



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

Plano contratado: **SAÚDE PAS COMPLEMENTAR AMBULATORIAL - Registro 490.638/21-1**

Contratação: **Coletivo por Adesão**

Abrangência Geográfica: **Estadual**

Segmentação Assistencial: **Ambulatorial**

Formação do Preço: **Pré-Estabelecido**

Fator Moderador: **Coparticipação**

1. QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA

SAÚDE PAS MEDICINA E ODONTO, empresa inscrita no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas sob nº 03.424.929/0001-36, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar sob Nº 40.924-3, classificada como 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:

2. QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE

Nome: Sr. MODELO DE CONTRATO EM BRANCO

Endereço:

Complemento:

CEP:

Estado: Rio Grande do Sul

Filiação:

Data de Nascimento:

RG:

Número:

Bairro:

Cidade:

E-mail:

Telefone:

CPF:

Órgão Expedidor:

Cadastro Nacional de Saúde – CNS , a seguir designado simplesmente CONTRATANTE.

O usuário deverá comunicar toda e qualquer alteração cadastral à Operadora o mais breve possível, eximindo a mesma de responsabilidade pela desinformação.

3. NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO PERANTE A ANS

a) O Plano Privado de Assistência à Saúde ora contratado tem por nome comercial:

SAÚDE PAS COMPLEMENTAR AMBULATORIAL

b) Registrado na ANS sob o número: **490.638/21-1**

4. TIPO DE CONTRATAÇÃO

O Tipo de contratação do Plano contratado: Coletivo por Adesão

5. TIPO DE SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

O Tipo de segmentação assistencial: Ambulatorial

6. ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA

Locais em que a Operadora possui rede credenciada/referenciada ou própria para atendimentos aos beneficiários para as coberturas previstas no produto. A área geográfica de abrangência do Plano Privado de Assistência à Saúde ora contratado é Estadual.

7. ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO

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

8. PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

Por se tratar de Plano de Segmento Ambulatorial, não existe a obrigatoriedade de garantia de leito hospitalar. No entanto, nos casos de atendimento às Urgências e Emergências, será assegurado ao beneficiário atendimento médico de até 12 horas em leito de Emergência, em Regime de Pronto Atendimento. Esta cobertura cessará se caracterizada a necessidade de realização de procedimento exclusivo de cobertura hospitalar.

9. 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.

10. NATUREZA DO CONTRATO

O presente contrato é de adesão, bilateral, gerando direitos e obrigações para as partes, conforme dispõe o Código Civil Brasileiro. Ante a classificação da Operadora como plano de Autogestão, o presente contrato não está sob a égide do Código do Consumidor, por ser plano de autogestão, conforme súmula 608 do Superior Tribunal de Justiça.

11. CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

11.1. 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.

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

11.3. 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.

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

11.5. 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.

11.6. 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, comprovante de renda, CNS do titular, comprovante de endereço em nome do titular ou declaração de residência, número de telefone do titular e

por fim, comprovante de vínculo de caráter profissional, classista ou setorial.

11.7. 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);
 - Enteado 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;

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

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

12. COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS EM UNIDADES DA REDE CREDENCIADA/REFERENCIADA PELA CONTRATADA:

12.1. Respeitados os prazos de carência, as exclusões e as coberturas estabelecidas neste Contrato, o BENEFICIÁRIO terá cobertura para as despesas ambulatoriais, exames complementares e serviços auxiliares listados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, através do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, relacionados às doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde (CID 10).

12.2. Cobertura de consultas médicas em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, (art. 12, I, "a", da Lei 9.656/98 e art. 14 da RN-ANS 167/2008 e suas alterações) aptas a atender as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

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

12.4. Cobertura de consultas e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, e terapeuta ocupacional de acordo com o número estabelecido no rol de procedimentos e eventos em saúde vigente à época do evento, conforme indicação do médico assistente.

12.5. 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.

12.6. 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, realizado em clínicas conveniadas diretamente pela CONTRATADA, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente, serão autorizadas sempre em número de 10, que serão renovadas sucessivamente, sempre que necessário.

12.7. Atendimentos nos casos de planejamento familiar, incluindo:

- a) atividades educacionais;
- b) consultas de aconselhamento para planejamento familiar;
- c) atendimento clínico;
- d) sulfato de DEHIDROEPIANDROSTERONA (SDHEA);
- e) implante de dispositivo intrauterino (DIU) hormonal incluindo o dispositivo.

12.8. A cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais:

- a) hemodiálise e diálise peritoneal –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 (medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento) que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de Saúde;
- c) radioterapia ambulatorial;
- d) procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais;
- e) hemoterapia ambulatorial;
- f) cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

12.9. 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;

12.10. Atendimento às emergências psiquiátricas, assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e autoagressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes.

12.11. Psicoterapia de crise, entendida como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, com duração máxima de doze semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência e podendo ser limitada a doze sessões por ano de contrato, não cumulativas.

12.12. Para a cobertura do exame de PET-CT Oncológico, previsto nas Diretrizes de Utilização da ANS, deverá o Beneficiário solicitar autorização prévia a CONTRATADA, bem como efetuar o pagamento da coparticipação no percentual de 35% sobre o valor do exame, conforme tabela vigente da rede credenciada.

13. SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS

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

14. EXCLUSÕES DE COBERTURA

Para fins de aplicação do art. 10 da Lei de nº 9.656/98 e, art. 20 da RN 428/2017 e suas alterações, estão expressamente excluídos deste contrato e não cobertos pelo plano, não gerando direito a qualquer tipo de

cobertura, as despesas decorrentes de:

14.1 Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, que:

- Empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país;
- São considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina – CFM ou pelo Conselho Federal de Odontologia- CFO; ou
- 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.

14.2 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;

14.3 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-tuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;

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

14.5 Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;

14.6 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;
- 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;
- Medicamentos de uso ambulatorial, exceto quando estiver vinculado a execução de um procedimento diagnóstico ou terapêutico previsto no rol de eventos em saúde vigente.

14.7 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;

14.8 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);

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

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

14.11 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;

14.12 Consultas e demais atendimentos domiciliares tais como home care;

14.13 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;

14.14 Todos os procedimentos médicos e hospitalares não listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;

14.15 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;

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

14.17 Se realizados procedimentos fora da área da abrangência contratual, deverá o beneficiário comprovar que o mesmo estava em deslocamento, estando temporariamente fora da área de cobertura geográfica. Necessário, ainda, que o mesmo no caso de consultas e exames encaminhe pedido de autorização prévia a CONTRATADA, a mesma regra se aplicará quando o beneficiário utilizar o convênio Unimed de consultas e exames eletivos.

14.18 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;

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

14.20 Quimioterapia oncológica intra-tecal ou as que demandem internação;

14.21 Procedimentos de radioterapia para segmentação hospitalar;

14.22 Nutrição enteral ou parenteral;

14.23 Embolizações e radiologia intervencionista;

14.24 Internações hospitalares;

14.25 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.

15. VIGÊNCIA

15.1 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.

15.2. 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.

16. 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.

16.1 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.

16.2 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.

16.3 As despesas decorrentes da utilização dos serviços durante o período de carência serão de responsabilidade da CONTRATANTE.

16.4 Em ocorrendo a utilização dos produtos e serviços contratados, antes de expirar o prazo de carência, tanto da rede da CONTRATADA Saúde PAS, quanto da rede Unimed, arcará o titular com a integralidade da despesa gerada, na qual será cobrado na mesma modalidade de pagamento da contribuição.

CARÊNCIAS:

Urgência e emergência	24 horas
Consultas rede própria e credenciada	30 dias
Exames complementares básicos I	30 dias
Exames Complementares básicos II	60 dias
Exames Complementares especiais	180 dias
Procedimentos Ambulatoriais realizados em consultório - eletivo	30 dias
Procedimentos Ambulatoriais - demais procedimentos - eletivo	90 dias
Psicologia/Psicoterapia/Fonoaudiologia/Nutricionista/Terapia Ocupacional	90 dias
Fisioterapia/Acupuntura	60 dias
Demais coberturas previstas no rol de procedimentos	180 dias
Terapias - Métodos Especiais	180 dias

a) Exames Complementares básicos I: Exames de análise clínicas, citopatológico, rx simples.

- b) Exames Complementares básicos II: Eletrocardiograma, 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.

17. DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES

17.1 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.

17.2 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.

17.3 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.

17.4 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 assuma o ônus financeiro dessa entrevista.

17.5 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.

17.6 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.

17.7 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.

17.8 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.

17.9 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.

17.10 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.

17.11 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.

17.12 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.

17.13 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.

17.14 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.

17.15 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.

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

17.17 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.

17.18 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.

17.19 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.

17.20. 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.

18. URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

É obrigatória por parte da CONTRATADA conforme disposto no Artigo 35C da Lei 9.656/98, a cobertura do atendimento nos casos de:

18.1 Emergência, como tal definidos na regulamentação vigente, que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

18.2 Urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

18.3 Serão cobertas as despesas decorrentes da realização de atendimentos caracterizados como de urgência/emergência que demandem atenção continuada, pelo período de até 12 (doze) horas de atendimento.

18.4 Havendo necessidade de internação, 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 usuário titular, não cabendo o ônus à CONTRATADA.

18.5 Para atendimento de urgência e emergência, sem custo, o beneficiário deverá apresentar as duas carteirinhas do IPE-Saúde e Saúde PAS, na rede credenciada junto ao IPE-Saúde. Caso o beneficiário utilize de forma indevida e diversa da forma contratada, será de sua responsabilidade quanto ao pagamento no valor integral da despesa gerada no atendimento de urgência e emergência.

18.6 Em ocorrendo despesas de emergência com ingresso do convênio Unimed, haverá a coparticipação de 50%.

19. DA REMOÇÃO

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

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

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

20. DA REMOÇÃO PARA O SUS

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

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

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

20.4 Se o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de Termo de Responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade que, ainda que pertencente ao SUS, não disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento, ficará a CONTRATADA desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

21. DO REEMBOLSO

21.1 O presente contrato garante o reembolso nos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios ou contratualizados, dentro da área geográfica de abrangência e atuação do plano.

21.2 O valor do reembolso nas urgências e emergências não será inferior ao valor praticado pela Operadora junto à rede de prestadores do plano contratado.

Documentação para Reembolso:

Para obtenção do reembolso, o usuário deverá enviar à CONTRATADA os originais dos seguintes documentos:

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.

21.3 O reembolso será realizado no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da data da aceitação da documentação apresentada, através de depósito em conta bancária fornecida pelo mesmo e seu valor não poderá ser inferior ao praticado por esta junto à rede assistencial do presente plano.

21.4 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.

21.5 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.

Não haverá reembolso:

- a) De atendimentos realizados de forma eletiva por profissionais não credenciados/referenciados à 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.

21.6 É de responsabilidade do usuário consultar a relação de profissionais credenciados disponíveis no site: www.saudepas.com.br, antes de realizar a consulta/atendimento.

22. ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES

Não aplicável para este contrato.

23. 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 desses ou, inexistindo tal documento, outro que produza efeitos similares, exceto nos casos de urgência e emergência.

1.2. O cartão de identificação é documento pessoal e intransferível do beneficiário, devendo conter em destaque o seu período de validade.

1.3. A utilização de cartão por terceiros ou imprudência ou negligência do beneficiário tornará o CONTRATANTE responsável pelas despesas indevidamente efetuadas, entre elas as despesas administrativas da CONTRATADA, salvo se ficar caracterizado que não tenha contribuído para a utilização indevida e, no caso de ficar caracterizada a culpa, será responsável pelo pagamento da multa de 20% incidente sobre o valor das despesas.

1.4. 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.

1.5. A responsabilidade do beneficiário, caso não comunique a ocorrência do fato à contratada, somente cessará ao final do prazo de validade do cartão extraviado.

2. CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO E AUTORIZAÇÕES PRÉVIAS:

2.1. Quando o CONTRATANTE buscar os serviços credenciados, deverá apresentar os dois cartões de identificação (IPE-Saúde e da Saúde PAS);

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

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

2.4 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/referenciada pelo médico que estiver de plantão.

2.5 Consultas com psicólogo e nutricionista, para os beneficiários de Porto Alegre, deverão ser realizadas exclusivamente na Clínica VITALE, com coparticipação/franquia.

2.6 Para os beneficiários residentes no Interior as sessões com psicólogo, fonoaudiólogo, nutricionista e Terapia Ocupacional, deverão ser realizadas na rede credenciada/referenciada, com

coparticipação/franquia, 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.

2.7 Terapia ocupacional e fonoaudiólogo em Porto Alegre, com coparticipação, deverão ser realizadas na rede credenciada/referenciada, 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.

2.8 Para realização de procedimentos que necessitem autorização prévia o beneficiário, ou quem responda por ele, ou ainda o prestador, deverá solicitar a autorização.

2.9 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.

2.10 Consultas Médicas:

a) Quando realizadas na rede credenciada/referenciada da Saúde PAS Medicina e Odonto, haverá coparticipação, conforme tabela item 4; b) Quando realizadas na rede Unimed, haverá coparticipação, conforme tabela item 4; c) Faltas a consultas marcadas e não canceladas com antecedência mínima de 24 (vinte e quatro) horas, deverão ser indenizadas pelo BENEFICIÁRIO Titular, como se comparecido estivesse. d) Reembolso somente nas localidades onde não há rede credenciada/referenciada, conforme tabela do plano.

2.11 Exames Complementares:

a) Quando os exames forem realizados na rede credenciada/referenciada da Saúde PAS não haverá coparticipação;

b) Quando realizados na rede Unimed, não haverá coparticipação.

2.12 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.

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 desempatador 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 desempatador 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 participação na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário diretamente à operadora, para a realização de procedimento.

4.2. Os valores ou percentuais referentes à coparticipação estarão de acordo com a legislação vigente editada pela ANS, e estarão devidamente preenchidos no momento da contratação.

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

Urgência e Emergência (SAUDE PAS + IPE-Saúde)	CUSTO ZERO
Urgência e Emergência (UNIMED)	50% despesa
Consultas Consultórios da Rede Credenciada Saúde PAS	R\$ 50,00
Consultas UNIMED Porto Alegre	R\$ 65,00
Consultas UNIMED Nordeste e Santa Maria	R\$ 110,00
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
Fisioterapia	CUSTO ZERO
Terapias Convencionais REDE CREDENCIADA SAUDE PAS - Porto Alegre	R\$ 45,00
Terapias Convencionais REDE CREDENCIADA SAUDE PAS - Interior do RS	R\$ 40,00
Terapias de Casal/Família	R\$ 50,00
Avaliação Psicológica	R\$ 50,00
Terapias Especiais	R\$ 50,00
Terapias REDE UNIMED (Psico/Fono/Nutricionista/T. Ocupacional) - POA E INTERIOR	R\$ 80,00

a) Exames Complementares básicos I: Exames de análise clínicas, citopatológico, rx simples.

b) Exames Complementares básicos II: Eletrocardiograma, 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.

4.4. Os valores de coparticipação serão revistos a qualquer momento, quando necessário, pelo Conselho Deliberativo, se identificado desequilíbrio atuarial por sinistralidade.

5. SERVIÇOS PRÓPRIOS E REDE CREDENCIADA:

5.1. Estarão disponíveis no site oficial da Operadora Saúde PAS os dados dos prestadores de serviços próprios e credenciados pela CONTRATADA, obedecidas as regras que disciplinam o atendimento dos mesmos, sendo que os beneficiários com mais de 60 (sessenta anos), as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até 05 (cinco) anos possuem privilégios na marcação de consultas, exames e qualquer outros procedimentos em relação aos demais beneficiários.

5.2. A relação contendo os dados dos prestadores de serviços próprios e 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 dos prestadores não disporem dos recursos necessários para o atendimento, o(a) CONTRATANTE e/ou seu dependente serão encaminhados, conforme indicação do médico assistente, para atendimento nos demais prestadores assistenciais, integrantes da rede 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. 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.

5.6. 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.

24. FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

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

24.2 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.

24.3 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.

24.4 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.

24.5 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.

24.6 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.

24.7 Os referidos pagamentos poderão ser realizados da seguinte forma:

- a) Consignação em folha de pagamento;
- b) Débito em conta nos bancos conveniados;
- c) Boleto bancário.

25. REAJUSTE

O reajuste do presente contrato será realizado anualmente, na data de aniversário de ingresso no Plano, mediante apuração da sinistralidade de cada exercício. 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.

25.1 Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este deverá ser justificado por cálculo atuarial ratificado pelo Conselho Deliberativo do Plano, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 meses consecutivos.

25.2 Caso seja verificado o desequilíbrio econômico-atuarial do contrato, este será reavaliado.

25.3 O desequilíbrio é constatado quando o nível de sinistralidade da carteira ultrapassar o índice de 75% (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.

25.4 O cálculo do Reajuste por Sinistralidade será apurado, conforme a seguinte equação:

$$R \text{ (reajuste)} = S \text{ (sinistralidade observada)} - 1 \times 100$$

$$\frac{\quad}{SM \text{ (meta de sinistralidade)}}$$

25.5 Caso a sinistralidade observada seja igual ou menor que a meta de sinistralidade, o reajuste aplicado

utilizará como base o Índice de Variação dos Custos Médicos Hospitalares - IVCMH.

25.6 O percentual reajustado será informado a ANS até 30 (trinta) dias após a data da aplicação;

25.7 O contrato não poderá ser reajustado em periodicidade inferior a 12 meses;

25.8 Independentemente da data de inclusão dos beneficiários/dependentes, 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.

25.9 De acordo com a RN 137, o aporte não é considerado reajuste e poderá ser realizado conforme previsão estatutária.

26. FAIXAS ETÁRIAS

26.1 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	0%
19 a 23 anos	29,99%
24 a 28 anos	11,54%
29 a 33 anos	10,36%
34 a 38 anos	15,62%
39 a 43 anos	13,51%
44 a 48 anos	19,05%
49 a 53 anos	20,00%
54 a 58 anos	23,33%
59 ou mais	22,43%

26.2 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.

27. BÔNUS - DESCONTOS

Não há desconto ou bônus para este Produto.

28. CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

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

Perda da qualidade de beneficiário titular:

27.1 Pela rescisão do presente contrato;

27.2 Pela perda do vínculo com os Servidores Públicos do Estado do Rio Grande do Sul e os demais beneficiários do IPE-Saúde;

27.3 Fraude praticada pelo beneficiário titular, apurada de acordo com a legislação vigente.

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:

- a) Fraude;
- b) Por perda do vínculo do titular com os Servidores Públicos do Estado do Rio Grande do Sul e os demais beneficiários do IPE-Saúde, ou de dependência, previstos neste contrato;
- c) Os valores cobrados no período em que o usuário tiver perdido sua condição de beneficiário e não comunicado ao plano não serão devolvidos.

29. RESCISÃO CONTRATUAL E DA SUSPENSÃO DOS SERVIÇOS

Da Suspensão

29.1 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.

Da Rescisão

29.2 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 (quingüésimo) dia da inadimplência, com concessão de prazo para purga da mora, nos termos do inciso II do art. 13 da Lei 9656/98;
- c) Ocorrendo a perda da elegibilidade, perda do vínculo com o Estado.

29.3 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.

30. DO CONSENTIMENTO PARA O TRATAMENTO DE DADOS

30.1 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 e oferta, pela CONTRATADA ou algum de seus parceiros comerciais, de serviços ou produtos médicos.

30.2 O CONTRATANTE confirma que recebeu consentimento prévio dos beneficiários dependentes para 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.

30.3 A CONTRATADA se compromete com o sigilo e integridade dos dados fornecidos com vistas à manutenção do plano e saúde e prestação de serviços médico-hospitalares, implementando medidas técnicas e organizacionais para proteger os dados pessoais contra a destruição, perda, alteração, difusão ou 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.

30.4 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.

30.5 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.

30.6 É de inteira responsabilidade do CONTRATANTE a informação sobre os seus dados cadastrais, devendo manter rigorosamente atualizados. A CONTRATADA não se responsabilizará pela falta de informação ocasionada pela desatualização cadastral.

31. DISPOSIÇÕES GERAIS

31.1 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, a Carta de Orientação ao Beneficiário, o Cartão Individual de Identificação, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS) e o Guia de Leitura Contratual (GLC).

31.2 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.

31.3 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.

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

31.5 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.

31.6 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.

31.7 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.

31.8 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.

31.9 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.

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

32.11 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 beneficiário, 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 sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.

DOENÇA PROFISSIONAL: é aquela adquirida em consequência do trabalho.

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

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

FRANQUIA: é o valor financeiro a ser pago pelo beneficiário diretamente ao prestador da rede credenciada/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.

32. 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,

Sr. MODELO DE CONTRATO EM BRANCO
CPF:

SAÚDE PAS MEDICINA E ODONTO
CONTRATADA

Comercial Saúde PAS
CPF:
TESTEMUNHA 1

CPF:
TESTEMUNHA 2