

6536



PROPOSTA / CONTRATO DE COBERTURA DE DESPESAS COM ASSISTÊNCIA À SAÚDE

CNPJ/MF nº 00.338.763/0001-47  
Registro na ANS nº 34.883-0

COBERTURA: Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia

PLANO CONTRATADO: CONFORT 400 PJ ENF  
484.778/20-4

Razão Social da Empresa Proponente / Contratante <b>INSTITUTO DE PREVIDENCIA MUNICIPAL DE CAIEIRAS - IPREM CAIEIRAS</b>		Início de Vigência <b>01/05/2022</b>	
Nome Fantasia *****		Ramo de Atividade <b>ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA EM GERAL</b>	
PJ/MF <b>123.565/0001-08</b>	Inscrição Estadual <b>ISENTO</b>	Inscrição Municipal <b>ISENTO</b>	
Endereço para Cobrança <b>AV JOAO XXIII</b>	Nº <b>48</b>	Complemento <b>EDIF</b>	Bairro <b>REGIAO CENTRAL</b>
Cidade <b>CAIEIRAS</b>	CEP <b>07.700-185</b>	UF <b>SP</b>	DDD <b>11</b>
Telefone <b>4445-3809 / 4445-9200</b>		CPF <b>199.984.708-38</b>	
Representante Legal (nome) <b>FRANCISCO CESAR DONIZETTE PACOLA</b>		Documento de Identidade RG <b>23.236.717</b>	
E-mail <b>IPREMCAIEIRAS@GMAIL.COM</b>			

TAXA MENSAL (REAIS) POR PLANO CONTRATADO

TITULAR E DEPENDENTES										
CONFORT 400 PJ ENF	Até 18 anos	19-23 anos	24-28 anos	29-34 anos	35-38 anos	39-43 anos	44-48 anos	49-53 anos	54-58 anos	Acima de 59 anos
484.778/20-4	R\$ 114,27	R\$ 114,27	R\$ 127,11	R\$ 127,11	R\$ 127,11	R\$ 127,11	R\$ 129,68	R\$ 129,68	R\$ 129,68	R\$ 299,00

Local destinado a: QUARTO COLETIVO - ENFERMARIA

Carência (Mês/Ano) 05/2022	Início de Vigência 01/05/2022	Vidas 10	Dia de Pagto 10	Forma de Pagto BOLETO
-------------------------------	----------------------------------	-------------	--------------------	--------------------------

DECLARAÇÃO DA EMPRESA PROPONENTE/CONTRATANTE

DECLARAMOS QUE, AO PREENCHER E ASSINAR ESTA PROPOSTA, RECEBEMOS VIA ORIGINAL DO RESPECTIVO CONTRATO, QUE FOI INTEGRALMENTE LIDO, ENTENDIDO E ACEITO POR NÓS, SEM QUAISQUER RESTRIÇÕES AO SEU CONTEÚDO, RAZÃO PELA QUAL TAMBÉM O ASSINAMOS.

DECLARAMOS, PARA OS DEVIDOS FINS E EFEITOS QUE ESTAMOS CIENTES E DE ACORDO COM TODAS AS CONDIÇÕES CONTRATUAIS, INCLUSIVE QUANTO AOS PRAZOS DE CARÊNCIA, NÃO TENDO QUAISQUER DÚVIDAS COM RELAÇÃO A SUA APLICAÇÃO.

DECLARAMOS PARA TODOS OS FINS E EFEITOS, QUE TEMOS PLENO CONHECIMENTO DE QUE A EVENTUAL REDUÇÃO OU ISENÇÃO DE PRAZOS DE CARÊNCIA CONCEDIDA PELA OPERADORA NÃO ALTERARÁ AS DEMAIS CONDIÇÕES CONTRATUAIS, PRINCIPALMENTE AQUELAS RELATIVAS A LIMITAÇÕES DE COBERTURAS E EXCLUSÕES.

DECLARAMOS, AINDA, QUE ESTAMOS CIENTES DE QUE SE A QUALQUER TEMPO, FICAR COMPROVADO QUE AS INFORMAÇÕES PRESTADAS POR NÓS OU POR ASSOCIADO A NÓS VINCULADO, NÃO FOREM VERDADEIRAS E COMPLETAS, COM OMISSÃO DE CIRCUNSTÂNCIAS QUE POSSAM INFLUIR NA ACEITAÇÃO DE ASSOCIADO OU NO CALCULO DAS TAXAS MENSAS, O CONTRATO SERÁ CANCELADO, SEM QUE DEVENHAMOS DIREITO A DEVOLUÇÃO DOS VALORES PAGOS E INDEPENDENTEMENTE DAS PENALIDADES LEGAIS CABÍVEIS.

Data: 01 de Maio 2022.

*Fernando Cesar Donizette Pacola*  
 Fernando Cesar Donizette Pacola  
 Superintendente  
 IPREM - CAIEIRAS

*Roberto Ranieri*  
 Roberto Ranieri  
 Diretor ADM  
 Operadora / Corretor (assinatura)  
 CONVENIO

Assinatura e Data

Assinatura: *Nubia Lenine T. Melo*  
 Nome: Nubia Lenine T. Melo

Nome: *Renata N. Mucelini*  
 CPF: *290.342.238-92*

Telefone: 373.621.028-01

Assinatura: *Nubia Lenine T. Melo*  
 Nubia Lenine  
 Coord. Administrativa  
 IPREM Caieiras

*Renata Mucelini*  
 Renata Mucelini  
 OAB/SP 368.348  
 Diretoria de Benefício

**CONTRATO DE PLANO PRIVADO  
DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE**

**CONTRATAÇÃO:  
COLETIVO EMPRESARIAL**

**SEGMENTAÇÃO:  
AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA**

**NÚMERO DO REGISTRO DA OPERADORA  
NA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR  
ANS 34.883-0**

**NÚMERO DO REGISTRO DE PRODUTO NA  
AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS**

PLANO	Nº REGISTRO	ACOMODAÇÃO
CONFORT 400 PJ ENF	484.778/20-4	ENFERMARIA – QUARTO COLETIVO

## ÍNDICE

QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA	03
QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE	03
NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS	03
TIPO DE CONTRATAÇÃO	03
SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL	03
ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA	04
ÁREA DE ATUAÇÃO	04
PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO	04
FORMAÇÃO DE PREÇO	04
ATRIBUTOS DO CONTRATO	04
CONDIÇÕES DE ADMISSÃO	05
COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS	07
EXCLUSÕES DE COBERTURA	16
DURAÇÃO DO CONTRATO	18
PERÍODOS DE CARÊNCIA	19
DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES	19
ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	24
ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES	28
MECANISMOS DE REGULAÇÃO	28
FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE	31
REAJUSTE	33
FAIXAS ETÁRIAS	37
DIREITOS ASSEGURADOS AOS DEMITIDOS E APOSENTADOS	38
CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO	44
RESCISÃO/SUSPENSÃO	46
DISPOSIÇÕES GERAIS	47
ELEIÇÃO DE FORO	49

## 1. CARACTERÍSTICAS CONTRATUAIS

### 1.1 – Qualificação da OPERADORA

**PLENA SAÚDE LTDA.**, classificada como Operadora de Planos de Saúde no segmento de Medicina de Grupo, devidamente registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS sob nº. 34883-0, estabelecida na Av. Raimundo Pereira de Magalhães, 12.575, 1º andar, Parada de Taipas – CEP. 02989-095, São Paulo/SP, inscrita no CNPJ/MF sob o nº. 00.338.763/0001-47, doravante designada **CONTRATADA**.

### 1.2 – Qualificação do CONTRATANTE

**INSTITUTO DE PREVIDENCIA MUNICIPAL DE CAIEIRAS - IPREM CAIEIRAS**, inscrito no CNPJ/MF nº **13.123.565-0001/08**, com sede à Rua Joao XXIII, 48 – Complemento: EDIF, Bairro: Região Central, Caieiras, SP, CEP 07.700-185, fone: (11) 4445-3809 / (11) 4445-9200; Pessoa Jurídica devidamente qualificada na Proposta de Contratação que faz parte integrante do presente instrumento, neste ato representado por seu responsável legal, Sr. Fernando Cesar Donizette Pacola, portador de cédula de identidade RG nº 23.236.717 SSP/SP, inscrito no Cadastro de Pessoa Física do Ministério da Fazenda CPF/MF nº 199.984.708-38, conforme descrito em contrato social, doravante designada **CONTRATANTE**.

### 1.3 – Nome Comercial e Número de Registro do Plano na ANS

Nome do Plano: CONFORT 400 PJ ENF  
Número de Registro na ANS: **484.778/20-4**

### 1.4 – Tipo de Contratação

O presente contrato caracteriza-se pelo tipo de contratação COLETIVA EMPRESARIAL, sendo aquela que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica CONTRATANTE por relação empregatícia ou estatutária.

### 1.5 – Segmentação Assistencial do Plano de Saúde

A segmentação assistencial do plano objeto deste instrumento contratual é AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA.

### 1.6 – Área Geográfica de Abrangência do Plano de Saúde

A área geográfica de abrangência desse plano de saúde é: **Grupo de Municípios**, compreendendo as cidades indicadas no item 1.7 seguinte do presente instrumento contratual.

### 1.7 – Área de Atuação do Plano de Saúde

O atendimento decorrente do presente contrato se dará única e exclusivamente na área de atuação da PLENA SAÚDE, independentemente do local de origem do evento. A área de atuação da PLENA SAÚDE abrange os seguintes municípios: **Arujá/SP, Barueri/SP, Caieiras/SP, Cajamar/SP, Embu das Artes/SP, Ferraz de Vasconcelos/SP, Francisco Morato/SP, Franco da Rocha/SP, Guarulhos/SP, Itapeverica da Serra/SP, Itaquaquetuba/SP, Jandira/SP, Mauá/SP, Mogi das Cruzes/SP, Osasco/SP, Poá/SP, Santa Isabel/SP, Santana de Parnaíba/SP, Santo André/SP, São Paulo/SP, Suzano/SP e Taboão da Serra/SP.**

### 1.8 – Padrão de Acomodação em Internação

As internações hospitalares garantidas por este plano são em padrão de acomodação COLETIVO (Enfermaria).

### 1.9 – Formação do Preço

O valor da mensalidade ao ser pago pela pessoa jurídica CONTRATANTE em razão da cobertura assistencial contratada é pré-estabelecido, uma vez que o valor da contraprestação pecuniária é calculado antes da utilização das coberturas contratadas e independentemente destas.

## 2. DISPOSITIVOS CONTRATUAIS

### 2.1 – Atributos do Contrato

1. O presente instrumento possui por objeto a prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais na forma de Plano Privado de Assistência à Saúde, conforme previsto no inciso I, art. 1º da Lei nº 9.656/98, visando à assistência médico-hospitalar com a cobertura

4

de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, e do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vigente à época do evento, aos beneficiários regularmente inscritos, na forma e condições deste instrumento.

2. A assistência ora pactuada compreende as ações necessárias à prevenção da doença e à recuperação, manutenção e reabilitação da saúde, observando-se a legislação vigente nessa data e os termos deste instrumento, em especial, as coberturas contratadas.

3. O presente contrato é de adesão, bilateral, gerando direitos e obrigações para as partes, na forma do Código Civil Brasileiro, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

## 2.2 – Condições de Admissão

1. Para maior simplificação e entendimento das cláusulas deste contrato, o Beneficiário Titular e seus dependentes, serão denominados **beneficiários**, quando não for necessária a discriminação de cada um deles.

2. Poderão ser inscritos neste contrato como BENEFICIÁRIOS TITULARES relacionados como BENEFICIÁRIOS pela CONTRATANTE:

- I - Pessoas físicas vinculadas à pessoa jurídica CONTRATANTE por **relação empregatícia ou estatutária**;
- II - Os sócios e administradores da pessoa jurídica CONTRATANTE;
- III - Os *demitidos ou aposentados* da pessoa jurídica CONTRATANTE, conforme artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98;
- IV - Os *trabalhadores temporários*;
- V - Os *estagiários e menores aprendizes*.

3. Poderão ser inscritos pelo BENEFICIÁRIO TITULAR, como BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES, **mediante a apresentação dos documentos que comprovem** as qualidades *abaixo indicadas e a dependência econômica*:

- a) o (a) cônjuge;

- b) o (a) companheiro (a), havendo união estável na forma da lei, *devidamente comprovada*, sem concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial;
- c) os (as) filhos (as) e enteados (as) solteiros (as) até 21 anos completos;
- d) os (as) filhos (as) solteiros (as) ou enteados (as) estudantes universitários até 29 anos completos, desde que devidamente comprovado;
- e) os (as) menores que, por determinação judicial, se encontrem sob a guarda e responsabilidade do BENEFICIÁRIO TITULAR ou sob sua tutela;
- f) filhos (as) comprovadamente incapaz(es), sob sua curatela.

4. Para fins deste contrato, são considerados BENEFICIÁRIOS as pessoas físicas que usufruirão os serviços ora pactuados, seja na qualidade de titular ou de dependente.

5. No ato da assinatura do presente contrato a **CONTRATANTE** fornecerá à **CONTRATADA** a relação de todos os **Beneficiários Titulares e Dependentes** desse contrato, onde constará a qualificação completa dos mesmos (nome, data de nascimento, nacionalidade, estado civil, CNS, RG e CPF) e *responsabiliza-se pela indicação de dependência, fornecendo cópia dos seguintes documentos*, que comprovarão a veracidade das informações prestadas:

- 5.1. *Cédula de Identidade – RG;*
- 5.2. *Cadastro de Pessoa Física – CPF;*
- 5.3. *Cartão nacional de saúde*
- 5.4. *Certidão de Casamento* (no caso de dependente cônjuge);
- 5.5. *Comprovante de matrícula em faculdade* (no caso de dependente maior de 18 anos);
- 5.6. *Decisão judicial de tutela ou curatela* (no caso de dependente companheiro(a), inválido, menor tutelado).
- 5.7. *Declaração de União Estável, com firma reconhecida* (no caso de dependente companheiro(a));
- 5.8. *Comprovante do vínculo com a pessoa jurídica contratante* (para os beneficiários titulares).

6. Fica assegurado à CONTRATADA o direito de solicitar outros documentos, sempre que necessário.

6.1. Ocorrendo alterações dos dados cadastrais dos beneficiários inscritos, essas informações deverão ser repassadas imediatamente à CONTRATADA, pela CONTRATANTE.

7. É de exclusiva responsabilidade da CONTRATADA a indicação e verificação do cumprimento dos requisitos de elegibilidade, titularidade e dependência dos BENEFICIÁRIOS para participação e permanência no plano.

8. Os **BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES** estão vinculados ao **BENEFICIÁRIO TITULAR** no que diz respeito a todas as características do plano ora contratado.

9. A inscrição e a permanência de **Beneficiários Dependentes**, no presente contrato dependerá da inscrição e permanência do respectivo **Beneficiário Titular**, ou seja, não poderá ser inscrito **Beneficiário Dependente** sem que esteja inscrito o respectivo **Beneficiário Titular** e caso seja excluído o **Beneficiário Titular**, serão automaticamente excluídos os seus respectivos **Beneficiários Dependentes**.

10. É assegurada a inclusão:

I- Do recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário titular, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra **no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento, ou da adoção**, não cabendo qualquer alegação de doença ou lesão preexistente - DLP, ou aplicação de cobertura parcial temporária - CPT ou agravo.

10.1. Ultrapassado o prazo previsto no item anterior, será obrigatório o cumprimento integral dos respectivos prazos de carência.

10.2. Caso o nascimento ocorra enquanto o BENEFICIÁRIO TITULAR estiver cumprindo carências para internação, o recém-nascido observará o prazo restante de cumprimento das mesmas para, então, ter direito ao atendimento previsto no presente contrato.

II - Do filho adotivo, menor de 12 (doze) anos de idade, aproveitando os períodos de carência já cumpridos pelo BENEFICIÁRIO TITULAR.

11. Caso o **Beneficiário** venha a contrair matrimônio durante a vigência deste contrato, poderá incluir o cônjuge no plano como **Beneficiário Dependente** e o cônjuge não terá carência desde que a inscrição seja feita até o trigésimo dia do evento.

### 2.3 – Coberturas e Procedimentos Garantidos

1. Respeitadas as condições estabelecidas neste instrumento, o BENEFICIÁRIO terá cobertura para as despesas ambulatoriais, hospitalares, exames complementares e serviços auxiliares de diagnóstico e terapia para todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde e no Rol



de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento e observadas as Diretrizes de Utilização – DUT, Diretrizes Clínicas - DC e PROUT – Protocolo de Utilização da ANS, se houver.

2. Havendo alteração no Rol de Procedimentos Médicos da ANS, o presente Contrato passará a garantir as coberturas previstas no diploma legal vigente.

3. Somente estão garantidas as coberturas previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e de acordo com as diretrizes nele previstas.

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

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

6. Os procedimentos necessários ao tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas decorrentes de procedimentos não cobertos, tem cobertura assegurada quando constarem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento e observadas as Diretrizes de Utilização – DUT, Diretrizes Clínicas - DC e PROUT – Protocolo de Utilização da ANS, se houver, respeitadas a segmentação contratada, a área de atuação, os prazos de carência e Cobertura Parcial Temporária – CPT e demais regras da contratação.

6.1. Os procedimentos necessários ao seguimento de eventos excluídos da cobertura não são considerados tratamento de complicações, mas parte integrante do procedimento inicial, não havendo obrigatoriedade de sua cobertura pela CONTRATADA.

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

### 2.3.1 – Cobertura Ambulatorial

1. Aos BENEFICIÁRIOS serão asseguradas as coberturas com despesas decorrentes de cirurgias ambulatoriais que não necessitem de internação hospitalar, consultas médicas, exames

clínicos e laboratoriais, bem como terapias, exclusivamente dentro dos recursos próprios, credenciados ou contratados, conforme relacionado a seguir:

I - Consultas médicas em número ilimitado, em consultórios, clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétrica para pré-natal, em especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

II - Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados e indicados pelo médico assistente ou cirurgião dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não caracterize como internação;

III - Medicamentos registrados/regularizados na ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época, para a segmentação ambulatorial.

IV - Consultas e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo, 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, Diretrizes da Utilização – DUT, Diretrizes Clínicas - DC e PROUT – Protocolo de Utilização da ANS, se houver;

V - 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, Diretrizes da Utilização – DUT, Diretrizes Clínicas - DC e PROUT – Protocolo de Utilização da ANS, se houver;

VI - Procedimentos de reeducação e reabilitação física 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;

VII - Cobertura dos procedimentos de planejamento familiar, considerado como o conjunto de ações que devem envolver as atividades de educação, aconselhamento e atendimento clínico incluindo:

I – 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;

II – concepção: fusão de um espermatozóide com um óvulo, resultando na formação de um zigoto;

III – anticoncepção: prevenção da concepção por bloqueio temporário ou permanente da fertilidade;

IV - 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;

V – 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; e

VI – 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.

VIII – atendimentos caracterizados de urgência e emergência conforme resolução específica vigente sobre o tema;

IX – Procedimentos considerados especiais, abaixo relacionados:

a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;

b) quimioterapia oncológica ambulatorial: aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento de 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 atuar de forma sinérgica ao tratamento), conforme prescrição do médico assistente, que independentemente da via de administração e da classe terapêutica necessitem de administração sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde, dentro de estabelecimentos de saúde, tais como, hospitais, clínicas, ambulatorios, urgência e emergência;

c) cobertura de medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar de acordo com as Diretrizes de Utilização estabelecidas pela ANS e mediante indicação do médico assistente, respeitando, preferencialmente, as seguintes características:

i) medicamento genérico: medicamento similar a um produto de referência ou inovador, que se pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após expiração ou renúncia da proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovada a sua eficácia, segurança e qualidade, e designado pela Denominação Comum Brasileira - DCB ou, na sua ausência, pela Denominação Comum Internacional - DCI, conforme definido pela Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999; e

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

d) radioterapia: megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletroterapia e todos os procedimentos de radioterapia descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde para a segmentação ambulatorial;

e) procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais;

f) hemoterapia ambulatorial, e

g) cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

X - Os **Beneficiários** terão direito à cobertura ambulatorial **exclusivamente em consultórios de médicos credenciados da CONTRATADA** e em clínicas básicas ou especializadas e ambulatorios próprios ou credenciados da **CONTRATADA, dentro de sua área de abrangência.**

### 2.3.2 – Cobertura Hospitalar

1. A cobertura hospitalar garante aos BENEFICIÁRIOS os atendimentos realizados em todas as modalidades de internação hospitalar e os atendimentos caracterizados como de urgência e

emergência, exclusivamente dentro dos recursos próprios, credenciados ou contratados, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento e observadas as Diretrizes de Utilização – DUT, Diretrizes Clínicas – DC e PROUT – Protocolo de Utilização da ANS, se houver, conforme segue:

I - internações hospitalares, em número ilimitado de dias e em todas as modalidades;

II - acesso à acomodação, em nível superior, sem ônus adicional, na *indisponibilidade* de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou contratados/credenciados pela CONTRATADA para o plano no padrão de acomodação contratada, sendo que, em havendo disponibilidade de vaga na acomodação contratada em outro prestador de serviço integrante da rede prestadora do plano, a CONTRATADA tem o direito de remover o BENEFICIÁRIO, arcando com o ônus desta, *considerando suas condições clínicas e desde que autorizado pelo médico assistente*;

III – Internação em unidade de terapia intensiva ou similar, sem limitação de prazo, valor máximo ou quantidade, a critério do médico assistente;

IV - Despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem, exceto em caráter particular, e alimentação do Beneficiário enquanto perdurar a internação;

V – Exames complementares indispensáveis para o 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;

VI – Toda e qualquer taxa hospitalar, incluindo materiais utilizados durante a internação;

VII - Fornecimento de medicamentos nacionais e nacionalizados, anestésicos, gases medicinais e transfusões, conforme prescrição do médico assistente ministrados durante o período de internação hospitalar;

VIII - Anestesia e cirurgia com a participação de profissional médico anestesiológico nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigente à época do evento, em caso de indicação clínica;

IX – Atendimento por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico assistente;

X - Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do Beneficiário *menor de 18 e com idade igual ou superior a 60 anos*, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente, exceto no caso de internação em UTI ou similar;

XI – Procedimentos cirúrgico **buco-maxilo-faciais** que constem no **Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde**, que necessitem de ambiente hospitalar, realizadas por profissional habilitado por 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, órteses e próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico, utilizados durante o período de internação hospitalar.

XII - 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. O Imperativo Clínico fica caracterizado pelos atos que se impõem em função das necessidades do beneficiário, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção. **Não estão incluídos na cobertura os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados pelo cirurgião-dentista;**

XIII - Procedimentos especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada durante a internação e prescritos pelo médico assistente, aqui considerados:

- a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- b) quimioterapia oncológica ambulatorial;
- c) procedimentos radioterápicos ambulatorial e hospitalar previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;
- d) hemoterapia;

- e) nutrição enteral e parenteral;
- f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;
- g) embolizações previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;
- h) radiologia intervencionista;
- i) exames pré-anestésicos e pré-cirúrgicos;
- j) procedimentos de reeducação e reabilitação física, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;
- k) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, **exceto fornecimento de medicação de manutenção.**

XIV - Órteses e Próteses inerentes e ligadas aos atos cirúrgicos cobertos, desde que nacionais ou nacionalizadas e registradas na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA.

XV - Remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de atuação previstos no contrato, em território brasileiro;

XVI - Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias para o tratamento de mutilação decorrente de utilização técnica de tratamento de câncer.

XVII - Cirurgia plástica reparadora quando efetuada para restauração de órgãos e funções conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

XVIII – exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos.

XIX - cobertura hospitalar a consultas, sessões ou avaliações por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico ou odontólogo assistente, obedecidos aos seguintes critérios,

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

ii) que, no caso de ser necessária à realização de procedimentos, estes constem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde definido por esta RN, respeitando-se a segmentação contratada.

### 2.3.3 – Cobertura para Saúde Mental

1. A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais priorizará o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando-se a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e de acordo com indicação do médico assistente.
2. Observadas as condições contratadas, ao BENEFICIÁRIO serão asseguradas as coberturas das despesas relativas à saúde mental correspondentes ao tratamento de todos os transtornos psiquiátricos codificados na CID-10, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas, desde que previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.
3. A cobertura hospitalar de saúde mental assegura a cobertura de internação em regime de hospital-dia para os portadores de transtornos mentais, a critério do médico assistente e de acordo com as Diretrizes de Utilização – DUT ou Diretrizes Clínicas estabelecidas pela regulamentação vigente.

### 2.3.4 – Cobertura para Transplantes

1. É assegurada a cobertura para transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, bem como das despesas com os procedimentos a eles vinculados, respeitadas, quando houver, as Diretrizes de Utilização ou Diretrizes Clínicas estabelecidas pela regulamentação vigente, incluindo:
  - a) as despesas assistenciais com doadores vivos;
  - b) os medicamentos utilizados durante a internação;
  - c) o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, **exceto medicamentos de manutenção**; e
  - d) as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos sem qualquer ônus ao beneficiário receptor.



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

1.2. Os beneficiários candidatos a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica, deverão obrigatoriamente estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de seleção.

1.3. É de competência privativa das Centrais de Notificações, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs, dentro das funções de gerenciamento que lhe são atribuídas pela legislação em vigor, determinar o encaminhamento de equipe especializada e providenciar o transporte de tecidos e órgãos aos estabelecimentos de saúde autorizados, em que se encontre o receptor.

#### 2.3.5 – Cobertura Obstétrica

1. **A cobertura obstétrica** decorrente do presente contrato compreende todos os procedimentos relativos ao pré-natal, a assistência ao parto e ao puerpério e inclui:

I - Despesas relativas a um acompanhante indicado pela mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato, conforme indicação do médico assistente e legislações vigentes que incluem paramentação, acomodação e alimentação;

II – Cobertura assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do Beneficiário Titular ou Dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, sendo vedada qualquer alegação de doença ou lesão preexistente ou aplicação de Cobertura Parcial Temporário ou Agravo.

III – Opção de inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do BENEFICIÁRIO TITULAR, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção e desde que o BENEFICIÁRIO TITULAR tenha cumprido os prazos de carências relativas à cobertura obstétrica ou pelo menos a carência para internação.

2. Os serviços acima descritos serão disponibilizados e realizados em hospital credenciado, através de **equipe médica de plantão** composta por médico (a) obstetra, anestesista, pediatra, entre outros.

#### 2.4 – Exclusões de Cobertura

1. Em conformidade com o que prevê a Lei nº. 9656/98, e respeitando as coberturas mínimas obrigatórias previstas na legislação vigente e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, **ESTÃO EXCLUÍDOS E NÃO SERÃO COBERTOS pelo plano de saúde ora contratado os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não descritos expressamente no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento e os provenientes de:**

I - Tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais, que são aqueles que empregam medicamentos, produtos para saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país; aqueles considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina – CFM; e aqueles cujas indicações não constem da bula/manual registrada na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA.

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

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

IV - Tratamentos de rejuvenescimento e de emagrecimento com finalidade estética, assim como em SPAS, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais.

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

VI - Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, isto é, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde (hospitais, clínicas, ambulatórios, urgência e emergência), *exceto*:

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

- **cobertura de medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar e medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar** relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, respeitando, preferencialmente, as seguintes características:

a) medicamento genérico: medicamento similar a um produto de referência ou inovador, que se pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após expiração ou renúncia da proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovada a sua eficácia, segurança e qualidade, e designado pela Denominação Comum Brasileira - DCB ou, na sua ausência, pela Denominação Comum Internacional - DCI, conforme definido pela Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999; e

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

VII - Fornecimento de próteses (qualquer dispositivo permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente membro, órgão ou tecido), órteses (qualquer dispositivo permanente ou transitório, incluindo materiais de osteossíntese, que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido) e acessórios **não ligados ao ato cirúrgico**, ou seja, aqueles dispositivos cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico.

VIII - Cirurgias e tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes.

IX - Atendimento de casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados

pela autoridade competente.

X - Tratamento em clínica para o acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar.

## 2.5 – Duração do Contrato

1. As partes estabelecem que a data de início de vigência do presente contrato é aquela constante na Proposta de Adesão, inclusive para fins de reajuste anual.

1.1. Até a data de início de vigência estipulada entre as partes, a CONTRATANTE não efetuará nenhum pagamento à CONTRATADA.

2. A vigência mínima deste contrato é de 12 (doze) meses consecutivos.

2.1. Após os primeiros 12 (doze) meses de contratação, o contrato se renovará automaticamente, prorrogando-se por tempo indeterminado, caso não ocorra manifestação em contrário com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

2.2. Em caso de rescisão do presente contrato antes do prazo inicial de 12 (doze) meses, haverá multa rescisória no valor equivalente a 50% (cinquenta por cento) da soma das contraprestações pecuniárias mensais que seriam devidas até o término do período mínimo de vigência tomando por base o último faturamento lançado. Após esse prazo, a renovação do contrato será automática e por prazo indeterminado.

2.3. Não haverá cobrança de taxa ou qualquer outro valor a título de renovação contratual, bem como a recontagem de carências.

## 2.6 – Períodos de Carência

1. Os períodos de carências serão contados a partir da data do início da vigência do presente contrato para os Beneficiários inscritos no ato da contratação e na data da inclusão dos **Beneficiários**, para aqueles inscritos posteriormente no presente contrato por meio da **CONTRATANTE**.

2. Os períodos de carência que deverão ser observados pelos **Beneficiários** são os seguintes:

19

Grupo carência	Aquisição do Direito de Uso	Procedimento/ Eventos Médicos e/ou Hospitalares Cobertos
0	24 horas	<u>URGÊNCIA E EMERGÊNCIA:</u> Atendimentos em prontos-socorros gerais ou especializados, nos casos de emergência ou de urgência, quando resultante de acidente pessoal ou de complicações no processo gestacional;
1	30 dias	<u>CONSULTAS MEDICAS ELETIVAS:</u> em todas as especialidades, <u>exceto</u> avaliação e terapia (sessões) com psicologia, fonoaudióloga, nutricionista e medicina ocupacional;
2	60 dias	<u>EXAMES E PROCEDIMENTOS SIMPLES:</u> audiometria, impedanciometria, papanicolau raio-x simples, mapeamento de retina, eletrocardiograma, análises clínicas (exames laboratoriais) <u>exceto</u> genética e exames laboratoriais de alta complexidade;
3	90 dias	<u>EXAMES E PROCEDIMENTOS INTERMEDIARIOS:</u> Anátomo patológico, biópsia, colposcopia, vulvoscopia, ultrason simples, laringoscopia, endoscopia digestiva, retossigmoidoscopia, cistoscopia ambulatorial, laringoscopia, eletroencefalograma em vigília e foto, teste ergométrico, ecocardiograma, mapa, holter, mamografia;
4	120 dias	<u>EXAMES E PROCEDIMENTOS ESPECIAIS E ALTO CUSTO:</u> Testes alérgicos, broncoscopia, prova de função pulmonar, eletroencefalograma em sono, colonoscopia, densitometria óssea, radiografia c/ contraste (EED, Histerossalpingografia, Urografia excretora, Enema Opaco, etc.), Mielograma, líquido, ultrasson c/ Doppler, exames cardiológicos com Doppler, procedimentos ambulatoriais oftalmológicos dermatológicos, otorrinolaringológicos, ginecológicos e urológicos (cauterizações excisão e sutura, etc), fisioterapia, acupuntura, histeroscopia diagnóstica, laparoscopia diagnóstica, sessões c/ psicologia, fonoaudióloga, nutricionista, medicina ocupacional;
5	150 dias	<u>EXAMES E PROCEDIMENTOS DE ALTO CUSTO:</u> exames laboratoriais de genética, tomografia computadorizada, ressonância magnética, medicina nuclear (cintilografia); arteriografia, angiografia, quimioterapia, radioterapia, litotripsia, hemodiálises, diálises, cirurgias ambulatoriais porte 0 e 1;
6	180 dias	<u>INTERNAÇÕES CLINICAS, CIRURGICAS E INTERNAÇÕES PSIQUIATRICAS</u> : em qualquer CID coberto pelo presente contrato;
7	300 dias	<u>PARTO E TERMO</u>

3. Caso o número de BENEFICIÁRIOS inscritos no **ato da assinatura** do presente contrato seja *igual ou superior a 30 (trinta) vidas*, os BENEFICIÁRIOS estarão dispensados do cumprimento dos prazos de carência previstos nesta Cláusula.

3.1. Os BENEFICIÁRIOS inscritos **posteriormente** à massa inicial, mas no prazo de até **30 (trinta)** dias da data da assinatura do presente contrato ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante também estarão dispensados do

20

cumprimento dos prazos de carência previstos nesta Cláusula.

3.2. Os BENEFICIÁRIOS que não forem inscritos nas condições e prazos supracitados deverão cumprir integralmente os períodos de carência previstos nesta cláusula.

## 2.7 - Doenças e Lesões Preexistentes

### 2.7.1 - Planos com menos de 30 participantes no ato da contratação

1. Nos planos coletivos empresariais com menos de 30 (trinta) participantes **no ato da contratação**, o BENEFICIÁRIO TITULAR está obrigado, na oportunidade da inclusão no plano, a informar, por si e por seus dependentes, ser conhecedor ou não da condição de portador de *doença ou lesão preexistente*.

### 2.7.2 - Planos com 30 ou mais participantes no ato da contratação

1. Nos planos coletivos empresariais com número de BENEFICIÁRIOS igual ou maior que 30 (trinta) no ato da contratação, se a inscrição do BENEFICIÁRIO ocorrer em até **30 (trinta) dias** da assinatura do presente contrato e/ou em até **30 (trinta) dias** a contar da sua vinculação à pessoa jurídica CONTRATANTE, **NÃO** será exigido pela CONTRATADA o preenchimento da Declaração de Saúde para a constatação de doenças ou lesões preexistentes, bem como não poderá ser exigido o cumprimento de cobertura parcial temporária ou agravo.

### 2.7.3 – Das regras relativas às Doenças e Lesões Preexistentes

1. Quando devido o preenchimento da Declaração de Saúde, o BENEFICIÁRIO TITULAR e o BENEFICIÁRIO DEPENDENTE estão obrigados, na oportunidade da inclusão no plano, a informar, por si, ser conhecedor ou não da condição de portador de doença ou lesão preexistente.

2. **Doenças ou Lesões Preexistentes** são aquelas que o Beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou da adesão à este plano privado de assistência à saúde.

3. O **Beneficiário Titular** e os **Dependentes** deverão declarar expressamente, **no ato da assinatura do contrato ou da inclusão de Beneficiários**, as doenças ou lesões preexistentes

que saibam ser portadores antes da assinatura do contrato ou da adesão ao contrato, por meio de Declaração de Saúde, cujo formulário é parte integrante deste contrato.

3.1. O **Beneficiário** tem direito de preencher a Declaração de Saúde mediante a realização de entrevista qualificada orientado por médico contratado da PLENA SAÚDE, sem qualquer ônus financeiro.

3.2. Caso o **Beneficiário** opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais contratados da PLENA SAÚDE, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus financeiro daí decorrente.

4. 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 à este plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer as questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.

5. Na Declaração de Saúde, cada Beneficiário deverá relacionar todas as doenças e lesões preexistentes à contratação, sob pena da sua omissão voluntária caracterizar fraude contratual.

6. No momento da contratação, a critério da PLENA SAÚDE, o Beneficiário poderá ser submetido a realização de exame ou perícia médica para verificação da existência de doença ou lesão preexistente, nos termos da legislação vigente na ocasião.

6.1. Caso a PLENA SAÚDE opte por realizar exame ou perícia médica no Beneficiário para fins de verificação da existência de doença ou lesão preexistente, fica vedada a alegação de omissão de doença ou lesão preexistente porventura não identificada na ocasião da perícia/exame.

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, ser-lhe-á facultada a oferta do agravo.

8. *Cobertura Parcial Temporária é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de*

*assistência à saúde, a suspensão da cobertura de procedimentos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, relacionados às doenças e 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. 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.

11. Na hipótese de Cobertura Parcial Temporária, a CONTRATADA somente poderá suspender a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta tecnologia e os procedimentos de alta complexidade, quando relacionados diretamente à Doença ou Lesão Preexistente.

11.1. Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, disponível no site [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br).

12. 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.

12.1. Caso o **Beneficiário** concorde com a alegação, deverá submeter-se ao regime de Cobertura Parcial Temporária, a partir da data de recebimento do Termo de Comunicação, até completar o período de 24 (vinte e quatro) da contratação ou adesão ao plano de assistência à saúde, mediante assinatura de Termo de Cobertura Parcial Temporária.

12.2. Caso o **Beneficiário** não concorde com a alegação, a PLENA SAÚDE, requererá abertura de processo administrativo junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, para verificação da procedência ou não de tal alegação, mas não poderá suspender o atendimento ao Beneficiário até o resultado do julgamento da ANS.



13. Instaurado o processo administrativo na ANS à CONTRATADA caberá o ônus da prova.
14. 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.
15. A ANS efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação.
16. Se solicitado pela ANS, o BENEFICIÁRIO deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.
17. 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.
18. 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.

## 2.8 – Do Atendimento de Urgência e Emergência

1. É garantida pela CONTRATADA cobertura do atendimento nos casos de urgência e emergência, assim definidas como:
  - a) emergência: situações que impliquem risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente;
  - b) urgência: situações resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.
2. Depois de cumpridas as carências, haverá cobertura aos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para internação, desde a admissão do paciente até sua alta ou que sejam necessários à preservação da vida, órgãos e funções.
  - 2.1. Quando o atendimento de emergência ou de urgência decorrente de complicação do processo gestacional for efetuado no decorrer dos períodos de

carência, a cobertura estará limitada até as primeiras 12 (doze) horas do atendimento, sendo que quando necessária para a continuidade do atendimento, a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e em tempo menor que 12 (doze) horas, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser da CONTRATANTE, não cabendo ônus à CONTRATADA.

2.2. O atendimento de urgência decorrente de acidente pessoal será garantido, sem restrições, após decorridas 24 (vinte e quatro) horas, **contados a partir da assinatura do presente Contrato.**

3. Haverá garantia de atendimento limitado às primeiras doze horas, ou até que ocorra a necessidade de internação, nos casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças e Lesões Preexistentes.

3.1. Haverá garantia de atendimento limitado às primeiras doze horas, ou até que ocorra a necessidade de internação, nos casos em que o atendimento de urgência e emergência for efetuado no decorrer dos períodos de carência para internação.

#### 2.8.1 – Do Reembolso em casos de Urgência e Emergência

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

2. Somente serão reembolsadas as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento de urgência ou emergência e após a realização de auditoria médica que comprove a necessidade dos atendimentos prestados.

3. O reembolso se dará de acordo com os **valores praticados pela PLENA SAÚDE junto à sua rede de prestadores de serviço dentro de sua área de atuação** e não de acordo com os valores efetivamente pagos pelo Beneficiário aos prestadores de serviços que não constam da Rede de Prestadores de Serviços da PLENA SAÚDE. Para cálculo do valor de reembolso serão

considerados os preços dos serviços previstos na Tabela CBHPM (Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos), os preços dos materiais previstos na Tabela SIMPRO e os preços dos medicamentos previstos na Tabela BRASÍNDICE.

4. O beneficiário terá o prazo de 01 (um) ano para solicitar o reembolso, devendo para tanto apresentar à CONTRATADA, no mínimo os seguintes documentos:

- a) solicitação de reembolso através de preenchimento de formulário próprio;
- b) **relatório do médico assistente**, declarando o nome do paciente, descrição do tratamento e respectiva justificativa dos procedimentos realizados, data do atendimento e, quando for o caso, período de permanência no hospital e data da alta hospitalar, CID da doença básica, descrição das complicações quando for o caso e relatório de alta;
- c) conta Hospitalar discriminando quantidade e tipo de materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com notas fiscais, faturas do hospital;
- d) recibos individualizados de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, com os respectivos CRMs, discriminando funções e evento a que se referem;
- e) comprovantes relativos aos serviços de exames complementares de diagnóstico e terapia, e serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente e exame anátomo patológico decorrente de procedimento cirúrgicos.

5. É assegurado pela CONTRATADA que o valor do reembolso não será inferior ao valor **praticado junto à rede de prestadores do plano**.

6. O reembolso será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento da documentação completa pela CONTRATADA.

### 2.8.2 – Da Remoção

1. Nos casos de urgência e emergência a CONTRATADA garantirá a remoção terrestre do paciente nas seguintes hipóteses:

- I - para outra unidade de atendimento da rede do plano – inter-hospitalar, após realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência e desde que na área de abrangência geográfica do plano, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade de atenção ao paciente;

II - para uma unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, nos casos do Beneficiário estar cumprindo períodos de carência para internação;

III - para uma unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, nos casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças ou lesões preexistentes.

2. Após cumpridas as carências contratuais, os BENEFICIÁRIOS terão direito à remoção inter-hospitalar nos casos elencados abaixo, a qual será realizada após a ciência da CONTRATADA e mediante expressa *autorização do médico assistente*, além da autorização do responsável pelo paciente ou dele próprio:

I - de hospital ou serviço de pronto-atendimento **vinculado ao SUS**, localizado **dentro da área de atuação do plano**, para hospital da rede própria ou credenciada da CONTRATADA;

II - de hospital ou serviço de pronto-atendimento **privado** não pertencente à rede própria ou credenciada da CONTRATADA, localizado **dentro da área de atuação do plano**, para hospital da rede própria ou credenciada da CONTRATADA;

III - de hospital ou serviço de pronto-atendimento **da rede própria ou credenciada da CONTRATADA**, localizado **dentro da área de atuação do plano**, para hospital da rede própria ou credenciada da CONTRATADA, apenas quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos para continuidade de atenção ao beneficiário na unidade de saúde de origem;

IV - de hospital ou serviço de pronto-atendimento **público ou privado** não pertencente à rede própria ou credenciada da CONTRATADA, localizado **fora da área de atuação do plano**, para hospital da rede própria ou credenciada da CONTRATADA apto a realizar o devido atendimento, apenas nos casos em que o evento que originou a necessidade do serviço tenha ocorrido dentro da área de atuação do plano e na indisponibilidade ou inexistência de prestador conforme previsto na legislação vigente; e

V - de hospital ou serviço de pronto-atendimento **da rede própria ou credenciada da CONTRATADA**, localizado **dentro da área de atuação do plano**, para hospital da rede própria ou credenciada da CONTRATADA, nos casos em que houver previsão contratual para atendimento em estabelecimento de saúde específico.

3. Nos casos de remoção acima especificados:

I - Caberá à CONTRATADA o ônus e a responsabilidade da remoção terrestre inter-hospitalar do paciente para a unidade de destino que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento;

II – Caberá à CONTRATADA 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 de destino;

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

**IV - Quando o beneficiário ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em uma unidade prestadora de serviço que não seja qualquer das unidades de destino elencadas acima, a PLENA SAÚDE estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.**

## 2.9 – ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES

Esse item não se aplica ao presente contrato, uma vez que os beneficiários não têm acesso à livre escolha de prestadores, podendo utilizar apenas os prestadores credenciados ou contratados da PLENA SAÚDE.

## 2.10 - MECANISMOS DE REGULAÇÃO

### 2.10.1 – Cartão Individual de Identificação

1. A CONTRATADA fornecerá aos beneficiários incluídos no presente contrato o Cartão Individual de Identificação, com indicação das características básicas do plano contratado, incluindo eventual imposição de cumprimento de cláusula de Cobertura Parcial Temporária - CPT.

1.1 A qualquer tempo, poderá a CONTRATADA alterar o Cartão Individual de Identificação ou adotar novo sistema de distinção de seus beneficiários, para uma melhor prestação dos serviços.

1.2. Para a fruição dos direitos e vantagens deste contrato, é condição obrigatória a apresentação, pelos beneficiários, do Cartão Individual de Identificação válido, acompanhado de um documento original de identidade legalmente reconhecido.

1.3. Na hipótese de rescisão, resolução ou rescisão deste contrato, ou ainda, de exclusão de beneficiário dependente por qualquer motivo, é obrigação da CONTRATANTE devolver os respectivos Cartões Individuais de Identificação, bem como quaisquer outros documentos porventura fornecidos pela CONTRATADA para fins de fruição dos serviços, sob pena de responder por eventual prejuízo causado a CONTRATADA.

1.4. Ocorrendo a perda, inutilização por quebra ou defeito, ou extravio de quaisquer documentos, incluindo o Cartão Individual de Identificação, a CONTRATANTE deverá comunicar o fato, por escrito à CONTRATADA, em até 48 (quarenta e oito) horas, para cancelamento e, quando for o caso, emissão de segunda via.

1.5. Será cobrada taxa de R\$ 15,00 (quinze) reais pela emissão de segunda via do Cartão Individual de Identificação, que será inserida na mensalidade do mês subsequente.

#### 2.10.2 – Condições de Atendimento e Autorização Prévia

1. A CONTRATADA assegurará aos beneficiários inscritos a prestação dos serviços médico-hospitalares através de seus médicos contratados e serviços credenciados, pertencentes ao plano adquirido, cujos nomes, endereços, telefones, informações e orientações encontram-se por meio de acesso ao sítio eletrônico: [www.plenasaude.com.br](http://www.plenasaude.com.br)
2. Os exames complementares e os serviços auxiliares de apoio e de diagnóstico serão prestados na rede própria ou credenciada da CONTRATADA, mediante apresentação de "Guia de Solicitação de SADT" emitida pelo médico assistente ou cirurgião-dentista, devidamente habilitado, não podendo haver restrição aos pedidos dos profissionais não pertencentes à rede própria ou contratada.
3. As internações serão realizadas nos hospitais e prontos-socorros próprios e/ou credenciados, exceto nos casos de urgência e emergência, na forma prevista no presente contrato, mediante apresentação de "Guia de Internação" emitida pelo médico assistente, com as justificativas da internação, o diagnóstico, o tratamento e a duração prevista para a internação.
4. Nos casos de urgência ou emergência, o beneficiário, ou quem por ele responda, terá o prazo de 02 (dois) dias úteis contados da data da realização do atendimento para providenciar o documento mencionado, sob pena da CONTRATADA não se responsabilizar por

quaisquer despesas. **Caso posteriormente seja constatado que o atendimento prestado não se caracterizou como de urgência ou emergência, as despesas realizadas serão de responsabilidade da CONTRATANTE.**

4.1. O beneficiário obriga-se, ao se internar, a fornecer à administração do hospital a guia de internação (ressalvado o caso de urgência/emergência), o documento de identificação e o cartão do plano vigente, emitidos pela CONTRATADA.

4.2. O prazo de internação será fixado pelo médico assistente e, em caso de omissão, a CONTRATADA fixará o prazo que constará da guia expedida, podendo este prazo ser prorrogado de acordo com solicitação do médico assistente.

5. Todo atendimento a ser prestado em decorrência do presente contrato depende de autorização prévia da PLENA SAÚDE, salvo consultas de urgência e emergência, que não requerem prévia autorização.

6. É facultada à CONTRATADA a realização de avaliação prévia do BENEFICIÁRIO pela auditoria para realização de exames complementares, serviços auxiliares ou internação.

6.1. Quando da necessidade de avaliação prévia do consumidor pela auditoria da CONTRATADA, será garantido o atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de 3 (três) dias úteis a partir do momento da solicitação, ou em prazo inferior quando caracterizada a urgência.

7. No caso de situações de divergências médica a respeito de autorização ou avaliação prévia, é garantida a definição do impasse através de junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo BENEFICIÁRIO, por médico da CONTRATADA e por um terceiro membro da junta médica, cuja opinião clínica decidirá a divergência técnica-assistencial.

8. A CONTRATADA reserva-se o direito de rescindir o contrato com qualquer participante da sua rede assistencial, bem como de contratar novos serviços, a seu critério, sempre objetivando o aprimoramento da prestação dos serviços previstos neste instrumento, observado os trâmites legais, conforme art.17 da Lei 9656/98, desde que:

I - A substituição da entidade hospitalar seja por outra equivalente e mediante comunicação aos beneficiários e a ANS com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados

desse prazo mínimo, os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor;

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

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

IV - Em caso de redimensionamento da rede hospitalar deste plano, por redução, a CONTRATADA solicitará a ANS autorização expressa.

## 2.11– Formação do Preço e Mensalidade

1. O valor da mensalidade ao ser pago pela pessoa jurídica CONTRATANTE em razão da cobertura assistencial contratada é pré-estabelecido, de acordo com cálculo atuarial.
2. A CONTRATANTE pagará à CONTRATADA, via fatura mensal, a importância estipulada neste contrato, que é obtida pela soma dos valores das mensalidades estipuladas para cada um dos BENEFICIÁRIOS participantes do plano (titulares e dependentes).
3. Será de responsabilidade dos BENEFICIÁRIOS TITULARES INATIVOS (demitidos, exonerados e aposentados), *conforme regras específicas previstas neste contrato*, o pagamento mensal, via boleto, da importância estipulada contratualmente entre CONTRATANTE e CONTRATADA, que é obtida pela soma dos valores das mensalidades estipuladas para cada um dos BENEFICIÁRIOS (titular e seus respectivos dependentes) inscritos no plano.
5. Não haverá distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária mensal dos **Beneficiários** que vierem a ser incluídos no presente contrato e aqueles a este contrato já vinculados.
6. Não haverá distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária mensal dos Beneficiários em razão de faixa etária.



7. As faturas emitidas pela CONTRATADA serão baseadas na comunicação de movimentação de pessoal enviada, pela CONTRATANTE, até o dia estipulado entre as partes, sendo que na falta de comunicação em tempo oportuno de inclusão ou de exclusão de BENEFICIÁRIOS, a fatura se baseará nos dados que foram disponibilizados, realizando-se os acertos nas faturas subsequentes.

7.1. Quando a data de vencimento da contraprestação pecuniária ocorrer em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento deverá ser efetuado no primeiro dia útil subsequente.

8. O pagamento antecipado das contraprestações pecuniárias mensais não elimina ou reduz os prazos de carências deste contrato.

9. Caso a pessoa jurídica CONTRATANTE não receba o instrumento de cobrança até 5 (cinco) dias úteis antes do vencimento, deverá comunicar à CONTRATADA.

10. O não recebimento do instrumento de cobrança não desobriga a pessoa jurídica CONTRATANTE de efetuar o seu pagamento no prazo de vencimento mensal.

#### 2.11.1. – Da Inadimplência

1. Ocorrendo impontualidade no pagamento da contraprestação pecuniária mensal, seu valor será corrigido monetariamente e serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês até o efetivo pagamento, além de multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito corrigido e acrescido de juros.

2. A **CONTRATANTE** reconhece que o valor das contraprestações vencidas constitui dívida líquida, certa e exigível, caracterizando título extrajudicial, podendo a **PLENA SAÚDE** efetuar sua cobrança ou execução judicial.

3. O pagamento da contraprestação pecuniária referente a um determinado mês não implica na quitação dos débitos anteriores, nem dará aos **Beneficiários** direito aos serviços ora contratados, caso existam parcelas em atraso por período superior a 10 (dez) dias.

4. A pessoa jurídica **CONTRATANTE** reconhece como dívida líquida e certa em favor da **PLENA SAÚDE**, quaisquer despesas decorrentes de atendimento prestado a seus Beneficiários, depois de cessadas as responsabilidades da **PLENA SAÚDE**, independentemente da data do

início de tratamento, bem como aquelas coberturas deferidas liminar ou cautelarmente em procedimento administrativo ou judicial, e posteriormente revogadas ou decididas em contrário e, ainda, os procedimentos não cobertos explicitamente por este contrato.

5. O não pagamento da contraprestação pecuniária por parte da pessoa jurídica **CONTRATANTE** por período superior a 10 (dez) dias, possibilitará à **PLENA SAÚDE** a suspensão do atendimento aos beneficiários funcionários da empresa e dependentes, podendo ocorrer o restabelecimento do atendimento mediante acerto financeiro entre as partes.

6. O não pagamento da contraprestação pecuniária por parte da pessoa jurídica **CONTRATANTE** por período superior a 30 (trinta) dias, possibilitará à **PLENA SAÚDE** a exclusão dos Beneficiários Titulares e seus Dependentes do presente contrato mediante comunicação prévia, ficando ainda, responsabilizada a **CONTRATANTE** pelo pagamento do saldo devedor, que será corrigido monetariamente e acrescido de juros de mora de 1% (um por cento) ao mês até o efetivo pagamento, além de multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito corrigido.

7. A **CONTRATADA** se reserva o direito de incluir o nome da **CONTRATANTE** nos órgãos de proteção ao crédito, após a devida notificação formal, caso não seja verificado o adimplemento de quaisquer valores previstos no presente contrato.

## 2.12 – Reajuste

1. Para fins deste contrato, é considerado reajuste qualquer variação positiva na contraprestação pecuniária, inclusive quando decorrente de revisão ou reequilíbrio econômico-atuaria.

2. Todos os valores de remuneração do presente contrato serão reajustados automática e anualmente ou na menor periodicidade legalmente permitida, pelo índice de Preços ao Consumidor da Saúde – IPC SAÚDE (Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas) acumulado nos últimos 12 (doze) meses.

3. A periodicidade anual de reajuste das contraprestações é feita em obediência à legislação em vigor. Assim, caso haja liberdade de ajuste de periodicidade, as partes, desde já, deliberam que as contraprestações serão automaticamente reajustadas pela menor periodicidade permitida, a fim de restabelecer o equilíbrio inicial do contrato, uma vez que os valores da contraprestação pecuniária mensal do presente contrato foram fixados com base em cálculo

atuarial levando-se em consideração os preços dos serviços colocados à disposição dos Beneficiários, a frequência de utilização desses serviços, o prazo contratual, os procedimentos não cobertos, as carências, os limites de cobertura, o valor e/ou percentual de coparticipação, o número de Beneficiários incluídos no presente contrato na data da contratação e a carga tributária que hoje recai sobre as operadoras de plano de saúde, sendo que qualquer alteração desses itens poderá ensejar a repactuação dos valores devidos.

4. Para garantir o *reequilíbrio econômico-atuarial do contrato*, este será reavaliado periodicamente e quando o nível de sinistralidade da carteira ultrapassar o índice de 70% ( $S_m$ ), apurado no período de 12 meses consecutivos, anteriores à data base de aniversário do contrato, considerada como o mês de sua assinatura, será aplicado de forma complementar ao reajuste previsto nos itens 1 e 2 desta cláusula o reajuste técnico, obtido por meio da sinistralidade, que terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, verificada no período avaliado.

**4.1.** Serão somados às despesas assistenciais (DA), para fins de obtenção da sinistralidade do presente plano de saúde, eventuais ressarcimentos realizados pela CONTRATADA ao Sistema Único de Saúde – SUS, decorrentes da utilização espontânea e voluntária dos beneficiários da CONTRATANTE junto à rede pública da saúde, salvo na hipótese da CONTRATADA ser ressarcida antes do aniversário do contrato pela CONTRATANTE ou pelo próprio beneficiário.

5. O índice de reajuste técnico a ser aplicado será obtido considerando a meta de sinistralidade do presente contrato, que é de 70% (setenta por cento), e será apurado conforme a seguinte fórmula:

$$R_{Técnico} = \frac{S}{S_m} - 1$$

Onde:

$R$ -Técnico = Reajuste Técnico

$S$  = Sinistralidade do período de 12 meses

$S_m$  = Meta de Sinistralidade (70%)

6. A **PLENA SAÚDE** se compromete a comunicar à ANS os reajustes aplicados no presente contrato, nos termos da legislação vigente.
7. O valor da tabela de preços das contraprestações pecuniárias para a inclusão de novos Beneficiários será reajustado anualmente, na mesma forma, data e índice aplicado para os Beneficiários já inscritos, conforme supra estabelecido.
8. Fica estabelecido que os valores relativos às contraprestações pecuniárias mensais de todos os Beneficiários inscritos serão reajustados na data de aniversário de vigência do presente contrato, independentemente da data de inclusão dos Beneficiários.
9. Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados para beneficiários que façam parte deste mesmo contrato.

#### 2.12.1 – Do Agrupamento de Planos Coletivos para fins de Reajuste

1. O presente instrumento, por ser coletivo empresarial em pré-pagamento e não odontológico e também não destinado exclusivamente a beneficiários demitidos/exonerados e aposentados tratados pelos arts. 30 e 31 da Lei 9.656/98, estará sujeito ao “agrupamento” definido em norma vigente da ANS, para fins de apuração e cálculo de reajuste anual previsto na Cláusula 2.12 (Reajuste) deste contrato.

1.1. Para tanto será apurada, na data de assinatura deste contrato, a quantidade de beneficiários participantes incluídos no plano neste mesmo momento, a qual caso totalize até 29 (vinte e nove) vidas, implicará na inclusão deste plano no “agrupamento” para fins de apuração do cálculo de reajuste.

1.2. Após a apuração da quantidade de vidas a que se refere o subitem 1.1. anterior, a CONTRATADA calculará **um único percentual de reajuste**, que será aplicado para todo o “agrupamento” dos seus contratos coletivos, independentemente do plano contratado.

1.3. Ocorrendo alteração na quantidade de beneficiários deste plano, após a apuração a que se refere o subitem 1.1, acima, ainda assim, este plano permanecerá dentro do agrupamento e assim será considerado para fins da apuração do cálculo do reajuste, *sendo feita nova aferição da quantidade de beneficiários em seu próximo aniversário e assim por diante*. E ainda, a apuração da quantidade de beneficiários do contrato agregado levará em conta todos os planos a ele vinculados.

1.4. A apuração do cálculo de reajuste considerada e tratada neste contrato (**considerando os planos agrupados**) ocorrerá anualmente, em um mês determinado pela CONTRATADA, sendo que o **índice eleito** será aplicado sempre no aniversário deste contrato, a cada aniversário ocorrido dentro do período que vai de maio ao mês de abril do ano subsequente, imediatamente posterior ao período de cálculo do reajuste.

*Para cálculo do reajuste será aplicado o critério estabelecido no item seguinte, considerando o período de 12 (doze) meses anteriores ao mês de apuração do cálculo de reajuste.*

- a. O cálculo do reajuste será feito pela CONTRATADA considerando o seguinte critério/cálculo/metodologia:

1.5.1. 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 de Preços ao Consumidor da Saúde – IPC Saúde da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas, acumulado nos últimos 12 meses.

1.5.2. Na hipótese de descontinuidade do índice estabelecido no item 1.5.1, será estipulado novo índice mediante instrumento específico.

1.5.3. Caso seja verificado o desequilíbrio econômico-atuarial da carteira de planos coletivos com até 29 (vinte e nove) beneficiários, este será reavaliado, nos termos descritos a seguir.

1.5.4. O desequilíbrio é constatado quando o nível de sinistralidade da carteira ultrapassar o índice de 75% ( $S_m$ ), cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 meses consecutivos.

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

$$R_{Técnico} = \frac{S}{S_m} - 1$$

Onde:

36

*R-Técnico = Reajuste Técnico*

*S = Sinistralidade do período de 12 meses*

*Sm = Meta de Sinistralidade (75%)*

1.5.6. Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, previsto no item 1.5.5., esse deverá ser procedido de forma complementar ao especificado no item 1.5.1. e na mesma data, de forma a garantir a anualidade dos reajustes.

1.6 Caso não seja possível considerar os critérios definidos no subitem 1.5. anterior ou ainda se este plano deixar de pertencer ao “agrupamento”, serão mantidos e aplicados os critérios previstos na Cláusula 2.12 – REAJUSTE desse mesmo contrato, para fins de aplicação de reajuste neste contrato.

1.7. Os critérios ou quaisquer outras das condições aqui previstas somente serão alteradas através de Termo Aditivo pactuado entre as partes.

1.8. Fica ajustado que a CONTRATADA divulgará em seu site ([www.plenasaude.com.br](http://www.plenasaude.com.br)), até o primeiro dia útil do mês de maio de cada ano, o percentual de reajuste a ser aplicado ao “agrupamento” de contratos, bem como identificará os contratos que receberão o reajuste, com código informado em seu sistema RPC – Reajuste de Planos Coletivos, e seus respectivos planos, com número de registro na ANS.

1.9. Algumas definições importantes:

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

II - contrato agregado ao agrupamento: contrato que integra o agrupamento de contratos, por conter, na data da apuração da quantidade de beneficiários, menos de 30 (trinta) beneficiários.

III - período de apuração da quantidade de beneficiários: período definido pela operadora de planos privados de assistência à saúde em que são identificados os

contratos que serão agregados ao agrupamento de acordo com a quantidade de beneficiários, que deve ser apurada previamente em data certa.

IV - período de cálculo do reajuste: período definido pela operadora de planos privados de assistência à saúde em que o reajuste do agrupamento de contratos é calculado, devendo ser posterior ao fim do período de apuração da quantidade de beneficiários e anterior à data da divulgação do percentual de reajuste.

V - período de aplicação do reajuste: período compreendido entre maio e abril em que é aplicado o reajuste calculado aos contratos agregados ao agrupamento.

### 2.13 – Faixas Etárias

1. As mensalidades são estabelecidas de acordo com a faixa etária em que cada beneficiário inscrito esteja enquadrado.

1.1. Ocorrendo alteração na idade de qualquer dos beneficiários que importe em deslocamento para a faixa etária superior, a contraprestação pecuniária será aumentada automaticamente, no mês subsequente do aniversário do beneficiário.

2. As faixas etárias para os fins deste contrato são:

	Faixa Etária:	Reajuste %
1º	De 0 (zero) a 18 (dezoito) anos;	0,00%
2º	Ao completar 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos;	10,00%
3º	Ao completar 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos;	12,00%
4º	Ao completar 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos;	18,00%
5º	Ao completar 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos;	22,00%
6º	Ao completar 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos;	20,00%
7º	Ao completar 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos;	22,00%
8º	Ao completar 49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos;	25,00%
9º	Ao completar 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos;	30,00%
10º	Ao completar 59 (cinquenta e nove) anos ou mais.	42,00%

3. A variação do valor da mensalidade em decorrência da mudança da faixa etária corresponderá aos percentuais indicados na Proposta de Adesão, que incidirão sempre sobre o preço correspondente a faixa etária anterior, não se confundindo com o reajuste anual do contrato.

4. Os referidos percentuais de variação em cada mudança de faixa etária são fixados pela CONTRATADA, observadas as seguintes condições:

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

## 2.14 – DOS DIREITOS ASSEGURADOS AOS DEMITIDOS E APOSENTADOS

### 2.14.1. – DO DEMITIDO

1. A CONTRATADA assegura ao BENEFICIÁRIO TITULAR que **contribuir** para o plano contratado, decorrente de seu vínculo empregatício ou estatutário com a CONTRATANTE, no caso de rescisão ou exoneração do trabalho, sem justa causa, o direito de manter sua condição de BENEFICIÁRIO TITULAR e dos BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES a ele já vinculados no plano, nas mesmas condições de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma também o pagamento da parcela anteriormente de responsabilidade da CONTRATANTE.

1.1. O período de manutenção da condição de BENEFICIÁRIO será de **1/3 (um terço)** do tempo de contribuição ao plano, ou sucessor, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses.

1.2. Em caso de morte do BENEFICIÁRIO TITULAR, o direito de permanência é assegurado aos BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES cobertos pelo plano na data do óbito, nos termos dispostos neste item.

1.3. ***O BENEFICIÁRIO TITULAR que não participar financeiramente do plano, durante o período que mantiver o vínculo empregatício, não terá direito à cobertura ora estabelecida.***

1.3. ***Nos planos coletivos custeados integralmente pela empresa, não é considerada contribuição a participação do BENEFICIÁRIO, única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica e/ou hospitalar ou o pagamento exclusivo da mensalidade de dependentes.***



1.4 Haverá garantia de extensão do benefício ao grupo familiar do beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa, inscrito quando da vigência do contrato de trabalho.

1.4.1. A manutenção da condição de beneficiário pode ser mantida individualmente pelo ex-empregado ou com parte do seu grupo familiar.

1.5 Será garantida a possibilidade de inclusão de novo cônjuge e filhos do ex-empregado no período de manutenção da condição de beneficiário.

1.6. A condição estabelecida na extensão de benefícios previstos no artigo 30 da Lei nº 9656, de 1998, não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas ou acordos coletivos de trabalho.

#### 2.14.2. – DO APOSENTADO

1. A CONTRATADA assegura ao BENEFICIÁRIO TITULAR que se aposentar, e que **tiver contribuído para o plano contratado**, decorrente de vínculo empregatício ou estatutário, pelo prazo mínimo de **dez anos**, o direito de manutenção como BENEFICIÁRIO TITULAR e dos BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES a ele vinculados, as mesmas condições de cobertura assistencial que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma também o pagamento da parcela anteriormente de responsabilidade da CONTRATANTE.

1.1. Na hipótese de contribuição pelo então empregado, por período inferior ao fixado acima, é assegurado o direito de manutenção como BENEFICIÁRIO, à razão de um ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral do plano.

1.2. Em caso de morte do BENEFICIÁRIO TITULAR, o direito de permanência é assegurado aos BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES cobertos pelo plano na data do óbito, nos termos dispostos neste artigo.

1.3. A condição de BENEFICIÁRIO assegurada neste item deixará de existir, quando da admissão do BENEFICIÁRIO TITULAR em outro emprego, ou na hipótese de rescisão do presente contrato, independente do motivo.

1.4. O BENEFICIÁRIO TITULAR terá até **30 (trinta) dias após seu desligamento da empresa** para obter este benefício junto à CONTRATADA, cabendo exclusivamente à

40

CONTRATANTE dar expressa ciência ao BENEFICIÁRIO aposentado.

1.5. **O BENEFICIÁRIO TITULAR que não participar financeiramente do plano, durante o período que mantiver o vínculo empregatício, não terá direito à cobertura ora estabelecida.**

1.6. **Nos planos coletivos custeados integralmente pela empresa, não é considerada contribuição a participação do BENEFICIÁRIO, única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica e/ou hospitalar ou o pagamento exclusivo da mensalidade de dependentes.**

1.7. Haverá garantia de extensão do benefício ao grupo familiar do beneficiário aposentado, inscrito quando da vigência do contrato de trabalho.

1.7.1. A manutenção da condição de beneficiário pode ser mantida individualmente pelo aposentado ou com parte do seu grupo familiar.

1.8 Será garantida a possibilidade de inclusão de novo cônjuge e filhos do ex-empregado no período de manutenção da condição de beneficiário.

1.9. A condição estabelecida na extensão de benefícios previstos no artigo 31 da Lei nº 9656, de 1998, não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas ou acordos coletivos de trabalho.

2. *Caso o empregado venha a se aposentar e continuar trabalhando para a CONTRATANTE (pessoa jurídica empregadora), na oportunidade do seu desligamento será garantido o direito de manter sua condição de beneficiário observando-se as regras previstas nesta Cláusula.*

### 2.14.3. – DAS RESPONSABILIDADES

1. Será de responsabilidade da CONTRATANTE informar seus empregados no ato da **comunicação do aviso prévio**, a ser cumprido ou indenizado ou da comunicação da aposentadoria, a possibilidade de manter-se como BENEFICIÁRIO do plano, para que estes manifestem sua opção **no prazo de 30 (trinta) dias, sob pena de perda do direito.**

3. Será de responsabilidade do EX-EMPREGADO o pagamento da contraprestação em seu nome e de seus respectivos dependentes diretamente à CONTRATADA durante o gozo do benefício previsto nesta Cláusula.

2.1. O EX-EMPREGADO pagará à CONTRATADA, a importância obtida pela soma dos valores das mensalidades de acordo com a faixa etária em que cada BENEFICIÁRIO esteja inscrito no plano (titulares e dependentes).

2.2. Os valores referentes ao fator moderador não estão incluídos nos preços das mensalidades previstas acima.

3. É de responsabilidade da CONTRATANTE disponibilizar aos BENEFICIÁRIOS a tabela de preços de seu custo por faixa etária, mesmo que as partes tenham acordado valores inferiores a estes, bem como apresentar a tabela de preços, por faixa etária, das mensalidades em caso de gozo do benefício previsto neste Item.

3.1. A referida tabela será reajustada anualmente, na mesma periodicidade e percentual aplicado aos demais preços.

3. A CONTRATANTE fica obrigada, no momento da comunicação à CONTRATADA da exclusão do BENEFICIÁRIO, a informar:

- I – Se o BENEFICIÁRIO foi excluído por demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria;
- II – Se aposentado, se continuou trabalhando para a CONTRATANTE;
- III – Se o BENEFICIÁRIO contribuía para o pagamento do plano e ainda, se total ou parcialmente;
- IV – Por quanto tempo o BENEFICIÁRIO contribuiu para o pagamento do plano; e
- V – Se o BENEFICIÁRIO optou por sua manutenção no plano ou se recusou esta condição.

5. A CONTRATADA somente aceitará a exclusão de BENEFICIÁRIOS mediante a comprovação de que o mesmo foi comunicado sobre a opção de manutenção da condição de beneficiário, bem como o repasse das informações previstas no item anterior.

6. Fica a critério das partes, mediante prévio acordo, a disponibilização de plano de assistência à saúde **exclusivo** para ex-empregados - demitidos ou exonerados sem justa causa e aposentados.

6.1. Casos as partes disponibilizem plano de saúde exclusivo para ex-empregados,

as mensalidades serão reajustadas anualmente, considerando a totalidade da carteira da CONTRATADA de contratos exclusivos para ex-empregados, e o respectivo percentual será divulgado em sua página na Internet.

7. Perde o direito de permanência no plano na condição de ex-empregado nos casos de:

I- decurso dos prazos de manutenção previstos nos parágrafos únicos dos artigos 4º e 5º da RN nº 279/2011;

II - admissão do beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado em novo emprego considerado novo vínculo profissional que possibilite o ingresso do ex empregado em um plano de assistência à saúde coletivo empresarial, coletivo por adesão ou de autogestão;

III - cancelamento, pelo empregador, do benefício do plano privado de assistência à saúde concedido aos seus empregados ativos e ex-empregados (inciso III do artigo 26 da RN nº 279/2011

8. O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado ou seus dependentes vinculados ao plano, durante o período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998, poderá exercer a portabilidade especial de carências para plano individual ou familiar ou coletivo por adesão, em outra operadora.

9. Será garantida a disponibilidade de plano privado de assistência à saúde na modalidade individual ou familiar ao universo de beneficiários, sem necessidade de cumprimento de novos prazos de carência, no caso de cancelamento pelo empregador do benefício do plano privado de assistência à saúde concedido aos seus empregados ativos e ex-empregados.

#### 2.14.4. – DAS DEFINIÇÕES IMPORTANTES

1. Para fins das regras previstas nesta Cláusula, assim definem-se:

I - Contribuição: qualquer valor pago pelo empregado, inclusive com desconto em folha

43

de pagamento, para custear parte ou a integralidade da contraprestação pecuniária de seu plano privado de assistência à saúde oferecido pelo empregador em decorrência de vínculo empregatício, à exceção dos valores relacionados aos dependentes e à coparticipação ou franquia paga única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médico-hospitalar;

II – Tempo de Contribuição: período pelo qual o beneficiário contribuiu financeiramente para o plano coletivo decorrente de vínculo empregatício, e não se confunde com o período que ele esteve vinculado ao plano de saúde;

III - Mesmas condições de cobertura assistencial: mesma segmentação e cobertura, rede assistencial, padrão de acomodação em internação, área geográfica de abrangência e fator moderador do plano privado de assistência à saúde contratado para os empregados ativos; e

IV - Desligamento: ato da rescisão do contrato de trabalho (demissão/exoneração/aposentadoria)

V - Novo emprego: novo vínculo profissional que possibilite o ingresso do ex-empregado em um plano de assistência a saúde coletivo empresarial, coletivo por adesão ou de autogestão.

## 2.15 – Condições da Perda da Qualidade de Beneficiário

### 1. São causas para a exclusão, dos **Beneficiários**:

I – Solicitação da pessoa jurídica **CONTRATANTE**;

II - Qualquer ato praticado pelos **Beneficiários** que possa ser caracterizado como fraude, tais como:

a) Declaração falsa quando do preenchimento do Termo de Adesão ou Declaração de Saúde, tais como omissão do conhecimento de doença ou lesão preexistente, depois de devidamente comprovada pela CONTRATADA junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS;

b) Utilização indevida do Cartão de Identificação de Beneficiário, por empréstimo a terceiros ou outros motivos que caracterizem fraude.

c) Omissão ou distorção de informações em prejuízo do plano ou do resultado de perícias ou exames, quando necessários;

d) Manter como **Beneficiário Dependente** aquele que não seja ou tenha perdido a condição de dependente, dentre outros.

III – Perda do vínculo do **Beneficiário Titular** com a **CONTRATANTE**;

- IV - Perda do vínculo de dependência entre o **Beneficiário Titular e Beneficiário Dependente**;
- V - Morte do **Beneficiário**;
- VI - Rescisão do presente contrato.

2. A **PLENA SAÚDE** somente poderá excluir **Beneficiários** sem a anuência da pessoa jurídica **CONTRATANTE** em casos de:

- I - Fraude; ou
- II - Perda do vínculo do **Beneficiário Titular** com a **CONTRATANTE**; perda do vínculo de dependência entre o **Beneficiário Titular e Beneficiário Dependente** e morte do **Beneficiário**, ressalvado o disposto nos artigos 30 e 31, da Lei nº 9.656/98.

3. A exclusão do Beneficiário Titular implica, automaticamente, na exclusão de seus Beneficiários Dependentes, ficando impossibilitada a manutenção dos Beneficiários Dependentes após a exclusão do Beneficiário Titular.

4. As exclusões de Beneficiários deverão ser realizadas através da movimentação eletrônica. Após a implantação do presente Contrato, a Contratada se compromete a fornecer a Contratante, os dados de acesso ao sítio eletrônico da Contratada, para realizar as movimentações necessárias. Caso a solicitação de exclusão seja realizada após o dia 25 de cada mês, o Beneficiário terá atendimento até o último dia do mês em curso e não será cobrada a contraprestação pecuniária referente à tal Beneficiário na fatura do mês subsequente ao mês da solicitação de exclusão. Em qualquer dos casos a **CONTRATANTE** deverá recolher e devolver os respectivos Cartões de Identificação de Beneficiário à **PLENA SAÚDE**, sendo que, caso não devolva na data da exclusão do Beneficiário, a **CONTRATANTE** ficará responsável pelo pagamento de eventuais despesas decorrentes da utilização indevida dos cartões de identificação de Beneficiário.

5. É obrigação da **CONTRATANTE** recolher o Cartão de Identificação de Beneficiário de todos os Beneficiários excluídos e devolvê-los imediatamente à **PLENA SAÚDE**, mesmo que os Beneficiários tenham sido excluídos por decisão da mesma.

6. O beneficiário que tiver o seu vínculo com plano de saúde extinto em razão de morte do titular do plano poderá exercer a portabilidade especial de carências para plano de saúde individual ou familiar, no prazo de 60 (sessenta) dias da extinção de seu vínculo, desde que:

- a) A CONTRATANTE esteja adimplente junto à CONTRATADA;
- b) O plano de destino esteja compatível com o plano objeto desta contratação, conforme critérios estabelecidos pela ANS;
- c) A faixa de preço do plano de destino seja igual ou inferior a que se enquadra o plano objeto desta contratação, considerada a data do pedido de exercício da portabilidade especial de carências; e
- d) O plano de destino não esteja com registro em situação "ativo com comercialização suspensa" ou "cancelado" junto a ANS.

6.1. A portabilidade especial de carências tratada nesta Cláusula pode ser exercida independentemente da data de início de vigência do presente contrato.

6.2. O BENEFICIÁRIO que estiver cumprindo carência ou cobertura parcial temporária pode exercer a portabilidade especial de carências, sujeitando-se aos respectivos períodos remanescentes no novo plano.

6.3. Ao beneficiário que estiver vinculado a 24 (vinte e quatro) meses ou mais neste contrato, é assegurado o direito de exercer a portabilidade especial de carências tratada nesse artigo sem o cumprimento de cobertura parcial temporária e sem o pagamento de agravo.

6.4 O beneficiário titular poderá solicitar à pessoa jurídica contratante, por qualquer meio, a sua exclusão ou a de dependente de contrato de plano de saúde coletivo empresarial.

6.4.1. A pessoa jurídica contratante deverá cientificar a operadora em até 30 (trinta) dias que, a partir de então, ficará responsável pela adoção das providências cabíveis ao processamento da exclusão; e

6.4.2 Expirado o prazo acima disposto sem que a pessoa jurídica tenha providenciado a comunicação de exclusão do beneficiário à operadora, o beneficiário titular poderá solicitar a exclusão diretamente à operadora.

## 2.16 – Rescisão/Suspensão

1. O presente contrato será rescindido, mediante notificação judicial ou extrajudicial, sem pagamento de indenização a qualquer das partes, nos seguintes casos:

I – Se as partes não cumprirem fielmente as cláusulas e condições deste contrato, ressalvados os casos de calamidade pública ou força maior.

II - Se a CONTRATANTE impedir ou dificultar qualquer exame ou diligência necessária para o resguardo dos direitos da PLENA SAÚDE.

III – Se a CONTRATANTE omitir informações ou por qualquer meio tentar obter vantagens indevidas em razão deste contrato.

IV – Se a CONTRATANTE praticar qualquer ato que caracterize fraude, quando da assinatura do presente contrato ou durante sua vigência.

V - Decretação de liquidação ou insolvência civil, ou requerimento de recuperação judicial;

VI – No caso de atraso de pagamento por período superior a 30 (trinta) dias.

2. A critério da CONTRATADA, em substituição à rescisão do contrato, esta poderá optar, mediante prévio aviso à CONTRATANTE, pela suspensão das coberturas ou exclusão do autor do ilícito, bem como dos respectivos BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES que a eles estiverem vinculados, conforme o caso.

2.1. A falta da notificação prevista neste artigo implica na subsistência das obrigações assumidas.

3. Qualquer das partes poderá, imotivadamente, rescindir unilateralmente o presente contrato, após o término do prazo mínimo de vigência (12 primeiros meses), mediante notificação escrita endereçada à outra parte, com antecedência **mínima de 60 (sessenta) dias**, não cabendo a solicitação verbal ou telefônica, sob pena de não ser efetuada a rescisão do contrato.

4. Caso qualquer das partes rescinda unilateralmente o presente contrato antes de seu período mínimo de vigência (12 primeiros meses), deverá pagar multa à outra parte no valor correspondente à 50% (cinquenta por cento) da soma das contraprestações pecuniárias mensais que seriam devidas até o término do período mínimo de vigência, com base no último faturamento lançado.



5. Em qualquer dos casos de rescisão imotivada do presente contrato, não caberá à qualquer das partes indenização ou ressarcimento à qualquer título, desde que haja a notificação escrita da parte contrária, no prazo estabelecido nesta cláusula ou pagamento da multa prevista no item 4 dessa cláusula.

6. Em caso de rescisão deste contrato, por qualquer das partes, a CONTRATANTE deverá devolver os Cartões de Identificação de Beneficiário (Ativos e Inativos) à PLENA SAÚDE, podendo ser responsabilizada pelo uso indevido dos mesmos, cabendo ainda à CONTRATANTE o pagamento das contraprestações pecuniárias mensais porventura pendentes.

7. A responsabilidade da PLENA SAÚDE sobre os atendimentos iniciados durante a vigência do contrato, cessa na data da rescisão formal do mesmo, correndo as despesas de todos os Beneficiários Ativos e Inativos, à partir desta data, por conta da CONTRATANTE.

## 2.17 – DISPOSIÇÕES GERAIS

1. O **Beneficiário Titular** com idade inferior a 18 (dezoito) anos, deverá ter seus pais, tutores ou representantes legais como responsáveis perante a **PLENA SAÚDE**, em razão do presente contrato, podendo terceira pessoa sem vínculo com o menor assumir o pagamento das mensalidades, desde que assine o Termo de Responsabilidade para Pagamento de Plano de Saúde.

2. Não se admitirá a presunção de que as partes contratantes possam ter conhecimento de circunstâncias que não constem expressamente das condições do contrato e de seus aditivos ou quaisquer outros documentos que dele façam parte integrante.

3. Qualquer concessão ou tolerância praticada pela **PLENA SAÚDE**, no tocante à cobertura da assistência médico-hospitalar oferecida em razão do presente contrato, não constituirá perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado neste contrato, bem como, não caracterizará qualquer direito adquirido aos **BENEFICIÁRIOS**.

4. As partes destacam, de forma irretorquível, com a clareza do artigo 54 parágrafo 3º do Código de Defesa do Consumidor, que a responsabilidade da **PLENA SAÚDE** limita-se à relação de serviços enumerados no item “Cobertura Assistencial” e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS e vigente na data do evento, considerando-se esse rol taxativo para efeito de compreensão dos direitos dos **BENEFICIÁRIOS**, portanto, qualquer serviço de saúde não expressamente citados neste contrato e no Rol de Procedimentos

editado pela ANS não têm cobertura neste contrato.

5. A **CONTRATANTE** expressamente declara e autoriza a **PLENA SAÚDE** a utilizar para fins de auditoria médica, os documentos e informações relativos ao efetivo cumprimento da assistência médica prestada aos **BENEFICIÁRIOS**, observado o disposto no Código de Ética Médica, desde que no interesse estritamente médico ou de comprovação de relação jurídica estabelecida entre as partes, responsabilizando-se a **CONTRATANTE** em obter junto aos mesmos as respectivas autorizações.

6. Em caso de propositura de ação judicial para solucionar conflitos decorrentes do presente contrato, fica estipulado que caberá à parte vencida todas as despesas judiciais ou extrajudiciais que a vencedora for obrigada a despendar, inclusive honorários de advogados, à razão de 10% (dez por cento) sobre o valor da causa ou da condenação.

7. A **PLENA SAÚDE** não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente com médicos, hospitais, clínicas ou entidades, contratadas ou não.

8. A **CONTRATANTE** autoriza a **PLENA SAÚDE** a prestar todas as informações de natureza cadastral ou não, quando solicitadas pelos órgãos de fiscalização de assistência à saúde.

9. É obrigação da **CONTRATANTE** comunicar formalmente qualquer alteração de seus dados cadastrais e de seus **BENEFICIÁRIOS** inscritos, especialmente mudança de endereço. Assim não procedendo estará isentando a **PLENA SAÚDE** de qualquer responsabilidade ou consequência por falha de comunicação.

10. Ocorrendo perda ou extravio do Cartão de Identificação de Beneficiário, a **CONTRATANTE** deverá comunicar, por escrito, o fato à **PLENA SAÚDE**, para cancelamento e emissão de segunda via.

11. Esse contrato foi elaborado em conformidade com a legislação vigente, assim, qualquer alteração das normas que implique em necessária modificação do que aqui foi pactuado, poderá ensejar ajuste das condições, inclusive com possíveis reflexos nos preços ajustados.

12. Os beneficiários com mais de 60 (sessenta) anos de idade, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até cinco anos têm privilégio na marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos.

13. A inserção de mensagens no documento de cobrança das mensalidades valerá como comunicação para a CONTRATANTE, para todos os efeitos deste contrato, a partir da data do respectivo pagamento, exceto para efeitos de rescisão contratual, em que a notificação deverá ser específica e com comprovante de recebimento.

14. Para efeito de qualquer tipo de ressarcimento eventualmente devido à CONTRATADA, inclusive decorrente do mau uso do plano, a CONTRATANTE responderá de forma solidária pelas despesas juntamente com o BENEFICIÁRIO.

#### **15. – DO COMBATE AO TRABALHO INFANTIL E AO TRABALHO ESCRAVO**

**15.1.** A CONTRATADA obriga-se a respeitar à legislação em vigor que proíbe o trabalho de adolescentes com menos de 16 (dezesesseis) anos, exceto na condição de aprendizes, a partir de 14 (quatorze) anos, dentro dos princípios da Lei 10.097/00, que regulamenta a condição de aprendizagem.

**15.2.** A CONTRATADA obriga-se ao cumprimento integral da Lei 8.069/90 (Estatuto da Criança e do Adolescente) e suas modificações posteriores, que protege o trabalho do adolescente entre 16 (dezesesseis) e 18 (dezoito) anos e proíbe o trabalho noturno (entre 22 e 05 horas do dia seguinte), perigoso, insalubre ou penoso (conforme na Portaria MTE. nº 88, de 29/04/2009), realizado em locais prejudiciais à formação e ao desenvolvimento físico, psíquico, moral e social e em horários e locais que não permitam a frequência à escola.

**15.3.** A CONTRATADA deve observar constantemente a não utilização de trabalho análogo ao escravo ou trabalho forçado por si, seus subcontratados e por seus parceiros comerciais, sob pena de rescisão deste CONTRATO.

**15.4.** Se a CONTRATADA descumprir qualquer das disposições desta Cláusula, a CONTRATADA ficará sujeita ao ressarcimento de eventuais perdas e danos sofridos pela CONTRATANTE, sem prejuízo da adoção das demais medidas legais cabíveis.

#### **16. – DAS PRÁTICAS ANTICORRUPÇÃO**

##### **Declarações e garantias:**

**16.1.** A CONTRATANTE declara e garante que ela, suas afiliadas e todos os seus colaboradores, membros do conselho e diretores executivos.:

(i) cumpre e, continuará cumprindo, todas as leis aplicáveis com referência às atividades contempladas por este CONTRATO, inclusive, porém sem a isso se limitar, Decreto-Lei nº 2.848/1940, Lei nº 8.429/1992, Lei nº 8.666/1993, Lei nº 9.613/1998, Lei nº 12.529/2011 e Lei nº 12.846/2013;

(ii) não fizeram ou instruíram que fossem feitos quaisquer pagamentos, empréstimos, ou presentes ou promessas ou ofertas de pagamentos, empréstimos ou presentes de qualquer quantia ou qualquer coisa de valor a funcionário público ou terceira pessoa a ele relacionada, de forma a obter, direta ou indiretamente, vantagem indevida;

(iii) não burlaram qualquer controle interno de contabilidade, não falsificaram qualquer livro ou registro contábil e não possuem qualquer fundo ou ativo que não esteja devidamente registrado nos livros e registros contábeis;

(iv) não estiveram ou estão envolvidos em qualquer processo administrativo ou judicial referente a infração às leis mencionadas acima; e

(v) envidarão seus melhores esforços para garantir que qualquer agente, subcontratado ou outro representante contratado cumpra com o disposto neste artigo.

**16.2.** A CONTRATANTE declara e garante que nenhuma parte de sua remuneração, de seu reembolso e/ou outros benefícios, é, foi ou será, direta ou indiretamente, concedida, paga, oferecida, prometida ou garantida:

(i) a qualquer funcionário público ou a qualquer outra pessoa sabendo que todo ou parte do dinheiro ou benefício será oferecido, dado, prometido ou garantido a um funcionário público;

(ii) para fins de (1) influenciar qualquer ato ou decisão do funcionário público em sua capacidade oficial; (2) induzir o funcionário público a fazer ou omitir qualquer ato que viole os seus deveres legais; (3) induzir o funcionário público a fazer uso de sua influência junto a órgão ou entidade pública com objetivo de obter qualquer ato ou decisão; ou (4) influenciar de qualquer forma um funcionário público para assessorar o CONTRATANTE para obter ou conseguir negócios ou qualquer vantagem ou benefício indevido nos negócios (inclusive, porém sem a isso se limitar, vantagens tributárias ou aduaneiras, ou matérias semelhantes, ou até reuniões para ter acesso a funcionários públicos ou tomadores de decisão que não estariam disponíveis de outra forma).

**16.3.** A CONTRATANTE por meio deste declara e garante que: (i) nenhum membro de conselho, diretor ou acionista controlador nem funcionário que está relacionado com as atividades previstas neste CONTRATO é funcionário público ou tem relacionamento pessoal ou de negócios ou de associação com funcionário público que está ou estará em posição de influenciar a obtenção de negócios ou outras vantagens para a CONTRATANTE em qualquer país em que a CONTRATANTE cumprirá o previsto neste CONTRATO.

**16.4.** Para fins deste CONTRATO, o termo “funcionário público” consiste em qualquer agente Público, servidor ou não, da administração direta, indireta ou fundacional de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal, dos Municípios, de Território, de empresa incorporada ao patrimônio Público ou de entidade para cuja criação ou custeio o erário haja concorrido ou concorra com mais de cinquenta por cento do patrimônio ou da receita anual, bem como qualquer dirigente de partido político, seus empregados ou outras pessoas que atuem para ou em nome de um partido político ou candidato a cargo Público.

#### **16.5 – VIOLAÇÃO DAS DECLARAÇÕES E GARANTIAS**

**16.5.1** Se, durante a vigência deste CONTRATO, a CONTRATANTE tiver ciência de que as declarações e garantias previstas na Cláusula acima não são mais fiéis ou verdadeiras, a

CONTRATANTE terá de comunicar à CONTRATADA, por escrito, no prazo máximo de 10 (dez) dias úteis. Ainda que não haja comunicação dentro desse prazo, se a CONTRATANTE vier a tomar conhecimento de tais fatos, poderá a seu exclusivo critério, rescindir o presente CONTRATO, com incidência de multa correspondente a 10% (dez por cento) do valor total do CONTRATO, sem prejuízo das perdas e danos sofridos, mediante notificação endereçada à CONTRATADA. Nesta hipótese, a CONTRATADA fará jus ao pagamento dos SERVIÇOS entregues e devidamente aceitos pela CONTRATADA, descontando-se do valor devido a multa ora estipulada.

**16.5.2 .** A CONTRATANTE comunicará à CONTRATADA, imediatamente, no caso de receber solicitação de terceiro, inclusive funcionário público, ou de qualquer diretor ou colaborador da CONTRATANTE para violar qualquer lei ou regulamento.

**16.5.3 .** A CONTRATANTE se compromete a cooperar e auxiliar a CONTRATADA, e as autoridades investigadoras, na eventualidade de uma investigação oficial que envolva infração às declarações e garantias elencadas na cláusula acima.

16.6. As Partes declaram e garantem ainda, de forma irrevogável e irretroatável, conforme disposto na Lei n. 9.613, de 03/03/1998 (Lei da Lavagem de Dinheiro), que não praticam, diretamente ou através de seus administradores, acionistas, clientes, fornecedores, prepostos, prestadores de serviços, procuradores ou colaboradores, em seu interesse ou benefício, exclusivo ou não, quaisquer atos ou condutas que sejam ou possam ser caracterizados como lavagem ou ocultação de bens, interna ou externamente, assumindo todas as responsabilidades de caráter civil e criminal decorrentes e obrigando-se a indenizar a Parte contrária por eventuais prejuízos por ele suportados em decorrência da inexatidão destas declarações.

### 2.18 – Eleição de Foro

Para solução de qualquer conflito derivado do presente contrato, as partes elegem o Foro de domicílio da **CONTRATANTE**, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

#### TERMINOLOGIAS:

Para esta modalidade contratual, serão 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.

**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 à manutenção do equilíbrio técnico- financeiro do plano e definição de mensalidades a serem cobradas dos beneficiários pela contraprestação.

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

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

**COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT):** aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, relacionados exclusivamente às Doenças ou Lesões Preexistentes - DLP declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal por ocasião da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.

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

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

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

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

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

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

**DOENÇA PROFISSIONAL:** é aquela adquirida em consequência do trabalho.

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

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

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

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

**MENSALIDADE:** contraprestação pecuniária paga pelo contratante à operadora.

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

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

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




**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.

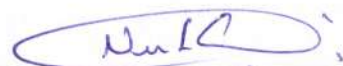
E por entenderem como justo e contratado, firmam o presente contrato, em 02 (duas) vias de igual teor e forma, na presença de 02 (duas) testemunhas de tudo ciente:

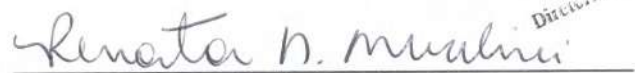
São Paulo, 01 de maio de 2022.

  
Roberto Ranieri  
Diretor ADM  
PLENA SAÚDE LTDA  
CONTRATADA

  
FERNANDO CESAR DONIZELLA PASOLA  
Superintendente  
IPREM - CAIEIRAS  
IPREM CAIEIRAS  
CONTRATANTE

Testemunhas:

  
Nome: Nubia Lenine T. Nulo  
RG: 42.996.931-4  
CPF/MF: 373.621.028-01  
Nubia Lenine  
Coord. Administrativa  
IPREM Caieiras

  
Nome: Renata Roximonte Mucelini  
RG: 32.239.364-4  
CPF/MF: 290.342238-92  
Renata Mucelini  
OAB/SP 368.348  
Diretoria de Benefício

## ADITIVO CONTRATUAL I Mudança de Faixa Etária

partes:

**PLENA SAÚDE LTDA.**, classificada como Operadora de Planos de Saúde no segmento de Medicina de Grupo, devidamente registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS sob nº. 34883-0, estabelecida na Rua Raimundo Pereira de Magalhães, 12.575, 1º andar, Parada de Taipas – CEP. 02989-095, São Paulo/SP, inscrita no CNPJ/MF sob o nº. 00.338.763/0001-47, doravante designada **CONTRATADA**;

**INSTITUTO DE PREVIDENCIA MUNICIPAL DE CAIEIRAS - IPREM CAIEIRAS**, inscrito no CNPJ/MF nº **123.565-0001/08**, com sede à Rua Joao XXIII, 48 – Complemento: EDIF, Bairro: Região Central, Caieiras, CEP 07.700-185, fone: (11) 4445-3809 / (11) 4445-9200; Pessoa Jurídica devidamente qualificada na qualidade de Contratada que faz parte integrante do presente instrumento, neste ato representado por seu responsável legal, Sr. Fernando Cesar Donizette Pacola, portador de cédula de identidade RG nº 23.236.717 /SP, inscrito no Cadastro de Pessoa Física do Ministério da Fazenda CPF/MF nº 199.984.708-38, conforme inscrito em contrato social, doravante designada **CONTRATANTE**.

Neste ato, representados por seus representantes legais, abaixo assinados, RESOLVEM de comum acordo alterar a cláusula contratual conforme disposições a seguir:

1. Conforme prerrogativa da Clausula 2.13, fica acordado que **haverá reajuste por mudança de faixa etária, conforme tabela abaixo**:

Percentual de Reajuste por Mudança de Faixa Etária	
00 a 18	0,00%
Ao completar 19 anos	0,00%
Ao completar 24 anos	11,24%
Ao completar 29 anos	0,00%
Ao completar 35 anos	0,00%
Ao completar 39 anos	0,00%
Ao completar 44 anos	2,02%
Ao completar 49 anos	0,00%
Ao completar 54 anos	0,00%
Ao completar 59 anos	130,57%

2. As demais disposições contratuais permanecem inalteradas.

E para dar validade ao presente, firmam-no em duas vias de igual teor e forma para que surtam os efeitos legais.

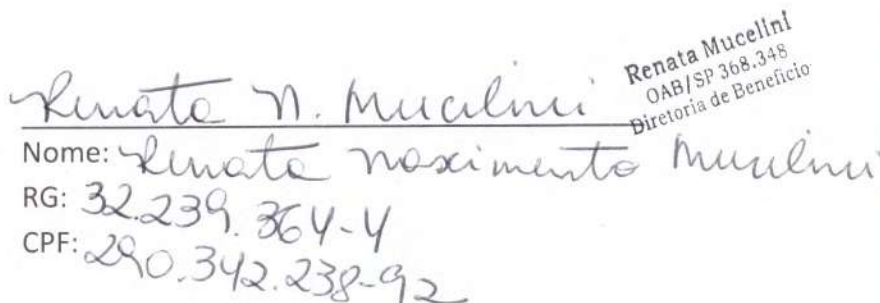
São Paulo, 01 de maio de 2021.

  
Roberto Ranieri  
Diretor ADM  
\_\_\_\_\_  
PLENA SAÚDE LTDA  
CONTRATADA

  
\_\_\_\_\_  
IPREM CAIEIRAS  
CONTRATANTE  
Fernando Cesar Donizete Pacola  
Superintendente  
IPREM - CAIEIRAS

Testemunhas:

  
\_\_\_\_\_  
Nome: Nubia Lenine T. Nube  
RG: 42.996.931-4  
CPF: 373.621.028-01  
Nubia Lenine  
Coord. Administrativa  
IPREM Caieiras

  
\_\_\_\_\_  
Nome: Renata Roximonto Mucellini  
RG: 32.239.364-4  
CPF: 220.342.238-92  
Renata Mucellini  
OAB/SP 368.348  
Diretoria de Benefício

## ADITIVO CONTRATUAL II Tabela Contratual para Inativos

**IA SAÚDE LTDA.**, classificada como Operadora de Planos de Saúde no segmento de Medicina de Grupo, devidamente registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS sob nº. 34883-0, estabelecida na Raimundo Pereira de Magalhães, 12.575, 1º andar, Jardim Marilu – CEP. 02989-095, São Paulo/SP, inscrita no CNPJ/MF sob o nº. 00.338.763/0001-47, doravante designada **CONTRATADA**;

**MUNICÍPIO DE CAIEIRAS - IPREM CAIEIRAS**, inscrito no CNPJ/MF nº **23.565-0001/08**, com sede à Rua Joao XXIII, 48 – Complemento: EDIF, Bairro: Região Central, Caieiras, CEP 07.700-185, fone: (11) 4445-3809 / (11) 4445-9200; Pessoa Jurídica devidamente qualificada na modalidade de Contratação que faz parte integrante do presente instrumento, neste ato representado por seu representante legal, Sr. Fernando Cesar Donizette Pacola, portador de cédula de identidade RG nº 23.236.717 SP, inscrito no Cadastro de Pessoa Física do Ministério da Fazenda CPF/MF nº 199.984.708-38, conforme previsto no contrato social, doravante designada **CONTRATANTE**.

Este ato, representados por seus representantes legais, abaixo assinados, RESOLVEM de comum acordo atualizar **TABELA CONTRATUAL POR FAIXA ETÁRIA** para os funcionários que fizerem parte do plano de saúde de vocês: demitidos sem justa causa, exonerados e aposentados.

### 1 – DOS DIREITOS ASSEGURADOS AOS DEMITIDOS E APOSENTADOS

#### 1.1 – DO DEMITIDO

A **CONTRATADA** assegura ao **BENEFICIÁRIO TITULAR** que **CONTRIBUIR PARA O PLANO** contratado, decorrente de seu vínculo empregatício ou estatutário com a **CONTRATANTE**, no caso de rescisão ou extinção do trabalho, sem justa causa, o direito de manter sua condição de **BENEFICIÁRIO TITULAR** e dos **BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES** a ele já vinculados no plano, nas mesmas condições de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma também o pagamento da parcela anteriormente de responsabilidade da **CONTRATANTE**.

#### 1.2 – DO APOSENTADO

A **CONTRATADA** assegura ao **BENEFICIÁRIO TITULAR** que se aposentar, e que **TIVER CONTRIBUÍDO PARA O PLANO CONTRATADO**, decorrente de vínculo empregatício ou estatutário, pelo prazo mínimo de **dez anos**, o direito de manutenção como **BENEFICIÁRIO TITULAR** e dos **BENEFICIÁRIOS**

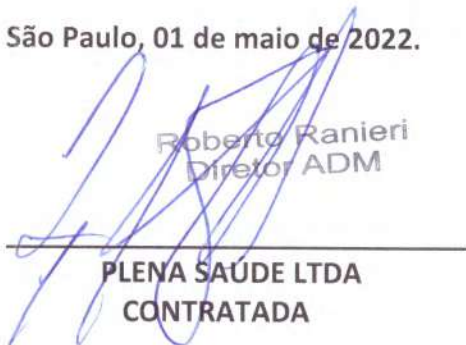
DEPENDENTES a ele vinculados, as mesmas condições de cobertura assistencial que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma também o pagamento da parcela anteriormente de responsabilidade da CONTRATANTE.

Faixa Etária	Medicina – CONFORT 400 PJ ENF
00 a 18 anos	R\$ 117,27
19 a 23 anos	R\$ 114,27
24 a 28 anos	R\$ 127,11
29 a 34 anos	R\$ 127,11
35 a 38 anos	R\$ 127,11
39 a 43 anos	R\$ 127,11
44 a 48 anos	R\$ 129,68
49 a 53 anos	R\$ 129,68
54 a 58 anos	R\$ 129,68
59 anos ou +	R\$299,00

1. Referidos valores poderão ser reajustados anualmente.
2. As demais disposições contratuais permanecem inalteradas.

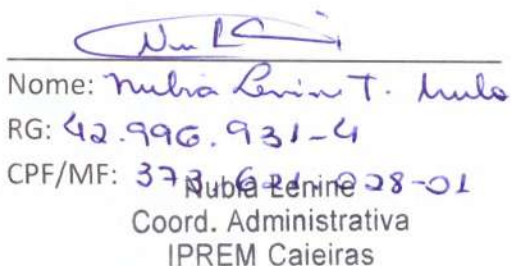
E para dar validade ao presente, firmam-no em duas vias de igual teor e forma para que surtam os efeitos legais.

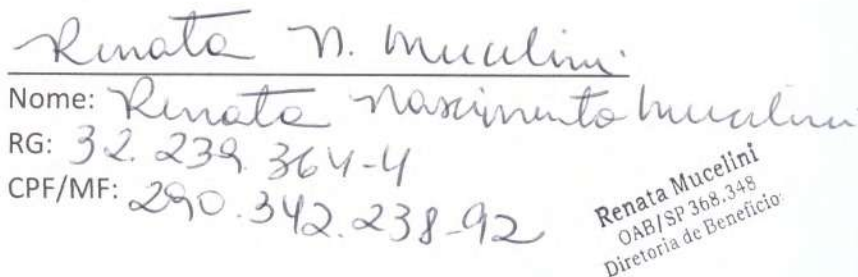
São Paulo, 01 de maio de 2022.

  
Roberto Ranieri  
Diretor ADM  
PLENA SAÚDE LTDA  
CONTRATADA

  
Fernando Cesar Donizette Pacola  
Superintendente  
IPREM - CAIEIRAS  
IPREM CAIEIRAS  
CONTRATANTE

Testemunhas:

  
Nome: Nubia Benini T. Nulo  
RG: 42.996.931-4  
CPF/MF: 373.246.228-01  
Nubia Benini  
Coord. Administrativa  
IPREM Caieiras

  
Nome: Renata Nascimento Mucelini  
RG: 32.238.364-4  
CPF/MF: 290.342.238-92  
Renata Mucelini  
OAB/SP 368.348  
Diretoria de Benefício

### ADITIVO CONTRATUAL III Redução de Carências

tes:

**SAÚDE LTDA.**, classificada como Operadora de Planos de Saúde no segmento de Medicina de Grupo, devidamente registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS sob nº. 34883-0, estabelecida na Avenida Imundo Pereira de Magalhães, 12.575, 1º andar, Jardim Marilu – CEP. 02989-095, São Paulo/SP, inscrita no CNPJ/MF sob o nº. 00.338.763/0001-47, doravante designada **CONTRATADA**;

**MUNICÍPIO DE PREVIDENCIA MUNICIPAL DE CAIEIRAS - IPREM CAIEIRAS**, inscrito no CNPJ/MF nº 06.565-0001/08, com sede à Rua Joao XXIII, 48 – Complemento: EDIF, Bairro: Região Central, Caieiras, SP nº 07.700-185, fone: (11) 4445-3809 / (11) 4445-9200; Pessoa Jurídica devidamente qualificada na qualidade de Contratada que faz parte integrante do presente instrumento, neste ato representado por seu representante legal, Sr. Fernando Cesar Donizette Pacola, portador de cédula de identidade RG nº 23.236.717, inscrito no Cadastro de Pessoa Física do Ministério da Fazenda CPF/MF nº 199.984.708-38, conforme previsto em contrato social, doravante designada **CONTRATANTE**.

#### - Períodos de Carência

Os beneficiários titulares e/ou seus respectivos dependentes que optarem pela adesão ao plano de saúde até 120 (cento e vinte) dias de sua efetiva vinculação a empresa, estarão isentos dos períodos de carência;

As inscrições de beneficiários titulares e/ou seus respectivos dependentes, em prazo **SUPERIOR** a 120 (cento e vinte) dias da admissão na empresa estarão sujeitos ao período de carência descrita no quadro

Grupo carência	Aquisição do Direito de Uso	Procedimento/ Eventos Médicos e/ou Hospitalares Cobertos
0	24 horas	<u>ACIDENTE PESSOAL URGÊNCIA E EMERGÊNCIA:</u> Atendimentos em pronto-socorros gerais ou especializados, nos casos de emergência ou de urgência, quando resultante de acidente pessoal ou de complicações no processo gestacional;
1	24 horas	<u>CONSULTAS MEDICAS ELETIVAS:</u> em todas as especialidades, <u>exceto</u> avaliação e terapia (sessões) com psicologia, fonoaudióloga, nutricionista e medicina ocupacional;
2	24 horas	<u>EXAMES E PROCEDIMENTOS SIMPLES:</u> audiometria, impedanciometria, papanicolau, raio-x simples, mapeamento de retina, eletrocardiograma, análises clínicas (exames laboratoriais) <u>exceto</u> genética e exames laboratoriais de alta complexidade;
3	90 dias.	<u>EXAMES E PROCEDIMENTOS INTERMEDIARIOS:</u> Anátomo patológico, biópsia, colposcopia, vulvosscopia, ultrason simples, laringoscopia, endoscopia digestiva, retossigmoidoscopia, cistoscopia ambulatorial, laringoscopia, eletroencefalograma em vigília e foto, teste ergométrico, ecocardiograma, mapa, holter, mamografia;
4	120 dias	<u>EXAMES E PROCEDIMENTOS ESPECIAIS E ALTO CUSTO:</u> Testes alérgicos, broncoscopia, prova de função pulmonar, eletroencefalograma em sono, colonoscopia, densitometria óssea, radiografia c/ contraste (EED, Histerossalpingografia, Urografia excretora, Enema Opaco, etc.), Mielograma, líquido, ultrasson c/ Doppler, exames cardiológicos com Doppler, procedimentos ambulatoriais oftalmológicos, dermatológicos, otorrinolaringológicos, ginecológicos e urológicos (cauterizações, excisão e sutura, etc), fisioterapia, acupuntura, histeroscopia diagnóstica, laparoscopia diagnóstica, sessões c/ psicologia, fonoaudióloga, nutricionista, medicina ocupacional;
5	120 dias	<u>EXAMES E PROCEDIMENTOS DE ALTO CUSTO:</u> exames laboratoriais de genética, tomografia computadorizada, ressonância magnética, medicina nuclear (cintilografia); arteriografia, angiografia, quimioterapia, radioterapia, litotripsia, hemodiálises, diálises, cirurgias ambulatoriais porte 0 e 1;
6	180 dias	<u>INTERNAÇÕES CLINICAS, CIRURGICAS E INTERNAÇÕES PSIQUIATRICAS</u> : em qualquer CID coberto pelo presente contrato;
7	300 dias	<u>PARTO E TERMO</u>

1.3. As novas adesões estarão sujeitas ao preenchimento de Formulário de Declaração de Saúde acompanhado da Carta de Orientação ao Beneficiário e guia de leitura contratual poderá solicitar um médico para orientá-lo, e às opções de Cobertura para Doenças e Lesões Pré-existentes.

1.4. As demais disposições contratuais permanecem inalteradas.

E para dar validade ao presente, firmam-no em duas vias de igual teor e forma na presença de duas testemunhas para que surtam os efeitos legais.

São Paulo, 01 de maio de 2022.

Roberto Ranieri  
Diretor ADM

PLENA SAÚDE LTDA  
CONTRATADA

Fernando Cesar Donizette Pacola  
Superintendente  
IPREM - CAIEIRAS

IPREM CAIEIRAS  
CONTRATANTE

Testemunhas:

*Nubia Lenine T. Nubo.*

Nome: Nubia Lenine T. Nubo.

RG: 42.996.931-4

CPF/MF: 373.621.028-01

Nubia Lenine  
Coord. Administrativa  
IPREM Caieiras

*Renata N. Mucelini*

Nome: Renate Nascimento Mucelini

RG: 32.239.364-4

CPF/MF: 290.342.238-92

Renata Mucelini  
OAB/SP 368.348  
Diretoria de Benefício