



SAÚDE PAS MEDICINA & ODONTO
Rua Jerônimo Coelho, 212/2º andar – Centro Histórico – Porto Alegre – RS
FONES 0800 541 66 66 / (51) 3092 4800
CNPJ 03.424.929/0001-36

Nome Comercial: **SAÚDE MAX**
Contratação: Coletivo por Adesão
Abrangência Geográfica: Estadual
Segmentação Assistencial: Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia
Formação do Preço: Pré-Estabelecido
Fator Moderador: Coparticipação

I – QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA

SAÚDE PAS MEDICINA E ODONTO, empresa inscrita no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas – CNPJ sob o nº 03.424.929/0001-36, registrada na ANS, sob o nº 40924-3, Classificação Autogestão, com sede e foro à rua Jerônimo Coelho, nº 212, sala 202, Centro, Porto Alegre, RS, CEP. 90010-240, doravante denominada CONTRATADA e, de outro lado,

II – QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE

Nome: _____
Endereço: _____
E-mail: _____ Telefone: _____
Filiação: _____
Data de Nascimento: _____ CPF: _____
RG: _____ Órgão Expedidor: _____
Cadastro Nacional de Saúde – CNS _____, a seguir designada simplesmente CONTRATANTE, tem entre si justo e contratado o que abaixo estabelecem, através das condições.

III – NOME COMERCIAL E NÚMERO DO REGISTRO PERANTE A ANS

- O Plano Privado de Assistência à Saúde ora contratado tem por nome comercial: **SAÚDE MAX**.
- Registrado na ANS sob o número **489.474/21-0**.

IV – TIPO DE CONTRATAÇÃO

O Tipo de contratação do Plano Privado de Assistência à Saúde ora contratado é: Coletivo por Adesão.

V – TIPO DE SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

O Tipo de segmentação assistencial do Plano Privado de Assistência à Saúde ora contratado é: **Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia**.

VI – ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA

Área em que a operadora fica obrigada a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo beneficiário.

A área geográfica de abrangência do Plano Privado de Assistência à Saúde ora contratado é Estadual.

VII – ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO

A área de atuação do plano de saúde é Estadual – Estado do Rio Grande do Sul.

VIII – PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

O Padrão de Acomodação em Internação do Plano Privado de Assistência à Saúde ora contratado é **Privativo** (apartamento privativo).

IX – ATRIBUTOS DO CONTRATO

O presente contrato tem por objetivo a prestação continuada de serviços na forma de Plano Privado de Assistência à Saúde médico-hospitalar, 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.

O presente contrato é de adesão, bilateral, gerando direitos e obrigações para as partes, conforme dispõe o Código Civil Brasileiro.

X – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

1. Plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população que mantenha com a CONTRATANTE vínculo de caráter profissional, classista ou setorial.

2. Serão admitidos os Servidores Públicos do Estado do Rio Grande do Sul e os demais beneficiários do IPE Saúde.

3. Podem ser inscritos pelo Titular como Beneficiários Dependentes, a qualquer tempo, mediante a comprovação das qualidades abaixo indicadas e da dependência econômica em relação àquele:

- a) Grupo familiar até o quarto grau de parentesco consanguíneo;
- b) Grupo familiar até o segundo grau de parentesco por afinidade;
- c) O cônjuge;
- d) O companheiro, havendo união estável na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial.
- e) Os filhos e enteados, ambos com até 18 anos incompletos ou, se estudantes universitários, até 24 anos incompletos;
- f) Criança ou adolescente sob guarda, tutelado e/ou curatelado;
- g) Os filhos com deficiência física podem ser incluídos como dependentes independentemente da idade.
- h) Os filhos recém-nascidos, naturais ou adotivos do beneficiário titular, ou de seu dependente, isentos do cumprimento dos períodos de carência já cumpridos pelo titular, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de trinta dias do nascimento ou adoção.

4. A adesão do grupo familiar dependerá da participação do Titular no plano privado de assistência à saúde.

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

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.

6. Forma de inclusão de beneficiário titular: A solicitação de inclusão de beneficiário titular deve ser feita mediante o preenchimento do Proposta de Adesão (ANEXO I), assinada pelo beneficiário titular. A Proposta de Adesão deve ser acompanhada de cópia do RG, CPF, CNS do titular, além de comprovante de endereço em nome do titular ou declaração de residência, número de telefone do titular e comprovante de vínculo de caráter profissional, classista ou setorial.

7. Forma de inclusão de beneficiário dependente: A solicitação de inclusão de dependente deve ser realizada mediante o preenchimento da Proposta de Adesão (ANEXO I), com indicação do código do beneficiário titular e/ou o nome completo.

A inclusão de beneficiário dependente deverá ser acompanhada dos seguintes documentos:

- a) Proposta de Adesão assinada pelo beneficiário titular;
- b) Declaração de Saúde preenchida e assinada;
- c) Comprovante residencial, caso o endereço informado no formulário seja diferente do informado no momento da inclusão do titular;
- d) Anexar os seguintes documentos:
 - Cônjuge: RG, CPF, Cartão Nacional de Saúde (CNS), Certidão de casamento;
 - Filho até 24 anos incompletos: RG ou certidão de nascimento, CPF, Cartão Nacional de Saúde (CNS), após 18 anos, comprovante de vínculo com Instituição de Ensino, reconhecida pelo Ministério da Educação - MEC;
 - Filho adotivo até 24 anos incompletos: RG ou certidão de nascimento (se ainda não tiver a Certidão de Nascimento retificada, apresentar o Termo de adoção ou termo de guarda para fins de adoção), CPF, Cartão Nacional de Saúde (CNS), após 18 anos, comprovante de vínculo com Instituição de Ensino, reconhecida pelo Ministério da Educação - MEC;
 - Filho incapaz: Termo de Curatela ou Tutela para filhos incapazes com problemas mentais; relatório de perícia médica do INSS ou uma junta médica para filhos incapazes com problemas físicos; RG ou certidão de nascimento, CPF, Cartão Nacional de Saúde (CNS);
 - Enteadado até 24 anos incompletos: RG ou certidão de nascimento, CPF, Cartão Nacional de Saúde (CNS), Certidão de casamento ou declaração pública de união estável entre o titular e cônjuge, após 18 anos, comprovante de vínculo com Instituição de Ensino, reconhecida pelo Ministério da Educação - MEC;
 - Criança ou adolescente sob guarda até 24 anos incompletos: Termo de guarda ou tutela, RG ou certidão de nascimento, CPF, Cartão Nacional de Saúde (CNS);
 - Companheira (o): RG, CPF, Cartão Nacional de Saúde (CNS), Escritura Pública emitida pelo cartório; ou Declaração Particular assinada pelo casal e por duas testemunhas com firma reconhecida de todas as assinaturas;

8. Todos os dados preenchidos no formulário e demais anexos que fazem parte do processo de inclusão deverão conferir com as cópias dos documentos encaminhados.

9. Os nomes dos beneficiários não poderão ser abreviados, conforme exigência da ANS.

XI – COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

DISPOSIÇÕES GERAIS

1. O plano de assistência à saúde contratado **não** possui acesso a livre escolha de prestadores para atendimento. O beneficiário titular e seus dependentes regularmente inscritos no plano de saúde têm direito ao **atendimento médico, ambulatorial e hospitalar com obstetrícia**, executados nos hospitais, clínicas e laboratórios integrantes da rede própria ou credenciada da CONTRATADA, por médicos credenciados e profissionais de saúde devidamente habilitados pelo Conselho de Classe, observadas as condições de atendimento inicial previstas na Cláusula de Mecanismos de Regulação.

2. A CONTRATADA reserva-se o direito de garantir a **cobertura mínima definida pela Agência Nacional de Saúde (ANS) no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento**, desde que respeitadas as:

a) Diretrizes de Utilização – DUT: As Diretrizes de Utilização (DUT) são regras e normas elaboradas pela Agência Nacional de Saúde (ANS) que servem para orientação e regulamentação do uso adequado de procedimento médicos e exames complementares. Elas são descritas e baseadas em estudos médicos com a finalidade de utilização das novas tecnologias ou exames que realmente possam trazer benefícios para o paciente ou que auxiliem os médicos no diagnóstico de doenças.

b) Diretrizes Clínicas – DC: Tem o objetivo de definir condutas consideradas mais adequadas para diagnóstico, tratamento e prevenção, através da integração da evidência científica com a experiência clínica e melhorar a qualidade dos cuidados à saúde de pacientes atendidos em ambulatorios e internados.

c) Protocolo de Utilização – PROUT: Que estabelecem os critérios para fornecimento de equipamentos coletores e

adjuvantes para colostomia, ileostomia e urostomia, sonda vesical de demora e coletor de urina.

3. A cobertura deverá ser assegurada independentemente da circunstância e local de origem do evento, respeitados os limites de carência estabelecidos neste contrato, área de abrangência e atuação, segmentação e a cláusula de exclusão de coberturas, no art. 12 da Lei 9.656/1998 e o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento. E incluirá:

3.1) Assistência à saúde, com cobertura médico-hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, realizados exclusivamente no Brasil, respeitada a abrangência geográfica do plano e as exigências mínimas estabelecidas em Lei.

COBERTURAS AMBULATORIAIS:

1. Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas médicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

2. Cobertura para exames complementares, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, realizados fora do regime de internação hospitalar, solicitados pelo médico assistente, ou cirurgião dentista devidamente habilitados, de acordo com o rol de procedimentos vigente na legislação em vigor.

2.1. Os Exames Complementares estão divididos em três níveis:

a) Exames complementares básicos I: exames de análises clínicas, citopatológico, rx simples, eletrocardiograma.

b) Exames complementares básicos II: Eletroencefalograma, anátomo patológico, ecografias, endoscopia digestiva.

c) Exames complementares especiais: angiografias, densitometria óssea, ecografia com doppler, genética, phmetria, mamografias, medicina nuclear, rx contrastado, ressonância magnética, holter, teste ergométrico, tomografia computadorizada, e demais exames constantes no rol de procedimentos da ANS;

3. Cobertura de medicamentos registrados e regularizados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, desde que utilizados durante a execução dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos em regime ambulatorial e previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;

4. Cobertura de consulta e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, conforme indicação do médico assistente;

5. Cobertura de psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, que poderão ser realizados tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme indicação do médico assistente;

6. Cobertura dos procedimentos de fisioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente;

7. Cobertura ambulatorial obrigatória para os seguintes procedimentos considerados especiais, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento:

a) Hemodiálise e diálise peritoneal contínua – CAPD;

b) 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 que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de Saúde, conforme prescrição do médico assistente;

c) Medicamentos de uso domiciliar, preferencialmente genérico ou fracionado, para: terapia antineoplásica oral e os medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, conforme prescrição do médico assistente, respeitadas as diretrizes de utilização e Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;

d) Radioterapia: listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, para segmentação ambulatorial;

e) Procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais: listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, com segmentação ambulatorial e que não necessitem de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas ou unidade de terapia intensiva e unidades similares;

f) Hemoterapia ambulatorial;

g) Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;

8. Ações de Planejamento Familiar, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, que envolvem as atividades de educação, aconselhamento e atendimento clínico, sulfato de DEHIDROEPIANDROSTERONA (SDHEA) implante de dispositivo intrauterino (DIU) hormonal incluindo o dispositivo, observando as seguintes definições:

a) Planejamento familiar: conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal;

b) Concepção: fusão de um espermatozoide com um óvulo, resultando na formação de um zigoto;

c) Anticoncepção: prevenção da concepção por bloqueio temporário ou permanente da fertilidade;

d) Atividades educacionais: são aquelas executadas por profissional de saúde habilitado mediante a utilização de linguagem acessível, simples e precisa, com o objetivo de oferecer aos beneficiários os conhecimentos necessários para a escolha e posterior utilização do método mais adequado e propiciar a reflexão sobre temas relacionados à concepção e à anticoncepção, inclusive à sexualidade, podendo ser realizadas em grupo ou individualmente e permitindo a troca de informações e experiências baseadas na vivência de cada indivíduo do grupo;

e) Aconselhamento: processo de escuta ativa que pressupõe a identificação e acolhimento das demandas do indivíduo ou casal relacionadas às questões de planejamento familiar, prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - DST/AIDS e outras patologias que possam interferir na concepção/parto;

f) Atendimento clínico: realizado após as atividades educativas, incluindo anamnese, exame físico geral e ginecológico para subsidiar a escolha e prescrição do método mais adequado para concepção ou anticoncepção.

COBERTURAS HOSPITALARES:

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

2. Atendimento, dentro da segmentação e da área de abrangência estabelecida no contrato, deve ser assegurado independentemente do local de origem do evento;

3. Cobertura de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, bem como o acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional na indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou contratados pelo plano;

4. Cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;
5. Cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;
6. Exames complementares indispensáveis ao controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento;
7. Cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados;
8. Cobertura para remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro;
9. Cobertura de despesas de acompanhante, no caso de pacientes menores de dezoito anos e com idade igual ou superior a sessenta anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente;
10. Cobertura de cirurgia odontológica buco-maxilo-facial que necessite de ambiente hospitalar, realizada por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar;
11. Cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar;
12. Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais, mesmo quando prestados ambulatorialmente, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada como internação hospitalar:
 - a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
 - b) quimioterapia oncológica ambulatorial;
 - c) radioterapia: todos os procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente para ambas as segmentações ambulatorial e hospitalar;
 - d) hemoterapia;
 - e) nutrição parenteral ou enteral;
 - f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
 - g) embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
 - h) radiologia intervencionista;
 - i) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
 - j) procedimentos de fisioterapia: aqueles listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
13. Cobertura de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer (artigo 10-A da Lei 9656/1998, incluído pela Lei 10223/2001);
14. A cobertura de cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
15. Internações psiquiátricas, em todas as modalidades de internação que exijam cuidados médicos em ambiente hospitalar (seja centro de terapia intensiva ou similar, hospital dia e clínicas básicas e especializadas integrantes da rede

credenciada da Contratada) em número ilimitado de dias, após 30 trinta dias de internação, dentro do período de um ano, poderá ser cobrada coparticipação do beneficiário, no percentual de 50%, conforme normativas da ANS:

16. Garantia de assistência para procedimentos hospitalares na modalidade de hospital-dia, em internações de curta-permanência, a critério do médico assistente;

17. Cobertura de transplantes listados na Resolução Normativa vigente à época do evento, e dos procedimentos a eles vinculados, incluindo:

- a) As despesas assistenciais com doadores vivos, as quais estão sob expensas da operadora do beneficiário receptor;
- b) Os medicamentos utilizados durante a internação;
- c) O acompanhamento clínico em todo o período pós-operatório, que compreende não só o pós-operatório imediato (primeiras vinte e quatro horas da realização da cirurgia) e mediato (entre vinte e quatro horas e quarenta e oito horas da realização da cirurgia), mas também o pós-operatório tardio (a partir de quarenta e oito horas da realização da cirurgia), exceto medicamentos de manutenção; e
- d) As despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos, sem qualquer ônus ao beneficiário receptor.

18. Cobertura para os procedimentos relativos ao pré-natal, a assistência ao parto e puerpério;

- a) Despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, relativas ao acompanhante indicado pela mulher durante:
 - a.1) Pré-parto;
 - a.2) Parto; e
 - a.3) Pós-parto imediato, entendido como o período que abrange dez dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico;
- b) Cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário titular, ou de seu dependente, durante os primeiros trinta dias após o parto, isento do cumprimento dos períodos de carência já cumpridos pelo titular, sendo vedada qualquer alegação de DLP ou aplicação de CPT ou Agravo;

XII – SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS

O presente plano não contempla cobertura de serviços não pertencentes ao Rol de procedimentos da Regulamentação vigente.

XIII – EXCLUSÕES DE COBERTURA

Para fins de aplicação do art. 10 da Lei de nº 9.656/98 e art. 17 da RN 465/2021 e suas alterações, respeitadas as coberturas mínimas obrigatórias previstas no artigo 12 da Lei 9656/1998 e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, consideram-se EXCLUÍDOS E NÃO COBERTOS pelo PLANO, as despesas decorrentes de:

1. Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, que:

- a) Empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país;
- b) São considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina – CFM ou pelo Conselho Federal de Odontologia- CFO; ou
- c) Empregam medicamentos, cujas indicações de uso pretendida não constem da bula/manual registrada na ANVISA (uso *off-label*); exceto para aqueles medicamentos com parecer favorável do CONITEC e que tenham autorização de uso da ANVISA para fornecimento pelo SUS.

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

3. 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 intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção pós-tum, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;

4. Métodos contraceptivos, não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente a época do evento;

5. Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;

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

7. Medicamentos para tratamento domiciliar, exceto quando estiver vinculado ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso ou para controle de efeitos adversos e adjuvantes relacionados ao tratamento oncológico, previstos no rol de procedimentos e eventos em saúde vigente, quando atendidas as diretrizes de utilização;

8. Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico: prótese como qualquer dispositivo permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido, e órtese qualquer dispositivo permanente ou transitório, incluindo materiais de osteossíntese, que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico aqueles dispositivos cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico;

a) Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios que não constarem, na data do evento, da lista disponibilizada e atualizada periodicamente no endereço eletrônico da ANS na Internet (www.ans.gov.br);

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

10. Casos de cataclismo, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;

11. Tratamento em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;

12. Consultas e demais atendimentos domiciliares tais como *home care*;

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

14. Transplantes, à exceção de córnea e rim, e dos transplantes autólogos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

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

16. Honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista quando, por imperativo clínico, for necessária estrutura hospitalar para a realização de procedimentos listados no Rol de Procedimentos Odontológicos.

XIV – VIGÊNCIA

1. O presente Contrato terá vigência inicial de 12 meses, vigorando pelo prazo mínimo de 01 ano, sendo seu início a partir da assinatura do Contrato ou do pagamento da primeira mensalidade, o que ocorrer primeiro.

2. 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.

XV – PERÍODOS DE CARÊNCIA

CARÊNCIA - É o período de tempo, contado da assinatura do Contrato, da proposta de adesão ou do primeiro pagamento, o que ocorrer primeiro, onde o CONTRATANTE deverá permanecer no plano, sem direito à(s) garantia(s) coberta(s) por este contrato conforme definido nesta CLÁUSULA.

1. As coberturas previstas pelo plano contratado somente passam a vigorar após cumpridos os prazos de carência descritos abaixo, contados a partir do início de vigência do beneficiário titular e/ou de seu(s) dependente(s), conforme disposto no inciso V, art. 12 da Lei nº 9.656/98.
2. Os prazos de carência estabelecidos neste contrato independem do prazo da cobertura parcial temporária, de vinte e quatro meses, decorrente de doença ou lesão preexistente ao contrato.
3. As despesas decorrentes da utilização dos serviços durante o período de carência serão de responsabilidade da CONTRATANTE.

CARÊNCIAS:

Urgência e emergência	24 horas
Consultas rede credenciada	30 dias
Exames complementares básicos I	30 dias
Exames Complementares básicos II e especiais	90 dias
Quimioterapia e Radioterapia	180 dias
Diálise e Hemodiálise	180 dias
Pequenas Cirurgias e Atendimentos Ambulatoriais	180 dias
Tratamento Fisioterápico	90 dias
Tratamento Psiquiátrico	180 dias
Internações	180 dias
Demais coberturas previstas no rol de procedimentos	180 dias
Partos a Termo	300 dias

XVI – DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES

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 9.656/1998, o inciso IX do art. 4º da Lei nº 9.961/2000 e as diretrizes estabelecidas na Resolução Normativa nº 162/2007 e suas alterações.
2. Para informar a existência de doenças e lesões preexistentes, o Beneficiário Titular e Dependentes preencherão o Formulário de Declaração de Saúde (**ANEXO III**) acompanhado da Carta de Orientação ao Beneficiário (**ANEXO II**) e poderá solicitar um médico para orientá-lo.
3. 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.
4. 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.
5. 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.

6. 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. Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do beneficiário, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a CONTRATADA oferecerá a cobertura parcial temporária e, dependendo do caso, lhe será facultada a oferta do agravo. Caso a CONTRATADA não ofereça Cobertura Parcial Temporária no momento da adesão contratual, não caberá alegação de omissão de informação na Declaração de Saúde ou aplicação posterior de Cobertura Parcial Temporária ou Agravo.
8. **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.
9. 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.
10. Na hipótese de Cobertura Parcial Temporária, a CONTRATADA somente poderá suspender a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta tecnologia e os procedimentos de alta complexidade, quando relacionados exclusivamente à Doença ou Lesão Preexistente.
11. 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.
12. 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.
13. 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 nº 9.656/1998.
14. 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.
15. Identificado indício de fraude por parte do beneficiário, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a CONTRATADA deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao beneficiário através de Termo de Comunicação ao Beneficiário e poderá solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do beneficiário à Cobertura Parcial Temporária.
16. Instaurado o processo administrativo na ANS, à CONTRATADA caberá o ônus da prova.
17. A CONTRATADA poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do Beneficiário sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão preexistente.
18. A ANS efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação. Se solicitado pela ANS, o Beneficiário deverá remeter documentação adicional necessária para instrução do processo.
19. 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.

20. 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.

XVII – URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, REMOÇÃO E REEMBOLSO

O atendimento de urgência, emergência, remoção e reembolso observará as condições abaixo e atualizações estabelecidas em normativos da Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigentes na data do evento.

1 – Atendimento de urgência e emergência:

Para fins do que dispõe o art. 35-C da Lei n.º 9.656/98 e para efeito da presente cláusula, considera-se:

a) Emergência: os atendimentos que implicarem em risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente;

b) Urgência: os atendimentos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

Parágrafo primeiro. Após 24 (vinte e quatro) horas da inscrição do beneficiário no plano (titular ou dependente, conforme o caso), é assegurada a cobertura dos procedimentos de urgência e emergência conforme regras abaixo:

1.1 Beneficiário em período de carências:

a) A cobertura para os atendimentos de emergência fica limitada as primeiras 12 (doze) horas em regime ambulatorial e a responsabilidade financeira da CONTRATADA cessará a partir da caracterização da internação, ainda que esta se efetive dentro do período de 12 horas;

b) É garantido o atendimento de urgência e emergência relacionados ao processo gestacional à beneficiária que AINDA esteja cumprindo o prazo de carência para internação, neste caso, limitado as primeiras 12 (doze) horas em regime ambulatorial e a responsabilidade financeira da CONTRATADA cessará a partir da caracterização da internação, mesmo que esta se efetive dentro do período de 12 horas;

c) Atendimento de urgência decorrente de acidente pessoal assegurado de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente a época do evento, após 24 horas da vigência do contrato, sem restrições.

1.2 Beneficiário com carências já cumpridas:

a) Atendimento integral para urgência ou emergência de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente a época do evento, exceto para as patologias que ainda estiverem em período de cobertura parcial temporária.

1.3 Beneficiário em período de Cobertura Parcial Temporária:

a) Quando envolver acordo de **Cobertura Parcial Temporária, por doenças ou lesões preexistentes, a cobertura do atendimento de urgência e emergência fica limitada às 12 (doze) primeiras horas em regime ambulatorial. Quando necessária, para a continuidade do atendimento de urgência e emergência, a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar, ainda que em tempo menor que 12 (doze) horas, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser do CONTRATANTE, não cabendo ônus à CONTRATADA.**

2 – Remoção:

A CONTRATADA garantirá a cobertura da remoção do paciente nas situações abaixo descritas, em ambulância com os recursos necessários a fim de garantir a manutenção da vida, para outro hospital, nas seguintes situações:

- a) 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;
- b) Remoção para unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, quando ultrapassadas as primeiras 12 horas ou caracterizada a necessidade de internação;
- c) Quando for necessária a realização de eventos cirúrgicos, ou uso de leitos de alta tecnologia ou a realização de procedimentos de alta complexidade relacionados a Doença ou Lesão Preexistente (DLP) em período de Cobertura Parcial Temporária (CPT), caberá à CONTRATADA o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS mais próxima, que disponha dos recursos necessários para garantir a continuidade do atendimento. A responsabilidade da Operadora só cessará após o efetivo registro do paciente na Unidade do Sistema Único de Saúde – SUS.

Parágrafo primeiro. Quando o beneficiário estiver no período de Cobertura Parcial Temporária (CPT) e este ou seu responsável optar, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade não integrante do SUS, a CONTRATADA estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

Parágrafo segundo. Quando o beneficiário estiver no período de Cobertura Parcial Temporária (CPT) e a remoção para unidade do SUS não for possível por haver risco de morte, o (a) CONTRATANTE arcará com o ônus do atendimento, devendo negociar com o prestador a responsabilidade financeira pela continuidade da assistência, ficando a CONTRATADA isenta desse ônus.

Parágrafo terceiro. A CONTRATADA garantirá a remoção do beneficiário que tiver cumprido o período de carências, mediante autorização do médico assistente e consentimento do próprio beneficiário ou de seu responsável. A remoção será assegurada nas situações abaixo descritas:

2.1 Quando o beneficiário estiver dentro da área de atuação e abrangência de cobertura do plano de saúde:

- a) De hospital ou pronto atendimento do SUS, para um hospital da rede vinculado ao respectivo plano de saúde;
- b) De hospital ou pronto atendimento particular ou público, não integrante da rede da operadora, para um hospital da rede vinculado ao respectivo plano de saúde;
- c) De hospital ou pronto atendimento da rede do respectivo plano de saúde, para outro hospital da rede, vinculado ao respectivo plano de saúde, mais próximo, quando caracterizada pelo médico assistente, a falta de recursos para continuidade de atenção ao beneficiário, na unidade de saúde de origem.
- d) De clínica ou consultório público ou privado para um hospital da rede vinculado ao respectivo plano de saúde, somente em caso de indisponibilidade ou inexistência de unidade hospitalar ou pronto atendimento no município onde o paciente foi atendido, conforme regras estabelecidas em regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente a data do evento.

2.2 A Operadora garantirá o transporte do beneficiário nos seguintes casos:

- a) De hospital ou pronto-atendimento privado ou público, localizado fora da área de atuação do respectivo plano de saúde, para hospital credenciado e vinculado ao respectivo plano de saúde apto a realizar o devido atendimento, quando o evento que originou a necessidade do serviço tenha ocorrido dentro da área de atuação do plano de saúde.
- b) De hospital ou pronto-atendimento privado ou público, localizado fora da área de atuação do plano de saúde, para hospital credenciado na área de atuação e abrangência de cobertura e vinculado ao respectivo plano de saúde apto a realizar o devido atendimento, **em caso de indisponibilidade ou inexistência de unidade hospitalar ou pronto atendimento no município demandado pelo beneficiário e/ou área de atuação do plano**, conforme regras estabelecidas em regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente a data do evento.

Parágrafo quarto. Quando o paciente estiver internado em uma unidade hospitalar, que não possua o recurso para realizar determinados exames ou procedimentos, **indispensáveis para controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica**, a CONTRATADA garantirá a sua remoção para outro estabelecimento.

3 – Reembolso

Considerando que o referido plano de saúde não possui característica de livre escolha de prestadores para atendimento, o CONTRATANTE e/ou beneficiário dependente terá assegurado o direito ao reembolso de atendimento somente nas situações e condições abaixo, quando devidamente comprovados:

Parágrafo primeiro. Reembolso em conformidade com disposto no inciso VI do artigo 12 da Lei 9656/98 em caso de atendimento de urgência e emergência:

- a) Quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pela CONTRATADA que fazem parte da rede de atendimento do respectivo plano e desde que o atendimento tenha sido realizado dentro da área de abrangência geográfica e atuação do plano.
- b) O reembolso dos atendimentos de urgência e emergência será efetuado de acordo com as obrigações avençadas entre CONTRATANTE e CONTRATADA, respeitados os prazos de carência, cobertura parcial temporária (CPT), área de abrangência e atuação do plano, segmentação e o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento. O valor reembolsado corresponderá aos valores praticados pela CONTRATADA junto à rede de prestadores do respectivo plano.

Parágrafo segundo. A CONTRATADA reembolsará o beneficiário, quando deixar de garantir a cobertura mencionada na cláusula “XII – COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS” dentro dos prazos previstos na RN n.º 259/2011 e suas alterações, por inexistência ou indisponibilidade de prestador da rede assistencial, **para o atendimento de urgência e emergência e/ou eletivo, conforme abaixo:**

3.1 Atendimento de urgência ou emergência: em caso de inexistência ou indisponibilidade de prestador de serviço assistencial da rede de atendimento do plano no município onde foi realizado o atendimento, desde que o município faça parte da área de abrangência e atuação do plano.

3.2 Atendimento eletivo em caso de inexistência ou indisponibilidade de prestador de serviço assistencial, do respectivo plano no município onde foi requerido o atendimento pelo beneficiário, desde que:

- a) O beneficiário ou seu responsável tenham comunicado previamente a CONTRATADA, por meio de um dos canais de atendimento, quanto à necessidade de atendimento e dificuldade de agendamento em razão da inexistência ou indisponibilidade de prestador de serviço assistencial da rede de atendimento deste plano;
- b) A CONTRATADA não tenha assegurado o atendimento solicitado pelo beneficiário ou responsável nos prazos e condições estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar em normativos vigentes;
- c) O município onde foi realizado o atendimento faça parte da área de abrangência e atuação do plano.

Parágrafo terceiro. Os prazos de atendimento a que se refere o parágrafo anterior são contados a partir da data da demanda pelo serviço ou procedimento perante a CONTRATADA, por meio dos Canais de Atendimento com a CONTRATADA – Fone: (51) 3092-4800, e-mail: reembolso@saudepas.com.br, presencial.

Parágrafo quarto. O atendimento solicitado será assegurado pela CONTRATADA nos prazos e condições estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar em normativos vigentes na data da demanda, em qualquer prestador ou médico da rede assistencial do plano, habilitado para o atendimento e, não necessariamente, um prestador ou médico específico escolhido pelo beneficiário.

Parágrafo quinto. 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.

Parágrafo sexto. Deverá ser anexada a respectiva solicitação a documentação original relativa às despesas efetuadas, sendo:

- a) Relatório do médico assistente contendo diagnóstico, tratamento efetuado, data do atendimento e as condições que caracterizaram a urgência/emergência;

b) Recibos individuais quitados dos honorários médicos. Quando se tratar de pessoa jurídica, nota fiscal quitada. Em ambos os casos deverão ser discriminados os seguintes dados:

- Nome completo do paciente;
- Procedimento e data de sua realização;
- Atuação do médico (especialidade);
- Valor dos honorários;
- Nome, número do Conselho Regional e CPF do médico;

c) Conta das despesas discriminadas, inclusive relação de materiais e medicamentos utilizados, apresentando nota fiscal quitada, facultado à CONTRATADA periciar os prontuários médicos, resguardadas as normas éticas.

d) Declaração contendo as circunstâncias da impossibilidade do atendimento no serviço próprio ou credenciado, conforme o caso, cujo critério constará das Condições Particulares.

Parágrafo sétimo. A CONTRATADA efetuará o reembolso previsto nesta cláusula em até **30 (trinta) dias, contado da data da solicitação.**

3.3 Só serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento, e desde que realizadas enquanto perdurar o estado de urgência ou emergência.

Não haverá reembolso:

- a)** De atendimentos realizados de forma eletiva por profissionais não credenciados/referenciados ao SAÚDE PAS;
- b)** De despesas com serviços não previstos na cobertura do Plano ora contratado;
- c)** De despesas com serviços realizados fora da abrangência geográfica do Plano ora contratado;
- d)** Caso seja efetivamente constatada fraude em documento ou informação pertinentes à utilização dos serviços previstos neste Contrato.

O beneficiário deverá consultar a relação de profissionais credenciados disponíveis no site: www.saudepas.com.br antes de realizar a consulta/atendimento.

XVIII - ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES

Não aplicável para este contrato.

XIX - MECANISMOS DE REGULAÇÃO

1. CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO:

1.1 Nenhum atendimento ao serviço previsto neste contrato será realizado sem a apresentação do Cartão de Identificação do beneficiário fornecido e expedido pela CONTRATADA para os beneficiários cadastrados no Plano, acompanhado de cédula de identidade dos mesmos ou, inexistindo tal documento, outro que produza efeitos similares, exceto nos casos de urgência e emergência.

1.2 O beneficiário, no extravio do Cartão, para obter uma 2ª (segunda) via, comunicará o fato imediatamente à CONTRATADA, arcando com as despesas da confecção de outra via.

1.3 Cessa a responsabilidade do beneficiário a partir da comunicação do extravio do cartão de identificação.

2. CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO E AUTORIZAÇÕES PRÉVIAS:

2.1 Para a realização dos procedimentos contratados será necessária a obtenção de AUTORIZAÇÃO PRÉVIA através de GUIA, exceto consultas e os casos caracterizados como urgência e emergência que, se devidamente declarado pelo médico assistente, assegura o acesso imediato aos procedimentos.

2.1.1 A guia de autorização terá validade de 30 dias. Passado este período, deverá ser emitida nova guia.

2.2 Os beneficiários serão atendidos no consultório dos médicos credenciados indicados no site da contratada na internet, observado o horário normal de atendimento em seus consultórios e com agendamento prévio. As consultas em pronto-atendimento serão realizadas na rede credenciada pelo médico que estiver de plantão.

2.3 Consultas com fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo e nutricionista serão realizadas pelos profissionais credenciados ou contratados e que integrem a rede prestadora de serviços da contratada, mediante solicitação/indicação escrita do médico assistente e apresentação de guia de solicitação de serviços com autorização prévia da contratada, respeitado o limite de uso estabelecido no rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS e diretrizes de utilização vigentes à época do evento.

2.4 Os serviços diagnósticos, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais podem ser solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista, não podendo haver restrição aos não pertencentes à rede própria ou contratualizada da operadora referenciados/cooperados/credenciados;

2.5 Para realização de procedimentos que necessitem autorização prévia o beneficiário, ou quem responda por ele, deverá comparecer à sede da contratada, munido de cartão de identificação do plano, identidade e guia de solicitação do médico assistente, para requerer a autorização. A guia de autorização terá validade pelo período de 30 (trinta) dias. Passados 30 (trinta) dias sem que o procedimento objeto de autorização tenha sido realizado, será necessário novo pedido de autorização à Operadora de Plano de Saúde contratado.

2.6 Sempre que houver dificuldade no agendamento de serviço ou atendimento, seja por indisponibilidade ou inexistência de prestador de serviço assistencial da rede de atendimento do plano, o beneficiário ou responsável deverá comunicar à contratada, através de telefone informado no cartão de identificação;

- a)** O atendimento será assegurado pela contratada em município integrante da área de abrangência e atuação do plano, nos prazos e condições estabelecidas pela ANS nos normativos vigentes à data da solicitação, em qualquer prestador ou médico da rede assistencial do plano, habilitado para o atendimento e, não necessariamente, um prestador ou médico escolhido pelo beneficiário;
- b)** A contagem do prazo para garantia do atendimento é feita a partir da data da demanda pelo serviço ou procedimento. Será garantido atendimento prioritário aos maiores de 60 anos, gestantes, lactantes, lactentes e crianças até 5 anos de idade;
- c)** Não caberá a aplicação de nova contagem de prazo para garantia de atendimento, nos termos da legislação vigente na data do atendimento, nas seguintes situações: continuidade de procedimentos sequenciais ou contínuos (quimioterapia, radioterapia hemodiálise e diálise peritoneal, que serão autorizados conforme prescrição, justificativa clínica, e prazo definido pelo médico assistente para assegurar a continuidade do tratamento, respeitados os prazos de carência e CPT), no procedimento para controle de efeitos adversos e adjuvantes relacionados à tratamentos antineoplásicos, que serão autorizados conforme prescrição do médico assistente, por se tratar de continuidade dos procedimentos de quimioterapia e terapia antineoplásica oral para o tratamento do câncer.

2.7 A manutenção da rede hospitalar implica em compromisso com o beneficiário e deve observar as normas estabelecidas no art. 17 da Lei 9.656/98:

- a)** É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outra equivalente e mediante comunicação aos beneficiários 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.
- b)** Nos casos de substituição ou suspensão temporária do estabelecimento hospitalar em decorrência de intervenção pública, sanitária ou fiscal, a contratada arcará com a responsabilidade pela transferência do beneficiário internado para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para o beneficiário.
- c)** Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, a contratada deverá solicitar à ANS autorização expressa para redimensionamento de rede e posteriormente deverá comunicar ao contratante.
- d)** A redução do número de prestadores da rede do plano não implica em qualquer direito de redução dos valores de mensalidade fixados.

2.8 A contratada autorizará medicamentos e materiais nacionais, com certificados e boas práticas, conforme ANVISA (somente autorizando importados caso inexistam similares nacionais, sendo que eventuais divergências serão resolvidas pelo mecanismo de junta médica, abaixo previsto).

2.9 Consultas Médicas:

- a) Quando realizadas na rede credenciada/referenciada da Saúde PAS, haverá coparticipação;
- b) Quando realizadas na rede Unimed (usuários do interior do Estado do RS), haverá coparticipação;

2.10 Exames Complementares:

- a) Quando os exames forem realizados na rede credenciada/referenciada da Saúde PAS haverá coparticipação;
- b) Quando realizados na rede Unimed (usuários do interior do Estado do RS), a Saúde PAS reembolsará conforme a tabela do Plano.

3. DA JUNTA MÉDICA

3.1 A CONTRATADA garante, no caso de situações de divergência técnica-assistencial entre a contratada e o médico assistente ou cirurgião dentista, 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.

3.2 Cada uma das partes pagará os honorários do profissional que nomear, exceto se o médico-assistente escolhido pelo beneficiário pertencer à rede credenciada ou própria da CONTRATADA, que nesse caso, arcará com os honorários de ambos os nomeados. A remuneração do terceiro desempataador deverá ser paga pela operadora.

3.3 Os prazos de garantia de atendimento serão suspensos, apenas por única vez, por 3 dias úteis, quando o desempataador solicitar exames complementares, ou na ausência comunicada do beneficiário à junta previamente agendada, caso haja necessidade de exame presencial.

3.4 À contratada cabe notificar o profissional solicitante e o beneficiário ou representante legal dos atos e decisões do processo de junta médica, pois quaisquer meios de comunicação que comprovem sua ciência inequívoca do respectivo resultado.

4. COPARTICIPAÇÃO

4.1 Coparticipação é a parte efetivamente paga pelo consumidor à operadora de plano de assistência à saúde, referente a realização do procedimento.

4.2 Os valores ou percentuais referentes à coparticipação estarão de acordo com o normativo editado pela ANS vigente, e serão devidamente preenchidos no momento da contratação.

4.3 Para o plano de saúde deste contrato haverá coparticipação paga pelo usuário no valor dos procedimentos abaixo relacionados:

Urgência e emergência	20%
Consultas	R\$ 60,00
Exames Complementares Básicos I	Não se aplica
Exames Complementares Básico II	Não se aplica
Exames Complementares Especiais	Não se aplica
Procedimentos Ambulatoriais	Não se aplica
Atendimentos Ambulatoriais Psiquiátricos	Não se aplica
Terapias	R\$ 30,00
Internações	Não se aplica
Hospitalizações Psiquiátricas a partir do 31º dia de internação	50%

5. SERVIÇOS PRÓPRIOS E REDE CREDENCIADA

5.1 Será disponibilizado ao beneficiário o Manual da Rede Credenciada, contendo os dados dos prestadores de serviços próprios e credenciados pela CONTRATADA, obedecidas as regras que disciplinam o atendimento dos mesmos.

5.2 A relação contendo os dados dos prestadores de serviços credenciados da CONTRATADA terá suas atualizações disponíveis na sede da Contratada, através do serviço de tele atendimento pelo fone 0800 541 6666 ou por meio do portal da CONTRATADA na internet www.saudepas.com.br

5.3 Na hipótese de os prestadores não disporem dos recursos necessários para o atendimento, o CONTRATANTE (A) e/ou seu dependente serão encaminhados, conforme indicação do médico assistente, para atendimento nos demais prestadores assistenciais, integrantes da rede própria ou credenciada da CONTRATADA, a escolha da operadora.

5.4 As regras acima não se aplicam ao atendimento de urgência ou emergência, devidamente declarado pelo médico assistente, estando assegurado o acesso imediato aos procedimentos.

5.5 Nos casos de urgência e emergência, o beneficiário, ou quem responda por ele, terá o prazo de 2 (dois) dias úteis, contados a partir da data de internação, para comunicar a CONTRATADA da realização do atendimento.

5.6 Para realização de procedimentos que necessitem de autorização prévia, o beneficiário, ou quem responda por ele, deve dirigir-se à sede da CONTRATADA munido de cartão de identificação do plano, carteira de identidade e a guia com a solicitação do procedimento.

5.7 A inclusão de qualquer prestador de serviço de saúde como contratado, referenciado ou credenciado dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º da Lei 9.656/1998, implica compromisso com os consumidores quanto à sua manutenção ao longo da vigência dos contratos, permitindo-se sua substituição, desde que seja por outro prestador equivalente e mediante comunicação aos consumidores.

XX – FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

1. O valor a ser pago pela cobertura assistencial contratada é **pré-estabelecido**.

2. A mensalidade será paga até seu respectivo vencimento, conforme acordado na proposta de Adesão. Quando a data de vencimento cair em dia que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser realizado até o primeiro dia útil subsequente.

3. Se o CONTRATANTE não receber o documento que possibilite realizar o pagamento de sua obrigação até cinco dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente à CONTRATADA, para que não se sujeite a consequência da mora.

4. Caso não seja possível efetuar o pedido de segunda via do boleto em tempo hábil, o CONTRATANTE deverá realizar o pagamento na sede da CONTRATADA. O não recebimento do boleto bancário não exime o CONTRATANTE da responsabilidade pelo respectivo pagamento no vencimento.

5. Ocorrendo impontualidade no pagamento da mensalidade, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso, além de multa de 2% (dois por cento) sobre o valor do débito em atraso.

6. Não poderá haver distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles a este já vinculados.

7. O pagamento da contraprestação pecuniária referente a um determinado mês não implica na quitação de débitos anteriores. O eventual recebimento de valores em atraso constituirá mera tolerância, não implicando em novação contratual ou transação.

8. Os referidos pagamentos poderão ser realizados da seguinte forma:

- a) Consignação em folha de pagamento;
- b) Débito em conta nos bancos conveniados;
- c) DOC bancário. O pagamento de DOC realizado diretamente no Caixa da SERVICOOOP isenta a taxa bancária.

9. O preço por faixa etária se dará na forma da tabela abaixo:

FAIXA ETÁRIA	VALOR
00 a 18 anos	R\$
19 a 23 anos	R\$
24 a 28 anos	R\$
29 a 33 anos	R\$
34 a 38 anos	R\$
39 a 43 anos	R\$
44 a 48 anos	R\$
49 a 53 anos	R\$
54 a 58 anos	R\$
59 ou mais	R\$

XXI – REAJUSTE

1. Nos termos da legislação vigente, o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do Índice IPCA. Este será apurado no período de 12 (doze) meses consecutivos, com uma antecedência de 03(três) meses em relação a data-base de aniversário, considerada esta o mês de assinatura do Contrato, bem como, conforme disposto em cláusula estatutária vigente.
2. Caso seja verificado o desequilíbrio econômico-actuarial do contrato, este será reavaliado.
3. O desequilíbrio é constatado quando o nível de sinistralidade da carteira ultrapassar o índice de **70%** (Sm), cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 (doze) meses consecutivos, anteriores à data base de aniversário.

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

$$R(\text{reajuste}) = \frac{S}{SM} - 1 \times 100$$

4. Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, previsto no item 2, o mesmo deverá ser procedido de forma complementar ao especificado no item 3 e na mesma data, de forma a garantir a anualidade dos reajustes.
5. Na hipótese de descontinuidade do índice estabelecido no item 1, será estipulado novo índice mediante instrumento específico.
6. Independentemente da data de inclusão dos beneficiários, os valores de suas contraprestações terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência do presente contrato, entendendo-se esta como data base única.
7. Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano em um determinado contrato.
8. Nenhum contrato poderá receber reajuste em periodicidade inferior a 12 (doze) meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária, migração e adaptação do contrato à Lei 9.656/98.

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

XXII - FAIXAS ETÁRIAS

1. 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 contraprestação pecuniária, observadas as seguintes condições, conforme art. 3º, incisos I e II da RN 63/03 e suas alterações:

- a) O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária;
- b) A variação acumulada entre a sétima e a décima faixa não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

PERCENTUAIS DE AUMENTO POR FAIXA ETÁRIA (RN 63/2003)

FAIXA ETÁRIA	% AUMENTO
00 a 18 anos	-
19 a 23 anos	30,01%
24 a 28 anos	15,38%
29 a 33 anos	6,67%
34 a 38 anos	25,00%
39 a 43 anos	10,00%
44 a 48 anos	9,09%
49 a 53 anos	12,50%
54 a 58 anos	18,52%
59 ou mais	31,25%

2. A variação de preço em razão da faixa etária somente deverá incidir quando o beneficiário completar a idade limite, ou seja, no mês subsequente ao do seu aniversário.

XXIII - BÔNUS - DESCONTOS

Não há desconto ou bônus para este Produto.

XXIV - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

A perda da qualidade de beneficiário poderá ocorrer nas seguintes situações:

1. Perda da qualidade de beneficiário titular:

- a) Pela perda do vínculo com os Servidores Públicos do Estado do Rio Grande do Sul e os demais beneficiários do IPE Saúde, perda de vínculo com as associações e demais entidades autorizadas pela ANS;
- b) Fraude praticada pelo beneficiário titular, apurada de acordo com a legislação vigente.

2. Perda da qualidade de beneficiário dependente:

- a) Pela perda da condição de dependência prevista nas condições gerais deste contrato;
- b) A pedido do beneficiário titular;
- c) Fraude praticada pelo beneficiário dependente, apurada de acordo com a legislação vigente.

A CONTRATADA só poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, nas seguintes hipóteses:

1. Fraude;

2. Por perda do vínculo do titular com os Servidores Públicos do Estado do Rio Grande do Sul e os demais beneficiários do IPE Saúde, perda de vínculo com as associações e demais entidades autorizadas pela ANS ou de dependência, previstos neste contrato;

3. Os valores cobrados no período em que o usuário tiver perdido sua condição de beneficiário e não comunicado ao plano não serão devolvidos.

XXV – RESCISÃO CONTRATUAL E DA SUSPENSÃO DOS SERVIÇOS

1. Da Suspensão

1.1. O atraso no pagamento da mensalidade, pelo CONTRATANTE, por um período superior a 15 (quinze) dias, implica na suspensão do direito do(s) BENEFICIÁRIO(S) TITULAR(ARES) e de seus DEPENDENTES a qualquer cobertura, mediante prévia notificação do beneficiário, concedendo-lhe prazo para purga da mora.

2. Da Rescisão

2.1. O contrato será rescindido entre as partes nas seguintes situações:

- a) Por qualquer uma das situações constantes na cláusula anterior;
- b) Inadimplência por período superior a 60 (sessenta) dias cumulativos, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, desde que a CONTRATANTE seja comprovadamente notificada até o 50º (quingagésimo) dia da inadimplência, com concessão de prazo para purga da mora, nos termos do inciso II do art. 13 da Lei 9656/98;

2.2. O encerramento da operação do plano de saúde se dará de acordo com o Estatuto da CONTRATADA, respeitando as regras estabelecidas, principalmente quanto à instância decisória competente.

XXVI – DO CONSENTIMENTO PARA O TRATAMENTO DE DADOS

1. O CONTRATANTE declara para todos os fins seu pleno consentimento com o tratamento dos seus dados informados no ato desta contratação e posteriormente, com a finalidade de manutenção de plano de saúde contratado e prestação de serviços médicos, incluindo o compartilhamento destas informações com a rede credenciada de médicos prestadores de serviço para o atendimento médico-hospitalar, bem como para fins de oferta, pela CONTRATADA ou algum de seus parceiros comerciais, de serviços ou produtos médicos.

2. O CONTRATANTE confirma que recebeu consentimento prévio dos beneficiários dependentes para a sua inclusão no plano de saúde, bem como para o envio, recebimento e tratamento, por tempo indeterminado, no tocante às informações de cada dependente, inclusive de teor médico e sensível, pelo beneficiário titular, responsabilizando-se este integralmente por eventual acesso não autorizado diretamente junto ao dependente.

3. A CONTRATADA se compromete com o sigilo e integridade dos dados fornecidos com vistas à manutenção do plano de saúde e prestação de serviços médico-hospitalares, implementando medidas técnicas e organizacionais para proteger os dados pessoais contra a destruição, perda, alteração, difusão ou o acesso não autorizado, vedada a utilização destes dados para qualquer finalidade diversa da prevista neste presente contrato, salvo autorização e consentimento prévio, expresso e destacado do CONTRATANTE.

4. Toda e qualquer solicitação de alteração, eliminação, inclusão ou demanda relativa a dados e informações do CONTRATANTE deverá ser formalizada junto à CONTRATADA por escrito, inclusive a solicitação de cópia de prontuários, salvo situações de urgência ou emergência.

5. A CONTRATADA se responsabiliza por eventual situação de violação de dados a que tenha dado ensejo, comunicando imediatamente o titular do dado violado e a autoridade competente, adotando as medidas necessárias para conter os efeitos decorrentes do incidente.

XXVII – DISPOSIÇÕES GERAIS

1. Integram este contrato, para todos os fins de direito, a Proposta de Adesão assinada pelo (a) Contratante, o Formulário de Declaração de Saúde do titular e dependentes, o Termo de Ciência sobre as Consequências Decorrentes do Cancelamento e/ou Exclusão de Beneficiário em Plano de Saúde a Pedido, o Cartão Individual de Identificação, o

Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS) e o Guia de Leitura Contratual (GLC), Manual da Rede Credenciada (disponível no aplicativo, site da Operadora ou impresso).

2. O TITULAR, por si e por seus beneficiários dependentes, autoriza a CONTRATADA a prestar todas as informações cadastrais solicitadas pelos órgãos de fiscalização da assistência à saúde, respeitados os normativos referentes ao sigilo médico.

3. No caso de mudança de endereço e/ou telefone, o TITULAR deverá avisar a CONTRATADA sobre o ocorrido, no prazo máximo de 3 (três) dias úteis, sob pena de se responsabilizar por qualquer prejuízo que venha sofrer, causado pela impossibilidade de recebimento de correspondências. Esse aviso deverá ser formalizado com a assinatura do recebimento.

4. Qualquer tolerância por parte da CONTRATADA não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

5. A CONTRATADA não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelos beneficiários com médicos, hospitais ou entidades contratadas ou não. Estas despesas correrão por conta exclusiva do beneficiário.

6. A CONTRATADA fornecerá aos beneficiários o CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO, cuja apresentação deverá estar acompanhada de documento de identidade legalmente reconhecido, que assegura a fruição dos direitos e vantagens deste contrato.

8. Ocorrendo a perda ou extravio do CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO, o(a) TITULAR deverá comunicar, o fato à CONTRATADA, para o cancelamento ou, quando for o caso, a emissão de segunda via mediante pagamento do custo de nova carteira de identificação.

9. É obrigação do (a) TITULAR, na hipótese de rescisão deste contrato, ou ainda, da exclusão de algum beneficiário dependente, devolver os respectivos cartões de identificação, caso contrário poderá responder pelos prejuízos resultantes do uso indevido desses documentos.

10. Considera-se uso indevido a utilização desses documentos para obter atendimento, mesmo que na forma contratada, pelos beneficiários que sabiam da perda desta condição por exclusão ou término do contrato, ou, por terceiros, que não sejam beneficiários, se comprovada a má-fé do beneficiário que emprestou seu cartão a outrem. Nestas condições, o uso indevido do cartão de identificação de qualquer beneficiário, ensejará pedido de indenização por perdas e danos, bem como a exclusão do beneficiário do plano.

11. As reclamações ou sugestões sobre qualquer um dos serviços prestados, devem ser encaminhadas à CONTRATADA mediante seus meios de comunicação disponíveis.

12. 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.

CÁLCULO ATUARIAL: 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 respectivas mensalidades, 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.

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.

COPARTICIPAÇÃO: é a parcela de participação do beneficiário no pagamento de despesa relativa a determinado procedimento médico.

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. É a pessoa física que tenha vínculo familiar com o beneficiário titular do plano de saúde, de acordo com as condições de elegibilidade estabelecidas no contrato.

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 sofrendor, 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/referenciada no ato da utilização do serviço, por não ser responsabilidade contratual da operadora.

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

MENSALIDADE: valor em dinheiro pago 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. São atendimentos que necessitam ser realizados em curto espaço de tempo, porém, sem colocar em risco a vida do indivíduo.

XXVIII – ELEIÇÃO DE FORO

As partes elegem o foro da Comarca do Contratante, com expressa renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para a solução de qualquer dúvida resultante do presente contrato.

E por estarem justos e contratados, as partes assinam o presente instrumento em duas vias de igual teor e forma, para que dele surtam os jurídicos e legais efeitos.

Porto Alegre, _____ de _____ de _____.

CONTRATANTE

SAÚDE PAS-MEDICINA E ODONTO – CONTRATADA
LUIZ ONOFRE MACHADO MEIRA

TESTEMUNHAS:

1. Nome: _____

2. Nome: _____

CPF: _____

CPF: _____