por ser a expressão da verdade, assino o presente termo no mesmo ato da assinatura do contrato de plano de saúde, para que surtam os devidos efeitos legais.

_____, ____ de _____ de _____

CONTRATANTE

NOME:**CPF:**

ANEXO V
COBERTURA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM TRÂNSITO
PELO SISTEMA ABRAMGE

Na condição de responsável pela contratação do plano privado de assistência à saúde contratado da **PERSONAL CARE OPERADORA DE SAÚDE S/A**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 31.097.886/0001-67, registro na ANS nº 42170-7, com sede na Av. Getúlio Vargas, nº 740, Sala 67, Vila Lutfalla, São Carlos / SP, CEP 13.570-390, reconheço que me foi concedida, em caráter de liberalidade, cobertura para atendimento de urgência e emergência pelo Sistema Abramge.

Declaro, de igual modo, que tenho ciência que todo beneficiário de plano de saúde administrado por uma empresa de medicina de grupo associada à Abramge terá direito a atendimento em situação que caracterize urgência e/ou emergência, desde que em trânsito, ou seja, atendimento fora de sua região de cobertura de seu contrato conforme verificado na lista de empresas participantes do Atendimento Abramge que estará disponível para consulta no site: www.atendimentoabramge.com.br e pelo telefone 0800.722.7511.

Por ser a expressão da verdade, assino o presente termo no mesmo ato da assinatura do contrato de plano de saúde, para que surtam os devidos efeitos legais.

_____, ____ de _____ de _____

CONTRATANTE

NOME:

CPF: