



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

**CONTRATAÇÃO:
INDIVIDUAL/FAMILIAR**

**SEGMENTAÇÃO:
AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA**

**NÚMERO DO REGISTRO DA OPERADORA
NA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR**

ANS - 34883-0

NÚMERO DO REGISTRO DE PRODUTO NA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS		
PLANO	Nº REGISTRO	ACOMODAÇÃO
PLENA SAÚDE PF STANDARD	483.741/19-0	ENFERMARIA QUARTO COLETIVO

ÍNDICE

QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA	3
QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE	3
NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS	3
TIPO DE CONTRATAÇÃO	3
SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL	3
ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA	3
ÁREA DE ATUAÇÃO	4
PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO	4
FORMAÇÃO DE PREÇO	4
ATRIBUTOS DO CONTRATO	4
CONDIÇÕES DE ADMISSÃO	5
COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS	6
EXCLUSÕES DE COBERTURA	13
DURAÇÃO DO CONTRATO	15
PERÍODOS DE CARÊNCIA	15
DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES	16
ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	18
ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES	21
MECANISMOS DE REGULAÇÃO	21
FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE	23
REAJUSTE	25
FAIXAS ETÁRIAS	25
CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO	26
RESCISÃO/SUSPENSÃO	27
DISPOSIÇÕES GERAIS	28
ELEIÇÃO DE FORO	30

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, ESTABELECIDADA 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

E DE OUTROLADO COMO **CONTRATANTE** A PESSOA FÍSICA, MAIOR, CAPAZ, IDENTIFICADA E DEVIDAMENTE QUALIFICADA NA PROPOSTA DE ADMISSÃO (NOME, FILIAÇÃO, DATA DE NASCIMENTO, INSCRIÇÃO NO CNPJ/MF E CÉDULA DE IDENTIDADE – RG E ÓRGÃO EXPEDIDOR, DATA DE EXPEDIÇÃO, OCUPAÇÃO PRINCIPAL), RESIDENTE E DOMICILIADO À (RUA, AVENIDA, Nº, BAIRRO, UF, CEP, TELEFONE/FAX/CELULAR), ANEXO AO PRESENTE INSTRUMENTO E DELE PARTE INTEGRANTE.

▶ 1.3 – NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

Nome do Plano	Registro nº
PLENA PF STANDARD	483.741/19-0

▶ 1.4 – TIPO DE CONTRATAÇÃO

O PRESENTE CONTRATO SE CARACTERIZA PELA CONTRATAÇÃO INDIVIDUAL/FAMILIAR, SENDO AQUELA QUE OFERECE COBERTURA DA ATENÇÃO PRESTADA PARA A LIVRE ADESÃO DE BENEFICIÁRIOS, PESSOAS NATURAIS, COM OU SEM GRUPO FAMILIAR.

▶ 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. OS MUNICÍPIOS SÃO: OSASCO, BARUERI, CAIEIRAS, CAJAMAR, EMBU DAS ARTES, FERRAZ DE VASCONCELOS, FRANCISCO MORATO, FRANCO DA ROCHA, GUARULHOS, ITAPECERICA DA SERRA, SANTANA DE PARNAÍBA, SÃO PAULO, ITAQUAQUECETUBA E MOGI DAS CRUZES.

▶ **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**

QUANTO À FORMAÇÃO DO PREÇO, O PRESENTE CONTRATO CARACTERIZA-SE COMO 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 COBERTURA 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 todos os fins do presente contrato, o CONTRATANTE pode ou não ser o BENEFICIÁRIO TITULAR.

2. 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 18 anos completos, não emancipados;
- d)** os (as) filhos (as) solteiros (as) ou enteados (as) estudantes universitários até 24 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).

3. A inclusão do BENEFICIÁRIO TITULAR e de seu (s) respectivo(s) dependente(s) no ato da contratação ou no decorrer deste contrato, somente será processada mediante preenchimento da Proposta de Adesão, que será acompanhada das informações cadastrais dos titulares e dependentes, documentos comprobatórios de dependência e da Declaração de Saúde de cada um dos BENEFICIÁRIOS, nos termos dos quesitos apresentados pela CONTRATADA.

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

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

6. O CONTRATANTE assume inteira responsabilidade pela veracidade das informações prestadas à CONTRATADA, inclusive no que se refere aos dados constantes na Proposta de Adesão, sobretudo no que diz respeito aos beneficiários dependentes a serem incluídos.

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

8. A inscrição e a permanência dos Beneficiários Dependentes, no presente contrato, dependerão da inscrição e permanência do respectivo Beneficiário Titular, ou seja, não poderá ser inscrito Beneficiário Dependente sem que esteja inscrito o respectivo Beneficiário Titular.

8.1. A exclusão do BENEFICIÁRIO TITULAR não extingue o contrato, sendo assegurado aos Beneficiários Dependentes já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, com a assunção das obrigações decorrentes, salvo nas hipóteses de rescisão unilateral do contrato por fraude ou não pagamento da

mensalidade.

9. É assegurada a inclusão:

9.1. 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.

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

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

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

10. Caso o Beneficiário venha a contrair matrimônio durante a vigência deste contrato, poderá incluir o cônjuge no plano como Beneficiário Dependente e o cônjuge deverá cumprir integralmente as carências estipuladas na Cláusula “Carências”.

11. A CONTRATADA fornecerá aos Beneficiários os seguintes documentos:

11.1. Ao Beneficiário Titular: Manual de Orientação para Contratação de Plano de Saúde – MPS, antes da assinatura do Contrato de Assistência à Saúde; Termo de Adesão à Contrato de Assistência à Saúde, Carta de Orientação ao Beneficiário; Declaração de Saúde; Cartão de Identificação do Beneficiário; Guia de Leitura Contratual – GLC e o Guia Médico, constando relação de profissionais contratados, com indicação de suas especialidades, endereços de seus consultórios, hospitais e prestadores de serviços ambulatoriais, de diagnóstico e terapia próprios ou credenciados, dos quais poderão fazer uso os Beneficiários.

11.2. Aos Beneficiários Dependentes: Termo de Adesão à Contrato de Assistência à Saúde; Carta de Orientação ao Beneficiário; Declaração de Saúde e Cartão de Identificação do Beneficiário.

► **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;

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, ambulatórios, 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;

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;

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 ambulatórios próprios ou credenciados da CONTRATADA, dentro de sua área de abrangência, conforme constante do Guia Médico que faz parte integrante deste contrato.

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, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade;

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 cirúrgicos 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 buco-maxilo-faciais 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 cobertura de 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 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;
- 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.

1.1. 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. ESTE CONTRATO TERÁ INÍCIO DE VIGÊNCIA NA DATA DE SUA ASSINATURA, DA PROPOSTA DE ADESÃO OU NA DATA DE PAGAMENTO DA MENSALIDADE INICIAL, O QUE OCORRER PRIMEIRO, INCLUSIVE PARA FINS DOS REAJUSTES ANUAIS AUTORIZADOS PELA ANS.

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. 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 SERVIÇOS PREVISTOS NESTE CONTRATO SERÃO PRESTADOS AOS BENEFICIÁRIOS REGULARMENTE INSCRITOS E APÓS O CUMPRIMENTO DOS PRAZOS DE CARÊNCIA, CONTADOS A PARTIR DA DATA DE INCLUSÃO DE CADA BENEFICIÁRIO NO PLANO.

2. OS PERÍODOS DE CARÊNCIA QUE DEVERÃO SER OBSERVADOS PELOS BENEFICIÁRIOS SÃO OS SEGUINTE:

a) 24 (vinte e quatro) horas: para atendimentos de urgência definidos como

acidentes pessoais e complicações no processo gestacional, ou emergências definidas como implicação em risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o Beneficiário, devidamente comprovado em declaração do médico assistente, inclusive as emergências psiquiátricas.

b) 300 (trezentos) dias: para partos a termo.

c) 180 (cento e oitenta) dias: para demais procedimentos.

► 2.7 - DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

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

2. 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.

2.1. 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.

2.2. 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.

3. 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.

4. 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.

5. 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.

5.1. 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.

6. 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.

7. *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.*

8. 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.

9. 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.

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

10.1. 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.

11. 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.

11.1. 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.

11.2. Caso o Beneficiário não concorde com a alegação, a PLENASAÚDE, 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.

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

13. 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.

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

15. Se solicitado pela ANS, o BENEFICIÁRIO deverá remeter documentação

necessária para instrução do processo.

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

17. 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 – 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 do 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. Há 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 – REEMBOLSO EM CASO 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 – Remoção

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

I - para outra unidade de atendimento da rede do plano, 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 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;

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 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, o CONTRATANTE e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da **continuidade** da assistência, desobrigando-se, assim, a CONTRATADA desse ônus.

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 prazo de validade e 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 do 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, o 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) para 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 no Guia Médico.

2. Será entregue ao BENEFICIÁRIO TITULAR o Guia Médico orientando e informando a relação de seus prestadores de serviços, médicos contratados, laboratórios, hospitais e clínicas que, igualmente, poderá ser consultada por meio de acesso ao sítio da CONTRATADA na Internet: www.plenasaude.com.br.

3. As atualizações do Guia Médico estarão disponíveis ao beneficiário na sede da CONTRATADA, através do serviço de atendimento e no portal da CONTRATADA www.plenasaude.com.br.

4. As consultas deverão ser realizadas em consultórios de profissionais escolhidos pelo beneficiário, constante do Guia Médico.

5. 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.

6. 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.

7. 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 do CONTRATANTE.

7.1. 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.

7.2. 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.

8. Todo atendimento a ser prestado em decorrência do presente contrato depende de autorização prévia da PLENA SAÚDE, salvo consultas em pronto socorro ou pronto atendimento, que não requerem prévia autorização.

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

9.1. Quando da necessidade de avaliação prévia do consumidor pela auditoria da CONTRATADA, será garantido o atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de 1 (um) dia útil a partir do momento da solicitação, ou em prazo inferior quando caracterizada a urgência.

10. 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 ou odontológica, cuja opinião clínica decidirá a divergência técnico-assistencial.

11. 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. A formação do preço do presente contrato é pré-estabelecido.

2. A CONTRATADA encaminhará mensalmente ao endereço indicado pelo

CONTRATANTE na Proposta de Adesão o boleto para pagamento, com vencimento para o dia do mês estipulado também no referido documento.

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

2.2. Se o CONTRATANTE não receber documento que a possibilite realizar o pagamento de sua obrigação, até cinco dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente à CONTRATADA para que não se sujeite às consequências de juros de mora e multa.

2.3. O CONTRATANTE poderá solicitar o envio do boleto para seu e-mail pessoal através do SAC da PLENA SAÚDE, ou acessando o site www.plenasaude.com.br.

3. O CONTRATANTE se responsabilizará, por si e por seus dependentes, pelo pagamento à CONTRATADA da importância mensal obtida pela soma dos valores das mensalidades e demais despesas, conforme a quantidade de beneficiários (titulares e dependentes) inscritos no plano.

4. Os valores das mensalidades serão cobrados de acordo com a faixa etária em que cada beneficiário (titular e dependente) esteja incluído, conforme estipulado na Proposta de Adesão.

4.1. Fica vedada a distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles a este já vinculados no presente instrumento.

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. O atraso no pagamento da mensalidade por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, e desde que o CONTRATANTE seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência, implicará, sempre, na suspensão total dos atendimentos até a efetiva liquidação do débito, nos termos do artigo anterior, e sem prejuízo do direito da CONTRATADA rescindir de forma unilateral o contrato e proceder a sua cobrança judicial ou extrajudicialmente.

3. O 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.

4. 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 30 (trinta) dias.

5. O CONTRATANTE reconhece como dívida líquida e certa em favor da CONTRATADA, quaisquer despesas decorrentes de atendimento prestado aos Beneficiários, depois de cessadas as responsabilidades da CONTRATADA, 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.

6. A CONTRATADA se reserva o direito de incluir o nome do 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. Os valores de remuneração 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, valor e a carga tributária que hoje recai sobre as operadoras, sendo que qualquer alteração desses itens poderá ensejar a repactuação dos valores devidos, com a pertinente anuência da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

2. Nos termos da legislação vigente, o valor das mensalidades será reajustado anualmente conforme índice autorizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

3. Na hipótese da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS deixar de estabelecer o índice de reajuste para planos individuais, o presente contrato será reajustado pelo índice IGPM (Índice Geral de Preços do Mercado), da FGV - (Fundação Getúlio Vargas) acumulado nos últimos 12 (doze) meses.

4. Fica estabelecido que os valores relativos às mensalidades de cada beneficiário (titulares e dependentes) serão reajustados na data de aniversário de vigência do presente contrato, independentemente da data de inclusão dos beneficiários no plano, e que as variações do valor da mensalidade em razão de mudança de faixa etária não serão consideradas reajuste do contrato.

▶ **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 e o percentual de reajuste 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;	0,00%
3º	Ao completar 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos;	40,40%
4º	Ao completar 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos;	0,00%
5º	Ao completar 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos;	43,17%
6º	Ao completar 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos;	0,00%
7º	Ao completar 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos;	50,25%
8º	Ao completar 49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos;	0,00%
9º	Ao completar 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos;	33,44%
10º	Ao completar 59 (cinquenta e nove) anos ou mais.	0,00%

3. A variação do valor da mensalidade em decorrência da mudança da faixa etária corresponderá aos percentuais indicados, 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 – CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO**

1. O BENEFICIÁRIO será excluído do contrato, mediante prévia comunicação, quando:

a) infrações com o objetivo de obter vantagens ilícitas;

b) conduta agressiva aos prestadores de serviço mediante registro de boletim de ocorrência;

1.1. A exclusão do beneficiário titular não extingue o contrato, sendo assegurado a transferência da titularidade para o 1º dependente indicado/inscrito na ficha de adesão/cadastral, caso não haja manifestação em contrário dentro do prazo de 30 dias a contar da extinção do vínculo do (a) titular.

1.2. O disposto no parágrafo anterior não se aplica às hipóteses de rescisão unilateral do contrato por fraude ou não pagamento da mensalidade.

2. O BENEFICIÁRIO DEPENDENTE será excluído do plano, além das situações previstas no artigo anterior, nas seguintes situações:

a) Pela perda da condição de dependência na forma prevista pelo presente contrato;

b) Por solicitação do beneficiário titular;

c) No caso de omissão de doença ou lesão preexistente na oportunidade da Declaração de Saúde, depois de devidamente comprovada pela CONTRATADA junto a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, no respectivo processo administrativo.

2.1. Quando da perda da qualidade de BENEFICIÁRIO DEPENDENTE, o CONTRATANTE deverá recolher o Cartão de Identificação para inabilitá-lo aos atendimentos contratados.

3. 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) O 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;

d) O plano de destino não esteja com registro em situação “ativo com comercialização suspensa” ou “cancelado” junto a ANS.

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

3.2. 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.

3.3. 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.

▶ 2.15 – RESCISÃO/SUSPENSÃO

1. SERÁ CONSIDERADO RESCINDIDO ESTE CONTRATO, SEM O DIREITO DE PERMANÊNCIA DOS BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES, SE HOUVER ATRASO NO PAGAMENTO DA CONTRAPRESTAÇÃO POR PERÍODO SUPERIOR A 60 (SESSENTA) DIAS CONSECUTIVOS OU NÃO, NOS ÚLTIMOS 12 (DOZE) MESES DE VIGÊNCIA, DESDE QUE A CONTRATADA NOTIFIQUE O CONTRATANTE INADIMLENTE ATÉ O QUINQUAGÉSIMO DIA E SEM PREJUÍZO DO DIREITO DE SE REQUERER JUDICIALMENTE A QUITAÇÃO DO

DÉBITO COM SUAS CONSEQUÊNCIAS MORATÓRIAS.

2. Será ainda considerado rescindido o presente contrato, sem o direito de permanência dos beneficiários dependentes, nos casos de fraude comprovadamente cometida pelo CONTRATANTE, tais como:

I - Utilização indevida do cartão individual de identificação, ou seja, quando o CONTRATANTE, agindo comprovadamente com culpa ou dolo, autorizar terceiro a utilizar seu cartão para realização de quaisquer procedimentos;

II - Omissão de doença ou lesão preexistente na oportunidade da Declaração de Saúde, depois de devidamente comprovada pela CONTRATADA junto a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, no respectivo processo administrativo.

3. O CONTRATANTE poderá, imotivadamente, denunciar unilateralmente o presente contrato, após o término do prazo mínimo de vigência (12 primeiros meses), mediante notificação escrita acompanhado da carteirinha de identificação, endereçada à CONTRATADA, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

3.1. A falta de comunicação, nos termos deste artigo, implica na subsistência das obrigações assumidas;

3.2. Antes dos primeiros doze meses de vigência é facultado ao CONTRATANTE denunciar unilateralmente o presente contrato, mediante notificação escrita acompanhado da carteirinha de identificação, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, se sujeitando ao pagamento de multa pecuniária equivalente a 10% (dez por cento) do valor de cada mensalidade que seria devida até o término do período mínimo de vigência.

3.3. No caso de exclusão do BENEFICIÁRIO TITULAR por solicitação deste, será assegurado aos dependentes inscritos a manutenção deste contrato, nas mesmas condições contratadas, após a devida assunção das obrigações decorrentes.

4. Em caso de desistência da contratação deste plano de saúde por parte do CONTRATANTE, em até 07 (sete) dias após a assinatura da Adesão, a CONTRATADA devolverá apenas o valor correspondente a mensalidade do plano de saúde ao CONTRATANTE, desde que não tenha sido utilizado nenhum serviço.

5. É vedada a suspensão ou rescisão unilateral do contrato, em qualquer hipótese, durante a ocorrência de internação do BENEFICIÁRIO TITULAR.

6. A responsabilidade da CONTRATADA sobre os atendimentos iniciados durante a vigência do contrato cessa na data da rescisão formal do mesmo, correndo as despesas, a partir daí, por conta do CONTRATANTE.

7. Rescindindo o presente contrato, o CONTRATANTE se obriga a devolver o cartão de identificação emitido em seu favor e/ou em favor de seus beneficiários dependentes.

8. 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, à partir desta data, por conta do CONTRATANTE.

► 2.16 – 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. O 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 o 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. O CONTRATANTE, por si e por seus dependentes, 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 do CONTRATANTE - BENEFICIÁRIO 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, o 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. São documentos integrantes do presente contrato todos aqueles entregues ao Beneficiário que tratem de assuntos pertinentes ao plano de saúde, inclusive: Adesão ao Plano de Assistência à Saúde; Termo de Inclusão de Beneficiários; Declaração de Oferecimento do Plano Referência; Carta de Orientação ao Beneficiário; Declaração de Saúde; Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde – MPS; Guia de Leitura Contratual – GLC; Guia Médico, etc.

13. 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.

14. A inserção de mensagens no documento de cobrança das mensalidades valerá como comunicação para o 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.

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

► 2.17 – ELEIÇÃO DE FORO

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

TERMINOLOGIAS

São adotadas as seguintes definições:

ACIDENTE PESSOAL: é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só, e independentemente de toda e qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico.

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

AGRAVO DA CONTRAPRESTAÇÃO: qualquer acréscimo no valor da contraprestação

paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carência contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.

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

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

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

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

CARÊNCIA: período corrido e ininterrupto, contado a partir da data de início da vigência do contrato, durante o qual o contratante paga as 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 PREEEXISTENTE: 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.

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, XX de XXXXXX de 20XX.

**PLENA SAÚDE LTDA
CONTRATADA**

**EMPRESA PESSOA JURIDICA
CONTRATANTE**

Testemunhas:

Nome:
RG:
CPF/MF

Nome:
RG:
CPF/MF:

