

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE OFERTA DE PLANO DE SAÚDE

Contrato de Prestação de Serviços de oferta de Plano Privado de Assistência à Saúde que estabelecem entre si, de um lado, como **CONTRATANTE**,

Razão Social: CAMARA MUNICIPAL

Nome Fantasia, se houver: CAMARA MUNICIPAL DE BOM JARDIM DE MINAS

CNPJ: 01.791.570/0001-00

Inscrição Estadual: _____

Representante Legal: PEDRO VANDERLI DE REZENDE

CPF: _____

Endereço: RUA LIBERDADE

Nº 270

Complemento: _____

Bairro: CENTRO

Município: BOM JARDIM DE MINAS

UF: MG

CEP: 36.310-000

Tel.: (32) 3292-1421

Fax () _____

Contato: ANDRE LUCAS

E-mail: contabilidade@bomjardimdeminas.mg.leg.br

e, de outro, como **CONTRATADA** Razão Social: **SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE JUIZ DE FORA**, doravante denominada: **PLASC**, CNPJ: 21.575.709/0001-95, Registro da Operadora na ANS: 34.280-7, Classificação da Operadora na ANS: Filantropia, com estabelecimento na Avenida Barão do Rio Branco, nº 3.353, Bairro Passos, em Juiz de Fora, Minas Gerais, CEP 36.021-630, têm entre si, justos e Contratos, conforme características gerais a seguir transcritas e cláusulas e condições deste instrumento.

essencial apartamento 30%

CARACTERÍSTICAS GERAIS

Nome Comercial: **MULTIPLASC XX – 30%**

Nº de Registro do Plano na ANS: 701.774/99-0

Vínculo: Ativos e Inativos

Tipo de Contratação: **Coletivo Empresarial**

Segmentação Assistencial do Plano de Saúde: **Ambulatorial e Hospitalar com Obstetria**

Fator moderador: **Coparticipação**

Área Geográfica de Abrangência do Plano de Saúde: Grupo de Municípios

Área de Atuação do Plano de Saúde: Municípios de Juiz de Fora e Matias Barbosa, do estado de Minas Gerais

Padrão de Acomodação em Internação: **Individual**

Formação do Preço: **Pré-estabelecido**

Serviços e Coberturas Adicionais: Atendimento de Urgência e Emergência em todo o território nacional pelas equipes de plantão dos hospitais e prontos-socorros vinculados ao Sistema ABRAMGE, que podem ser consultados no portal da ABRAMGE na internet: www.abramge.com.br ou pelo telefone 08007227511

CLÁUSULA PRIMEIRA – ATRIBUTOS DO CONTRATO

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

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

CLÁUSULA SEGUNDA – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

2.1 Poderão se inscrever no Plano, nas seguintes categorias:

2.1.1 Na Qualidade de **Usuário Titular** (respeitado o disposto no art. 5º da RN nº 195/09 da ANS e suas alterações):

- a) Pessoas naturais que mantiverem vínculo empregatício ou estatutário com a **CONTRATANTE**;
- b) Sócios, administradores, agentes políticos, trabalhadores temporários, estagiários e menores aprendizes da **CONTRATANTE**.

2.1.2 Na Qualidade de **Usuários Dependentes**: pessoas naturais com grau de parentesco ou afinidade e dependência econômica em relação ao **Usuário Titular**:

- a) O cônjuge;
- b) O ex-cônjuge, por determinação judicial;
- c) O companheiro, havendo união estável, na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial;
- d) Os filhos, adotivos ou não, e enteados, solteiros e menores de 18 anos ou de 24 anos, se universitários;
- e) O menor que, por determinação judicial, se ache sob a guarda e responsabilidade do **Usuário Titular** ou sob sua tutela;
- f) Os filhos de qualquer idade comprovadamente inválidos.

2.2 A adesão dos **Usuários Dependentes** fica condicionada à participação do **Titular**.

2.3 Os **Usuários Dependentes** obrigatoriamente estarão incluídos no mesmo Plano ao qual pertence o **Usuário Titular**.



2.4 O PLASC poderá, a qualquer tempo, exigir a exibição de documentos que comprovem as condições de admissão dos Usuários, incluindo comprovação da regularidade de inscrição do titular e do vínculo de dependência dos Usuários.

2.5 A CONTRATANTE deverá enviar ao PLASC, na data de assinatura do Contrato, cadastro de todos os Usuários titulares e dependentes inscritos no Plano que serão incluídos no Plano mediante preenchimento e assinatura da Proposta de Adesão pelo Usuário Titular.

2.6 Após entrega regular da Proposta de Adesão, pela CONTRATANTE ao PLASC, os Usuários serão inscritos no Plano, passando a ser detentores dos direitos e obrigações previstos neste Contrato.

2.7 As exclusões de Usuários serão processadas mediante solicitação escrita da CONTRATANTE, encaminhada ao PLASC até 15 (quinze) dias do faturamento mensal da CONTRATANTE. A inclusão poderá ser feita a qualquer momento, mediante solicitação escrita da CONTRATANTE.

2.8 A movimentação cadastral de Usuários relativa às inclusões informadas pela CONTRATANTE será processada até o sétimo dia subsequente ao recebimento da relação de Usuários pelo PLASC, sendo que a movimentação cadastral relativa às exclusões será realizada no mesmo dia em que ocorrer o fato.

2.9 A inclusão de novos Dependentes será processada mediante aditivo à Proposta de Adesão assinado previamente pelo Usuário Titular.

2.10 O número mínimo de Usuários para manutenção deste contrato será 03 (três).

2.11 Caso as exclusões de Usuários titulares e/ou dependentes, independente de motivo, reduza a massa de Usuários do plano a menos que o mínimo exigido, ou ainda, o número de inclusões não atinja o mínimo exigido, no período de 02 (dois) meses observar-se-á o disposto na Cláusula de Rescisão deste instrumento.

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

2.13 É assegurada a inclusão:

- a) do recém-nascido, filho natural ou adotivo do Usuário, isento do cumprimento dos períodos de carência já cumpridos pelo Usuário e não cabendo qualquer alegação de doença ou lesão preexistente, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o nascimento ou adoção;**
- b) do filho adotivo, menor de 12 (doze) anos, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo Usuário Titular adotante e não cabendo qualquer alegação de doença ou lesão pré-existente, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a adoção.**

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

2.14 Ultrapassado o prazo previsto no item antecedente, será obrigatório o cumprimento integral dos respectivos períodos de carência e exigência de Cobertura Parcial Temporária, nos casos de Doenças e Lesões Pré-existentes.



CLÁUSULA TERCEIRA – COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

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

3.2 A cobertura ambulatorial compreende:

- a) Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas), inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM;
- b) Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, ou cirurgião-dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento para o segmento ambulatorial;
- c) Medicamentos registrados/regularizados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, exclusivamente quando administrados em unidade de saúde e solicitados pelo médico assistente;
- d) Consulta e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo, solicitadas pelo médico assistente, limitados ao número de sessões estabelecidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigente à época do evento, observando os critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS em vigor na data do evento, quando for o caso;
- e) Psicoterapia, solicitada pelo médico assistente, limitada ao número de sessões estabelecidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, observando os critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS em vigor na data do evento, que poderá ser realizada tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme solicitação e indicação do médico assistente;
- f) Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, solicitados pelo médico assistente, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta;
- g) Hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;
- h) Quimioterapia oncológica ambulatorial: baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes, conforme prescrição do médico assistente, que,



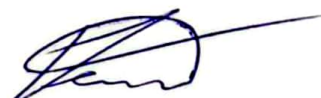
independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro do estabelecimento de Unidades de Saúde;

h.1) Adjuvantes são medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento.

- i) Procedimentos de radioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para a segmentação ambulatorial;
- j) Procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais: aqueles que prescindem de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para a segmentação ambulatorial;
- k) Hemoterapia ambulatorial;
- l) Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais, denominada cirurgia refrativa (PRK ou Lasik), para pacientes com mais de 18 (dezoito) anos e grau estável há pelo menos 01 (um) ano, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios: (i) miopia moderada e grave, de graus entre - 5,0 a - 10,0DE, com ou sem astigmatismo associado com grau até -4,0DC com a refração medida através de cilindro negativo; (ii) hipermetropia até grau 6,0DE, com ou sem astigmatismo associado com grau até 4,0 DC, com a refração medida através de cilindro negativo.

3.3 A cobertura hospitalar com obstetrícia compreende:

- a) Internações hospitalares de todas as modalidades, em número ilimitado de dias, solicitados pelo médico assistente;
- b) Despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem, exceto em caráter particular, e alimentação;
- c) Atendimento por outros profissionais de saúde, durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico assistente;
- d) Exames complementares previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, indispensáveis para o controle da evolução do quadro clínico do usuário e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;
- e) Toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados;
- f) Remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no Contrato, em território brasileiro;
- g) Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do Usuário menor de 18 anos, Usuário com idade igual ou superior a 60 anos ou Usuário portador de necessidades especiais, salvo contra indicação do médico ou cirurgião dentista assistente ou no caso de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares;
- h) Órteses e próteses, registradas na ANVISA, ligadas aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento;



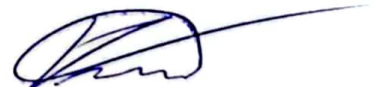
h.1) Cabe ao médico ou cirurgião dentista assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais – OPME necessários à execução dos procedimentos contidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS;

h.2) O profissional solicitante deverá justificar clinicamente a sua indicação, quando solicitado, e oferecer pelo menos 03(três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas, ficando a escolha por conta do PLASC.

h.3) Em caso de divergência entre o profissional requisitante e o PLASC, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com as despesas arcadas pelo PLASC.

- i) Procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS para a segmentação hospitalar, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar;
- j) Estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, com equipe de saúde necessária à complexidade do caso, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar;
 - j.1) O imperativo clínico caracteriza-se pelos atos que se impõem em função das necessidades do Usuário, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção, observadas as seguintes regras:
 - i. O cirurgião-dentista assistente e/ou o médico assistente irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao Usuário, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados;
 - ii. Os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que, nas situações de imperativo clínico, necessitem ser realizados em ambiente hospitalar, não estão incluídos na cobertura hospitalar.
- k) Procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:
 - i. Hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
 - ii. Quimioterapia oncológica ambulatorial;
 - iii. Radioterapia: todos os procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento para as segmentações ambulatorial e hospitalar;
 - iv. Hemoterapia;
 - v. Nutrição parenteral ou enteral;

- vi. Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
 - vii. Embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
 - viii. Radiologia intervencionista;
 - ix. Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
 - x. Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme solicitação e indicação do médico assistente;
- l) Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer;
- m) Cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- n) Transplantes, desde que listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, e procedimentos a ele vinculados, respeitadas as Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes à época do evento, incluindo as despesas necessárias à sua realização, no que couber:
- i. despesas assistenciais com doadores vivos, as quais estão sob expensas da operadora de planos privados de assistência à saúde do usuário receptor;
 - ii. medicamentos utilizados durante a internação;
 - iii. acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;
 - iv. despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS;
- n.1) Os procedimentos de transplante, no âmbito da prestação de serviços de saúde suplementar, estarão submetidos à legislação específica vigente.
- i. O Usuário candidato a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica deverá, obrigatoriamente, estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs e sujeitar-se-á ao critério de fila única de espera e de seleção;
 - ii. As entidades privadas e equipes especializadas deverão observar o regulamento técnico – legislação vigente do Ministério da Saúde – que dispõe sobre a forma de autorização e cadastro junto ao Sistema Nacional de Transplante – SNT;
 - iii. São competências privativas das CNCDOs, dentro das funções de gerenciamento que lhes são atribuídas pela legislação em vigor: determinar o encaminhamento de equipe especializada e providenciar o transporte de tecidos e órgãos ao estabelecimento de saúde autorizado em que se encontre o receptor.
- o) Procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto e puerpério;
- p) Despesas incluindo acomodação, alimentação e paramentação, conforme legislação vigente e limitadas àquelas fornecidas pelo hospital, relativas a um acompanhante



indicado pela mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato (compreendido pelas 48 horas após o parto ou até 10 dias, quando indicado pelo médico assistente), salvo contra-indicação do médico assistente e/ou da equipe do hospital ou no caso de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares.

- q) Assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do Usuário, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, desde que o Usuário (pai ou mãe do recém-nascido) tenha cumprido carência de 180 (cento e oitenta) dias para internação.

3.4 Na atenção prestada aos portadores de transtornos mentais serão observados:

- a) O atendimento ambulatorial e em consultórios será priorizado, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico quando houver indicação do médico assistente;
- b) Haverá cobertura para os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas;
- c) No plano com cobertura hospitalar haverá cobertura de hospital-dia para transtornos mentais, de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS em vigor na data do evento;
 - c.1) Entende-se hospital-dia para transtornos mentais como o recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional, e proporcionando ao Usuário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar.
- d) Além da coparticipação regular, prevista neste Contrato para qualquer internação, haverá coparticipação de 50% (cinquenta por cento), incidente sob o valor dos serviços utilizados, observados os tetos dos normativos editados pela ANS vigentes à época da contratação, quando ultrapassados 30 (trinta) dias de internação, contínuos ou não, no transcorrer de 01 (um) ano de Contrato.

3.5 O presente Contrato garante, ainda:

- a) Atendimentos nos casos de planejamento familiar, de que trata o inciso III do artigo 35-C da Lei 9.656/1998, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, observadas, ainda, as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas na regulamentação da ANS vigente na data do evento;
- b) Eventos e procedimentos relacionados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor na data do evento que necessitem de anestesia com ou sem a participação de profissional médico anestesiológico, caso haja indicação clínica;
- c) Procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação e escopias previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;
- d) Remoção e/ou retirada de órteses, próteses ou outros materiais cuja colocação, inserção e/ou fixação esteja contemplada no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento.

CLÁUSULA QUARTA – EXCLUSÕES DE COBERTURA

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

- a) Procedimentos assistenciais que exijam autorização prévia, realizados à revelia do PLASC sem atendimento às condições previstas neste Contrato;**
- b) Atendimentos prestados antes do início da vigência contratual ou do cumprimento das carências, respeitadas as demais condições contratuais;**
- c) Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, ou seja, aqueles que empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país, bem como, aqueles que são considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina – CFM, e, ainda, aqueles cujas indicações não constem da bula/manual registrada na ANVISA (uso off-label);**
- d) Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, ou seja, aqueles que não visam restauração parcial ou total da função de órgão ou de parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;**
- e) Inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;**
- f) Cirurgia plástica estética de qualquer natureza;**
- g) Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;**
- h) Transplantes, à exceção dos transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;**
- i) Despesas com assistência odontológica de qualquer natureza (diagnóstica, clínica ou cirúrgica), inclusive relacionadas com acidentes, exceto cirurgias buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar;**
- j) Honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista quando, por imperativo clínico, for necessária estrutura hospitalar para a realização de procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para a segmentação odontológica;**
- k) Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, ou seja, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA;**



- l) Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ou seja, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde;**
- m) Fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde – CITEC;**
- n) Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico, conforme os seguintes conceitos: prótese como qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido e órtese como qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico os materiais cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico;**
- o) Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;**
- p) Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;**
- q) Aplicação de vacinas preventivas e hipossensibilizantes;**
- r) Serviços de enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar;**
- s) Procedimentos não discriminados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;**
- t) Aparelhos ortopédicos;**
- u) Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;**
- v) Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência do plano, bem como despesas decorrentes de serviços prestados por médicos não credenciados ao plano contratado, à exceção dos atendimentos de urgência ou de emergência, que poderão ser efetuados por médicos não credenciados e posteriormente reembolsados, nos limites e termos deste Contrato;**
- w) Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do Usuário, exceto para pacientes menores de 18 anos, com idade igual ou superior a 60 anos, portadores de necessidades especiais, nos termos definidos neste Contrato;**
- x) Despesas relativas a um acompanhante, ressalvadas as relativas ao indicado pela mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato, nos termos definidos neste Contrato;**
- y) Despesas hospitalares extraordinárias tais como: serviços telefônicos, uso de televisão, alimentação não prevista no tratamento, lavagem de roupas, produtos de toalete e de higiene pessoal e quaisquer outras despesas que não sejam vinculadas à cobertura do presente instrumento;**
- z) Estada de paciente ou acompanhante em hotel, pensão ou similares;**
- aa) Cirurgia para mudança de sexo;**
- bb) Avaliação pedagógica;**
- cc) Orientações vocacionais;**
- dd) Especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;**



- ee) Qualquer tipo de atendimento domiciliar, mesmo em caráter de urgência e emergência;
- ff) Remoção domiciliar;
- gg) Exames para piscina ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- hh) Investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;
- ii) Exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais.

CLÁUSULA QUINTA – DURAÇÃO DO CONTRATO

5.1 O presente Contrato vigorará pelo prazo mínimo de 12 (doze) meses, a contar da data de sua assinatura.

5.2 Este Contrato tem renovação automática, por prazo indeterminado, a partir do vencimento do prazo inicial de vigência, desde que não haja manifestação contrária, de qualquer das partes, no prazo de 60 (sessenta) dias antes do término da vigência, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação.

CLÁUSULA SEXTA – PERÍODOS DE CARÊNCIA

6.1 Os serviços previstos neste Contrato serão prestados aos Usuários regularmente incluídos, após o cumprimento das seguintes carências, observando-se o disposto na legislação vigente, especialmente inciso V, art. 12 da Lei nº 9.656/98:

Cobertura	Carência registrada na ANS:
Procedimentos de urgência e de emergência, nos termos definidos neste instrumento;	24 (vinte e quatro) horas
Consultas médicas e exames básicos;	30 (Trinta) dias
Exames especiais, fisioterapias e atendimentos em psicologia e fonoaudiologia;	90 (Noventa) dias
Parto a Termo;	300 (Trezentos) dias
Internações clínicas, cirúrgicas ou psiquiátricas;	180 (Cento e Oitenta) dias
Todos os demais casos cobertos por este contrato, bem como para novos procedimentos decorrentes de atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS.	180 (Cento e Oitenta) dias



6.2 O prazo de carência será contado a partir do início de vigência do Contrato. Para os Usuários incluídos após a vigência deste instrumento, as carências serão contadas da data do processamento de sua inclusão pelo PLASC.

6.3 Nos termos da Resolução Normativa nº. 195/09, quando o número de Usuários inscritos neste Contrato for igual ou superior a 30 (trinta), não será exigido o cumprimento dos períodos de carência estipulados neste Contrato, desde que o Usuário formalize o pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias da data da assinatura deste Contrato ou de sua vinculação à CONTRATANTE.

6.4 A exigência do cumprimento dos períodos de carência voltará a vigorar para as novas adesões se houver redução de Usuários para um número inferior a 30 (trinta) Usuários.

CLÁUSULA SÉTIMA – DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

7.1 Doenças ou lesões pré-existentes são aquelas que o Usuário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofedor no momento da adesão ao presente instrumento.

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

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

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

7.5 Caso o usuário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial do PLASC, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus financeiro dessa entrevista.

7.6 O objetivo da entrevista qualificada é orientar o usuário para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que o usuário saiba ser portador ou sofedor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.

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

7.8 Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do usuário, 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, o PLASC oferecerá a cobertura parcial temporária.

7.9 A cobertura parcial temporária consiste na suspensão, por um período ininterrupto de 24 (vinte e quatro) meses, da cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta



tecnologia e procedimentos cirúrgicos exclusivamente relacionados às doenças ou lesões pré-existentes.

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

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

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

7.13 Exercendo prerrogativa legal, o **PLASC** não optará pelo fornecimento do Agravado.

7.14 Identificado indício de fraude por parte do usuário, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da adesão ao plano privado de assistência à saúde, o **PLASC** deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao usuário através de Termo de Comunicação ao Usuário e poderá oferecer a opção de cobertura parcial temporária ou solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do usuário à Cobertura Parcial Temporária.

7.14.1 Instaurado o processo administrativo na ANS, ao **PLASC** caberá o ônus da prova.

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

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

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

7.14.5 Após julgamento, e acolhida a alegação do **PLASC**, pela ANS, o usuário 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, pelo **PLASC**, bem como será excluído do contrato.

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

7.15 Nos termos da Resolução Normativa nº. 195/09, quando o número de Usuários inscritos neste Contrato for igual ou superior a 30 (trinta), não vigorará esta Cláusula de Doenças e Lesões Preexistentes para os Usuários que formalizarem o pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias da data da assinatura deste Contrato ou de sua vinculação à CONTRATANTE.

7.15.1 Esta Cláusula de Doenças e Lesões Preexistentes voltará a vigorar para novas adesões se houver redução de Usuários para um número inferior a 30 (trinta).



CLÁUSULA OITAVA – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

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

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

8.3 Serão garantidos os atendimentos decorrentes de acidentes pessoais, sem restrições, depois de decorridas 24 horas de vigência do Contrato.

8.4 Depois de cumpridas as carências, haverá cobertura dos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para a internação, desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções.

8.5 Durante o cumprimento dos períodos de carência para internação, serão garantidos os atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, limitados às primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internação.

8.6 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, haverá atendimento limitado às primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internação.

8.7 Nos casos em que o atendimento de emergência for efetuado no decorrer dos períodos de carência para internação, será garantido o atendimento limitado às primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internação.

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

8.9 Haverá remoção para unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, nos casos do Usuário estar cumprindo período de carência para internação.

8.10 Também haverá remoção para unidade do SUS, depois de realizados os atendimentos de 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 e Lesões Preexistentes.

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

- a) quando não possa haver remoção por risco de morte, o Usuário e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, o PLASC, desse ônus;
- b) caberá ao PLASC o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários para garantir a continuidade do atendimento;
- c) na remoção, o PLASC deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS;



- d) quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida na alínea b, o PLASC estará desobrigado da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

8.12 O PLASC assegurará o reembolso no limite das obrigações deste Contrato, das despesas efetuadas pelo Usuário com assistência à saúde, dentro da área geográfica de abrangência do Plano, nos casos exclusivos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pelo PLASC.

8.13 O Usuário deverá comunicar a ocorrência do atendimento sujeito ao reembolso no prazo de 48 (quarenta e oito horas) após a sua realização e apresentar a documentação adequada no prazo máximo de 12 (doze) meses contados da data do evento.

8.14 O pagamento do reembolso de que trata o item antecedente será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Referência do PLASC, descontados eventuais valores de coparticipação, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da apresentação dos seguintes documentos originais:

- a) Conta hospitalar discriminando quantidade e tipo de materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com Notas Fiscais, faturas ou recibos do hospital;
- b) Comprovantes relativos aos serviços de exames complementares de diagnóstico e terapia;
- c) Serviços auxiliares, acompanhados do respectivo pedido do médico assistente;
- d) Recibos individualizados de honorários do(s) médico(s) assistente(s), auxiliar(es) e outros, o(s) respectivo(s) carimbo(s) de inscrição no Conselho Regional de Medicina, discriminando funções e o evento a que se refere;
- e) Relatório circunstanciado do médico assistente, contendo nome do paciente, descrição do tratamento, justificativa dos procedimentos realizados, data de atendimento e, em caso de internação, o período de permanência no hospital, e/ou Unidade de Terapia Intensiva(UTI), data de alta hospitalar ou óbito.

8.15 Entende-se por Tabela de Referência do PLASC a lista indicativa de procedimentos e seus respectivos valores, aplicada às hipóteses em que seja necessária a aferição de preços dos serviços de assistência à saúde.

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

CLÁUSULA NONA – MECANISMOS DE REGULAÇÃO

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

9.2 Para utilização dos serviços cobertos pelo presente contrato, deverão ser observadas as regras de atendimento a seguir descritas:

- a) Consultas Médicas: deverão ser realizadas nos consultórios médicos credenciados do PLASC, cabendo ao Usuário fazer a marcação de horário, por telefone ou pessoalmente, com antecedência (exceto em caso de urgência ou de emergência), mediante apresentação dos seguintes documentos:



- i. Cédula de identidade ou documento oficial similar do Usuário;
 - ii. Carteira de identificação do Usuário, fornecida pelo PLASC, em vigor.
- b) **Exames Complementares de Diagnóstico e Tratamento e demais Coberturas previstas neste Contrato: o Usuário será atendido no Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora, ou, na impossibilidade de atendimento na rede própria, nos locais indicados na rede credenciada do PLASC, mediante apresentação dos seguintes documentos (à exceção dos casos de urgência e emergência, quando os documentos poderão ser apresentados no prazo de dois dias úteis):**
- i. Cédula de identidade ou documento oficial similar do Usuário;
 - ii. Carteira de identificação do Usuário, fornecida pelo PLASC, em vigor.
 - iii. Guia de autorização fornecida pela Central de Atendimento PLASC, instruída com requisição do médico assistente.
- c) **Internações Eletivas: o Usuário será atendido no Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora. As internações nas especialidades de Oncologia ou Psiquiatria serão realizadas nos hospitais específicos, referenciados pelo PLASC e citados no ORIENTADOR MÉDICO. Em ambas as hipóteses, o Usuário ou o seu representante legal deverá apresentar os seguintes documentos:**
- i. Carteira de identidade ou documento oficial similar do Usuário;
 - ii. Carteira de identificação de Usuário, fornecida pelo PLASC, em vigor;
 - iii. Guia de autorização fornecida pela Central de Atendimento PLASC, instruída com requisição do médico assistente, bem como as razões que justifiquem o diagnóstico, o tratamento proposto e a data provável em que ela deva se realizar.
- d) **Internações de Urgência ou de Emergência: o Usuário será internado independentemente da apresentação dos documentos e da guia de autorização de que trata a alínea 'c' acima, devendo apresentá-los, posteriormente, no prazo máximo de 02 (dois) dias úteis.**

9.3 O PLASC não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa do acordado.

9.4 Por ocasião da concessão de autorização prévia, o PLASC garantirá, ao Usuário, atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de 01 (um) dia útil, a partir do momento de sua solicitação.

9.5 É vedado ao Usuário alterar o padrão de acomodação contratado, ao longo da vigência contratual.

9.6 Nos termos da Resolução nº 08/98, do Consu, em casos de divergência médica sobre o direito às coberturas previstas neste Contrato, garante-se ao Usuário e ao PLASC a prerrogativa de requerer a formação de junta médica, constituída por 03 (três) médicos, sendo um nomeado pelo PLASC, outro pelo Usuário, e um terceiro, escolhido pelos dois nomeados. O usuário arcará com os honorários do profissional que designar caso ele não pertença a rede credenciada do PLASC.

9.7 Será entregue ao Usuário Titular o ORIENTADOR MÉDICO, editado pelo PLASC, informando a relação de seus prestadores de serviços, médicos, laboratórios, hospitais e clínicas, com os respectivos endereços.



9.8 Embora a cobertura contratual esteja restrita aos serviços realizados por profissionais credenciados pelo PLASC, constantes na relação de prestadores assistenciais à saúde integrantes da rede própria e credenciada do PLASC, ressalvada a hipótese de reembolso para os casos de urgência e emergência, é admitido que os serviços possam ser solicitados por profissionais legalmente habilitados não credenciados. Nesse caso, deve o Usuário dirigir-se à sede do PLASC para transcrição do pedido para a guia padronizada, denominada TISS, e indicação do profissional credenciado a realizar os procedimentos solicitados.

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

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

9.11 Na hipótese de a substituição de entidade hospitalar ocorrer por vontade do PLASC durante período de internação de algum Usuário, será garantido o pagamento das despesas relacionadas com a internação até a alta hospitalar, estabelecida pelo médico assistente, exceto nos casos de infração às normas sanitárias, quando o PLASC providenciará, às suas expensas, a transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência.

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

9.13 Da Coparticipação

9.13.1 Entende-se por coparticipação a parte efetivamente paga pela CONTRATANTE ao PLASC, referente à realização do procedimento, pelos Usuários, definido contratualmente em termos fixos ou em percentuais.

9.13.2 Na utilização dos procedimentos previstos neste Contrato, será cobrada coparticipação de 30% na utilização dos seguintes procedimentos:

- a) Consultas clínicas e cirúrgicas, limitado a R\$89,95 por procedimento;
- b) Exames Básicos e Especiais, limitado a R\$89,95 por procedimento;
- c) Hemodiálise e diálise peritoneal, limitado a R\$89,95 por procedimento;
- d) Quimioterapia ou radioterapia ambulatorial, limitado a R\$89,95 por procedimento;
- e) Hemoterapia ambulatorial, limitado a R\$89,95 por procedimento;
- f) Fisioterapia, limitado a R\$89,95 por procedimento;
- g) Cirurgias ambulatoriais, limitado a R\$89,95 por procedimento;
- h) Demais tratamentos e procedimentos ambulatoriais, de diagnose e terapia, limitado a R\$89,95 por procedimento.

9.13.3 Nas internações não haverá cobrança de coparticipação, exceto em psiquiatria, conforme cláusula 3.4.

CLÁUSULA DÉCIMA – FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE



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

10.2 A CONTRATANTE obriga-se a repassar ao PLASC, valor único correspondente ao total das mensalidades, conforme número de Usuários inscritos neste Contrato e faixas etárias em que se enquadrarem (ou valor fixado em preço único por usuário ou por grupo familiar), bem como a coparticipação dos usuários pelas utilizações.

10.3 O primeiro pagamento será efetuado na data de assinatura deste Contrato. As demais contribuições vencerão a cada 30 (trinta) dias, a partir da data de assinatura deste Contrato, e serão pagas na rede bancária, através de boleto bancário previamente emitido pelo PLASC.

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

10.5 As faturas emitidas pelo PLASC terão por base o número de Usuários informado pelo CONTRATANTE. Na falta de comunicação, em tempo oportuno, de inclusão ou de exclusão de Usuários, a fatura se baseará nos dados disponíveis no período, realizando-se os acertos nas faturas subsequentes.

10.6 O PLASC poderá adotar modalidade diversa de cobrança, conforme melhor lhe aprouver, mediante comunicação prévia.

10.7 No caso do aposentado e do empregado demitido, que optarem pela manutenção do Plano, nos termos deste Contrato, será remetido boleto de cobrança ao Usuário Titular, contendo os valores relativos à mensalidade.

10.8 Se a CONTRATANTE ou o Usuário Titular, no caso do Usuário aposentado ou demitido, não receber documento que o possibilite realizar o pagamento de sua obrigação, em até 03 (três) dias da data do vencimento, deverá requerer segunda via junto à Central de Atendimento do PLASC, que enviará nova cobrança, alternativamente, poderá retirar esta segunda via no site do Plasc.

10.9 A perda, extravio ou não recebimento do instrumento de cobrança não desobriga a CONTRATANTE, bem como o aposentado e o demitido de efetuarem o seu pagamento no prazo de vencimento mensal.

10.10 O recebimento pelo PLASC de parcelas em atraso constituirá mera tolerância, não implicando novação contratual ou transação.

10.11 O pagamento antecipado das mensalidades não elimina nem reduz os períodos de carência deste Contrato.

10.12 O pagamento dos valores devidos ao PLASC referente a um determinado mês não significa estarem pagos ou quitados débitos anteriores.

10.13 No ato da assinatura deste Contrato, a CONTRATANTE pagará ao PLASC uma taxa de inscrição, no valor previsto na Proposta de Adesão por Usuário inscrito. A taxa de inscrição também será cobrada das novas adesões.

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



10.15 O PLASC se reserva o direito de cobrar os débitos não quitados por todos os meios legais cabíveis, inclusive promovendo a respectiva cobrança por meio de instituições financeiras e inscrição em órgãos de proteção ao crédito.

10.16 Do pagamento do Usuário

10.16.1 Salvo quanto aos Usuários aposentados e demitidos, a CONTRATANTE é responsável pelo pagamento diretamente ao PLASC, o que não exime o Usuário de arcar com as parcelas de sua responsabilidade perante a CONTRATANTE.

10.16.2 Em atenção ao disposto no § 1º do artigo 15 da RN nº 279, de 2011, para a determinação do custo do Usuário, foi adotado o critério estabelecido em anexo a este instrumento, que o integra para todos os fins.

10.16.3 A CONTRATANTE e o Usuário deverão acordar a data de pagamento de suas contribuições, sendo que o atraso no pagamento ensejará o direito da CONTRATANTE solicitar ao PLASC a suspensão de cobertura e/ou exclusão do Usuário inadimplente e dos dependentes a ele vinculado.

10.16.4 Ocorrendo impontualidade no pagamento dos valores devidos pelo Usuário à CONTRATANTE, ensejará o direito desta de exigir, juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculados dia a dia, e multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado, sem prejuízo da eventual cobrança judicial de indenização por perdas e danos, conforme o caso.

10.16.5 Após a quitação do débito do Usuário excluído por inadimplência, poderá a CONTRATANTE solicitar a sua reinclusão. Caso a nova admissão ocorra em prazo superior a 30 (trinta) dias de sua exclusão, deverá cumprir novos prazos de carência, nos termos estabelecidos neste Contrato.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – REAJUSTE

11.1 O reajuste a incidir sobre o valor da mensalidade será anual, tendo como data-base de aniversário o mês de início de vigência contratual.

11.2 Caso nova legislação venha a autorizar o reajustamento em período inferior a 12 (doze) meses, essa terá aplicação imediata sobre este Contrato.

11.3 A aplicação dos reajustes será comunicada à ANS.

11.4 Os valores relativos à taxa de inscrição e das coparticipações, quando estabelecidas em valor, serão reajustados pelo índice obtido para reajuste das mensalidades.

11.5 Independente da data de adesão do Beneficiário, os valores de suas contribuições terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência deste Contrato, entendendo esta como data base única.

11.6 Além da modalidade de reajuste prevista nesta cláusula, devem-se observar as regras de reajuste por faixa etária previstas neste instrumento, que ocorrem no mês subsequente ao aniversário do Beneficiário, exceto se a mensalidade for fixada em preço único.

11.7 Conforme o número de beneficiários vinculados ao presente Contrato, o reajuste a ser aplicado levará em consideração as utilizações decorrentes da carteira de beneficiários vinculada a este instrumento ou o agrupamento de todos os contratos de planos de saúde



coletivos empresariais e coletivos por adesão vinculados a esta operadora com menos de 30 beneficiários.

11.8 A primeira data a ser considerada para a apuração da quantidade de beneficiários será a de assinatura deste instrumento e as datas seguintes considerarão o número de beneficiários apurado no mês de seu aniversário.

11.9 No mês de março de cada ano, a CONTRATADA identificará os contratos de planos coletivos em vigor que deverão ser agrupados para efeito de reajuste, considerando o número de beneficiários vinculados a cada contrato em sua última data de aniversário, ainda que esse número se altere posteriormente.

11.10 Do índice de reajuste para contratos agrupados

11.10.1 A mensalidade será reajustada de acordo com o índice de reajuste estabelecido para cada sub-agrupamento de planos adotado pela CONTRATADA, divulgado em seu site, que será no máximo o percentual obtido através da seguinte fórmula:

$$\text{Reajuste} = (1 + \text{Máximo}(0; \text{RT})) \times (1 + \text{RF}) - 1$$

Onde:

RF (Reajuste Financeiro): corresponderá à variação positiva do IPCA SERVIÇOS DE SAÚDE, acumulada no período de abril do exercício antecedente a março do exercício da divulgação do índice de reajuste.

RT (Reajuste Técnico): determinado em função da sinistralidade dos contratos sub-agrupados, apurado de acordo com a seguinte expressão:

$$\text{RT} = \text{S}/\text{Sm} - 1$$

Onde:

S = sinistralidade (relação entre as despesas assistenciais e as receitas de contribuição dos contratos sub-agrupados), apurada no mesmo período considerado para determinação do RF.

Sm = meta de sinistralidade de 55%

11.10.2 Os percentuais de reajuste definidos, que será o percentual máximo obtido conforme fórmula acima, serão divulgados no site da CONTRATADA até o 1º dia útil do mês de maio de cada ano, podendo ser aplicados a partir dessa data até abril do ano seguinte, sempre observando a data de aniversário de cada contrato.

11.10.3 Excepcionalmente, poderá a administração da CONTRATADA optar por percentual de reajuste menor que o obtido através da fórmula acima, em face de circunstâncias administrativas, comerciais e análise de viabilidade. Nesse caso, o percentual definido pela



CONTRATADA é que será divulgado no seu portal na internet e servirá para aplicação em todos os contratos do respectivo sub-agrupamento.

11.10.4 Na falta do índice que compõe o reajuste, deverá ser considerado o índice oficial que vier a substituí-lo.

11.11 Do índice de reajuste para contratos não agrupados

11.11.1 A mensalidade será reajustada de acordo com o índice de reajuste obtido através da seguinte fórmula:

$$\text{Reajuste} = (1 + \text{Máximo}(0; \text{RT})) \times (1 + \text{RF}) - 1$$

Onde:

RF (Reajuste Financeiro): corresponderá à variação positiva do IPCA SERVIÇOS DE SAÚDE, acumulada nos últimos 12 (doze) meses, e com retroatividade de 02 (dois) meses do aniversário deste Contrato, sendo que na falta deste, o reajuste se dará através de outro índice oficial que vier a substituí-lo.

RT (Reajuste Técnico): determinado em função da sinistralidade deste Contrato, apurado de acordo com a seguinte expressão:

$$\text{RT} = \text{S}/\text{Sm} - 1$$

Onde:

S = sinistralidade (relação entre as despesas assistenciais e as receitas de contribuição deste Contrato), apurada no mesmo período considerado para determinação do RF.

Sm = meta de sinistralidade de 55%

11.11.2 Excepcionalmente, poderá a administração da CONTRATADA, optar por percentual de reajuste menor que o obtido através da fórmula acima, em face de negociação com a CONTRATANTE.

11.11.3 As partes poderão, de comum acordo e após a apuração dos índices e valores obtidos através dos cálculos expostos na fórmula supracitada, optar por um aporte financeiro suficiente para saldar os valores das despesas atribuíveis à sinistralidade apurada no período.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – FAIXA ETÁRIA

12.1 As mensalidades foram fixadas em função da idade do Usuário inscrito, de acordo com as faixas etárias previstas na Proposta de Adesão e conforme os percentuais de reajustes incidentes em cada uma delas:

Faixas Etárias:**Percentuais de Reajustes:**

a) 0 a 18 anos de idade	----- %
b) 19 a 23 anos de idade	10,50 %
c) 24 a 28 anos de idade	12,00 %
d) 29 a 33 anos de idade	15,00 %
e) 34 a 38 anos de idade	15,50 %
f) 39 a 43 anos de idade	19,00 %
g) 44 a 48 anos de idade	25,50 %
h) 49 a 53 anos de idade	25,00 %
i) 54 a 58 anos de idade	31,00%
j) 59 anos e acima	49,00 %

12.2 Para exercício do direito de manutenção previsto neste instrumento, os valores de mensalidade a serem assumidos pelos Beneficiários ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados, serão os valores previstos na tabela de custo por faixa etária, nos termos da regulamentação.

12.3 Caso haja participação financeira da CONTRATANTE no custeio para os Usuários ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados mantidos neste plano, nos termos previstos neste instrumento, os valores de mensalidade a serem assumidos por esses usuários, serão previstos em uma tabela de preços, apresentada em anexo a este instrumento, estando, em versão atualizada, permanentemente a disposição para consulta pelos Usuários junto à CONTRATADA.

12.4 Caso a mensalidade a ser assumida pelos os Usuários ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados mantidos neste plano seja fixada em preço único, serão observados os critérios de determinação do custo do usuário, estabelecidos em anexo a este instrumento.

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

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

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

- a) O valor fixado para a última faixa etária não pode ser superior a 06 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária;
 - b) A variação acumulada entre a 7ª (sétima) e a 10ª (décima) faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a 1ª (primeira) e a 7ª (sétima) faixas.
 - c) As variações por mudança de faixa etária não podem apresentar percentuais negativos.
- 12.8** Em decorrência da aplicação do disposto no Estatuto do Idoso - Lei nº 10.471/03, em específico no seu art. 3º, não será aplicado reajuste por faixa etária ao Usuário com 60 (sessenta) anos de idade ou mais, permanecendo apenas a aplicação do reajuste financeiro anual previsto neste Contrato, conforme normas e índices determinados pelo órgão oficial competente, seja a ANS ou outro que vier a substituí-la, ou ainda pelo índice estabelecido neste Contrato.



CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

13.1 DO DEMITIDO

13.1.1 Ao Usuário Titular que contribuir para o plano contratado, decorrente de seu vínculo empregatício ou estatutário, no caso de rescisão ou exoneração do Contrato de trabalho, sem justa causa, é assegurado o direito de manter sua condição de Usuário nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do Contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral das contraprestações pecuniárias (artigo 30 da lei nº 9.656/1998)

13.1.1.1 O exonerado ou demitido deve optar expressamente pela manutenção do benefício no prazo máximo de 30 (trinta) dias, em resposta à comunicação da CONTRATANTE sobre a opção de manutenção da condição de usuário de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, formalizada no ato da comunicação do aviso prévio, a ser cumprido ou indenizado.

13.1.1.2 O período de manutenção da condição de Usuário será de 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.

13.2 DO APOSENTADO

13.2.1 Ao Usuário Titular que se aposentar e que tiver contribuído para o plano contratado, decorrente de vínculo empregatício ou estatutário, pelo prazo mínimo de dez anos, é assegurado o direito de manutenção como Usuário nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do Contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral das contraprestações pecuniárias (artigo 31 da lei 9.656/1998).

13.2.1.1 O aposentado deve optar expressamente pela manutenção do benefício no prazo máximo de 30 (trinta) dias, em resposta à comunicação da CONTRATANTE sobre a opção de manutenção da condição de usuário de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, formalizada no ato da comunicação da aposentadoria.

13.2.1.2 Na hipótese de contribuição pelo então empregado, por período inferior a dez anos, é assegurado o direito de manutenção como Usuário, à razão de um ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral do plano.

13.2.1.3 Na hipótese do empregado que se aposentar continuar trabalhando na CONTRATANTE, quando vier a se desligar dessa, é garantido o direito de manter-se como usuário na condição de aposentado.

13.2.1.4 Em caso de óbito do empregado aposentado, que continuou trabalhando na CONTRATANTE, antes do exercício do direito previsto nesta Cláusula, é garantida a permanência no plano dos dependentes inscritos, pelo prazo a que teria direito o empregado aposentado, desde que assumam as responsabilidades financeiras.

13.3 DAS DISPOSIÇÕES COMUNS

13.3.1 O PLANO tratado neste Contrato destina-se a categoria de Usuários ativos e ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados, pelo que o direito previsto nesta Cláusula garantirá a manutenção do ex-empregado neste mesmo PLANO.



13.3.2 O direito garantido nesta cláusula será assegurado ainda que o Usuário não esteja contribuindo para o PLANO no momento da demissão, exoneração sem justa causa ou aposentadoria, desde que em algum momento tenha contribuído para o PLANO. Nesse caso, o direito será assegurado na proporção do período ou da soma dos períodos de sua efetiva contribuição para o PLANO.

13.3.3 A manutenção da condição de usuário prevista nesta Cláusula, poderá ser exercida individualmente pelo titular ou estendida também a seu grupo familiar inscrito quando da vigência do contrato de trabalho, a critério do próprio titular.

13.3.3.1 O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado poderá incluir novo cônjuge e filhos no período de manutenção da condição de usuário.

13.3.4 Em caso de óbito do demitido ou aposentado em exercício do direito de manutenção, é garantida a permanência no plano dos dependentes inscritos, pelo prazo restante a que teria direito o demitido ou o aposentado, desde que assumam as responsabilidades financeiras.

13.3.5 As garantias previstas nesta cláusula não excluem vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

13.3.6 A admissão do usuário em novo emprego é causa de extinção do direito de manutenção previsto nesta cláusula, cabendo ao demitido ou aposentado comunicar esse fato imediatamente à operadora ou à contratante, para a promoção de sua exclusão e de seu grupo familiar vinculado, sob pena de fraude.

13.3.6.1 Também são causas de extinção do direito de manutenção previsto nesta cláusula:

- a) O decurso dos prazos de manutenção previstos nesta cláusula;
- b) O cancelamento pelo empregador do benefício do plano concedido aos seus empregados ativos e ex-empregados demitidos sem justa causa ou aposentados.

13.3.7 É assegurado ao ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado ou seus dependentes vinculados ao plano, durante o período de manutenção da condição de usuário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656, de 1998, o direito de exercer a portabilidade especial de carências para plano individual ou familiar ou coletivo por adesão, nos termos previstos na regulamentação vigente.

13.3.7.1 Além da portabilidade mencionada durante o período de manutenção da condição de usuário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656, de 1998, deve-se observar ainda as demais possibilidades de portabilidade contempladas na legislação de saúde suplementar em vigor, como nos casos de óbito do titular e da perda da elegibilidade dos dependentes.

13.3.8 O titular que não contribuir para o plano, durante o período que mantiver o vínculo empregatício ou estatutário, não terá direito à permanência de que trata essa cláusula, após a perda do vínculo empregatício.

13.3.8.1 Nos planos coletivos custeados integralmente pela CONTRATANTE, não é considerada contribuição a coparticipação do Usuário, única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica e/ou hospitalar.



CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

14.1 Caberá à CONTRATANTE solicitar a suspensão da cobertura ou a exclusão de Usuários, inclusive nas seguintes situações:

- a) Perda da qualidade de Titular, ressalvado o direito de manutenção no plano previsto nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/1998;
- b) Perda da qualidade de Dependente, no caso do Usuário deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição previstas neste instrumento ou quando deixar de entregar os documentos comprobatórios exigidos para sua manutenção como Dependente;
- c) Inadimplência do Usuário, ressalvados os casos de demitidos e aposentados, quando a exclusão por inadimplência caberá ao PLASC.

14.2 Para proceder com a solicitação de exclusão de um Usuário Titular do PLANO tratado neste instrumento, a CONTRATANTE deverá obrigatória e expressamente informar à CONTRATADA:

- a) se o Usuário foi excluído por demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria;
- b) se o Usuário demitido ou exonerado sem justa causa se enquadra no disposto no artigo 22 da RN279/11, ou seja, se é o caso de empregado aposentado que continuou trabalhando na CONTRATANTE após a aposentadoria;
- c) se o Usuário contribuía para o pagamento do PLANO tratado neste instrumento;
- d) por quanto tempo o Usuário contribuiu para o pagamento do PLANO tratado neste instrumento; e
- e) se o ex-empregado optou pela sua manutenção como Usuário ou se recusou a manter esta condição.

14.3 Nos termos da regulamentação, somente serão admitidas as solicitações de exclusão dos Usuários Titulares deste PLANO, mediante comprovação inequívoca de que o Usuário Titular foi comunicado do direito de manutenção previsto nos arts. 30 e 31 da Lei 9.656/98, bem como mediante a disponibilização das informações previstas no item anterior (quando aplicável).

14.4 O PLASC só poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos Usuários, sem a anuência da CONTRATANTE, nas seguintes hipóteses:

- a) Em caso de fraude ao Plano ou dolo, sendo que, em caso de fraude relacionada à doença ou lesão preexistente será instaurado processo administrativo junto à ANS, para apuração da fraude, nos termos da legislação vigente;
- b) Perda da qualidade de Titular, ressalvado o direito de manutenção no plano previsto nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/1998;
- c) Perda da qualidade de Dependente, no caso do Usuário deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição previstas neste instrumento ou quando deixar de entregar o documentos comprobatórios exigidos para sua manutenção como Dependente.

14.5 A extinção do vínculo ocorrida por fraude ou dolo não desobriga o Usuário Titular do eventual desembolso das despesas e do ressarcimento dos prejuízos que tenha dado causa, diretamente ou por intermédio de seus Dependentes.



14.6 O Usuário demitido/exonerado sem justa causa ou aposentado, mantido no Plano na forma e prazo previstos neste Contrato, caso deixe de efetuar o pagamento das prestações de sua responsabilidade, por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do Contrato, após notificação prévia que se dará até o 50º (quinquagésimo) dia de inadimplência, poderá ser excluído do Plano, sem prejuízo do direito do PLASC de requerer judicialmente a quitação do débito com suas consequências moratórias.

14.7 Após o 60º (sexagésimo) dia de inadimplência, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do Contrato, o PLASC poderá notificar o Usuário mantido no Plano, a qualquer tempo, desde que obedeça a um intervalo de 10 (dez) dias entre a data da notificação e a data da rescisão.

14.8 A exclusão do Usuário Titular implicará na automática exclusão de todos os seus Dependentes, exceto nos casos expressamente previstos neste Instrumento.

14.9 O cancelamento da inscrição, nos termos tratados neste Contrato, não exime o Usuário de quitar eventuais débitos com o PLANO, incluídos os valores de contribuição mensal e de coparticipação.

14.10 O Dependente que vier a perder a condição de dependência poderá assinar Contrato em seu próprio nome, em até 30 (trinta) dias a contar da data da perda do direito como Usuário Dependente, aproveitando as carências já cumpridas neste Contrato, exceto na hipótese de exclusão do dependente por inadimplência ou fraude comprovada, quando deverá quitar os débitos existentes e cumprir novos períodos de carência. Essa faculdade somente será admitida quando o PLASC possuir planos individuais/familiares para comercialização vigente na época da solicitação.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – RESCISÃO/SUSPENSÃO

15.1 O PLASC poderá rescindir unilateralmente o Contrato, nos casos de:

- a) Fraude/dolo da CONTRATANTE;
- b) Descumprimento da CONTRATANTE às cláusulas e condições deste Contrato.
- c) Inadimplência da CONTRATANTE por período superior a 30 (trinta) dias, independente de notificação, sem prejuízo do direito do PLASC de requerer judicialmente a quitação do débito, com suas consequências moratórias;
- d) Falência, insolvência civil ou qualquer outra forma de liquidação judicial ou extrajudicial da CONTRATANTE;
- e) Se não for mantido o número mínimo de Usuários estabelecido para manutenção deste contrato, conforme prevê a Cláusula Condições de Admissão, ressalvado o disposto no parágrafo abaixo.

15.2 Na hipótese de redução do número de Usuários ficar abaixo do limite estabelecido na cláusula Condições de Admissão, a CONTRATADA poderá, a seu critério, manter vigência temporária adicional, para que seja reconstituído o mínimo contratualmente estabelecido. Caberá a (o) CONTRATANTE pagar o equivalente à média per capta das mensalidades, multiplicada pelo número de Usuários faltantes.

15.3 Independente do direito de rescindir o Contrato após 30 (trinta) dias de Inadimplência, o PLASC poderá ainda suspender os atendimentos após 10 (dez) dias sucessivos de falta de pagamento.

15.4 Após o término do prazo mínimo de 01 (um) ano de vigência contratual é facultado a qualquer das partes denunciarem o contrato, mediante comunicação escrita e protocolada, dirigida à outra parte, com antecedência mínima de 60 (Sessenta) dias.

15.5 Caso a CONTRATANTE manifeste intenção de rescindir o presente Contrato, antes do término do prazo mínimo de 01 (um) ano de vigência contratual, ficará sujeita ao pagamento de multa pecuniária equivalente a 03 (três) contribuições integrais calculadas pela média das contribuições efetuadas ao plano antes de sua notificação, a título de patamar mínimo de perdas e danos, ressalvado o direito do PLASC de exigir complemento do valor caso o prejuízo suportado seja superior ao montante da multa acima especificada, na forma do parágrafo único do art. 416 do Código Civil vigente.

15.6 Em nenhuma hipótese haverá restituição do valor pago pela CONTRATANTE para o Usuário fazer jus às coberturas definidas neste instrumento.

15.7 Não será admitida a inclusão ou exclusão de Usuários durante o prazo de aviso prévio descrito neste Contrato.

15.8 O PLASC reserva-se ao direito de cobrar do Usuário Titular, pelos meios legais cabíveis, eventuais despesas decorrentes de atendimento prestado a ele e seus Dependentes, após a rescisão do Contrato, restando-se cessadas as responsabilidades do PLASC.

15.9 Nos termos da Resolução nº 19/1999, do Consu, no caso de cancelamento do benefício assegurado neste contrato pela CONTRATANTE, é assegurado ao usuário inscrever-se em plano individual/familiar oferecido pelo PLASC, sem necessidade de cumprimento de novos prazos de carência, desde que o PLASC possua plano individual/familiar à época, observando-se que:

- a) Considera-se, na contagem de prazos de carência para essas modalidades de planos, o período de permanência do Usuário no plano coletivo cancelado;
- b) Deverá o Usuário solicitar ao PLASC a lista de planos de saúde individuais/familiares disponíveis e a respectiva tabela de preços para fazer jus ao disposto neste item;
- c) Os Usuários deverão fazer opção pelo produto individual/familiar no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o cancelamento do benefício;
- d) É responsabilidade do empregador informar ao empregado sobre o cancelamento do benefício, em tempo hábil ao cumprimento do prazo de opção de que trata o item antecedente.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DISPOSIÇÕES GERAIS

16.1 Para entendimento, interpretação, fins e efeitos do presente Contrato, são adotadas as seguintes definições:

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

- b) **AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS:** autarquia sob regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde;
- c) **AGRAVO:** qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o Usuário 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 o PLASC e o Usuário. Exercendo prerrogativa legal, o PLASC não optará pelo fornecimento do Agravo;
- d) **ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA:** área onde o PLASC se responsabiliza pela cobertura contratada, limitada por determinada circunscrição geográfica;
- e) **ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA:** todo atendimento prestado à gestante, em decorrência da gravidez, parto, aborto e suas consequências;
- f) **ATENDIMENTO AMBULATORIAL:** compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, ou serviços como recuperação pós-anestésica, UTI, CETIN e similares;
- g) **ATENDIMENTO ELETIVO:** todo evento que pode ser realizado em horário pré-estabelecido ou aquele em que o Usuário pode programar seu atendimento médico;
- h) **CARÊNCIA:** prazo ininterrupto, contado a partir do início de vigência do Contrato (ou da adesão do Usuário, se posterior), durante o qual os Usuários não têm direito às coberturas contratadas;
- i) **CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO:** cédula onde se determina a identidade do Usuário, comprovante de sua admissão no plano de saúde, permitindo o acesso aos serviços proporcionados pelo PLASC;
- j) **CID-10:** Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10ª revisão;
- k) **COBERTURA:** garantia, nos limites e modalidades deste Contrato, do pagamento de despesas médicas e hospitalares, diretamente às pessoas físicas ou jurídicas prestadoras de serviços, em nome e por conta dos Usuários;
- l) **COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA – CPT:** aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo Usuário ou seu representante legal;
- m) **COMPANHEIRO:** pessoa que vive em união estável com outrem, nos moldes do Código Civil Brasileiro;
- n) **CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - Consu:** órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para deliberar sobre questões relacionadas à prestação de serviços de saúde suplementar, definidas no art. 35-A da Lei nº 9.656/98;




- o) **DATA DE RENOVAÇÃO DO CONTRATO:** data de aniversário do Contrato;
- p) **DOENÇA OU LESÃO PREEXISTENTE:** doença ou lesão de que o Usuário seja portador ou sofrendor e da qual tenha conhecimento, no momento da contratação, com relação a si e a todos os Dependentes integrantes do seu Contrato;
- q) **EMERGÊNCIA:** evento que implicar em risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis para o Usuário, caracterizado em declaração do médico assistente;
- r) **EXAMES BÁSICOS:** 1) análises clínicas; 2) eletrocardiograma convencional; 3) eletroencefalograma convencional; 4) exames e testes alergológicos; 5) exames e testes oftalmológicos; 6) exames e testes otorrinolaringológicos, exceto a videolaringoscopia; 7) exames radiológicos simples sem contraste; 8) histocitopatologia exceto imunohistoquímica; 9) inaloterapia; 10) prova de função pulmonar; 11) teste ergométrico; e outros expressamente previstos na Proposta de Adesão.
- s) **EXAMES ESPECIAIS:** 1) angiografia; 2) arteriografia; 3) cineangiocoronariografia e videolaringoscopia computadorizada; 4) ecocardiograma uni e bidimensional, inclusive com "doppler" colorido; 5) mamografias e densitometria óssea; 6) eletrocardiografia dinâmica ("holter"); 7) eletroencefalograma prolongado, potencial evocado, polissonografia e mapeamento cerebral; 8) eletromiografia; 9) eletroneuromiografia; 10) endoscopia digestiva; 11) oxigenoterapia hiperbárica; 12) litotripsia; 13) medicina nuclear; 14) monitorização ambulatorial de pressão arterial; 15) radiologia com contraste e intervencionista; 16) ressonância nuclear magnética; 17) tomografia computadorizada; 18) ultrassonografia; 19) videolaparoscopia diagnóstica e cirúrgica; e outros expressamente previstos na Proposta de Adesão.
- t) **INTERNAÇÃO HOSPITALAR:** situação na qual o Usuário é admitido em estabelecimento hospitalar, ficando sob os cuidados do médico assistente, para ser submetido a algum tipo de tratamento;
- u) **ORIENTADOR MÉDICO:** manual de orientação ao Usuário sobre os procedimentos para utilização das coberturas, que informa a lista dos serviços próprios e credenciados de apoio para atendimento;
- v) **ÓRTESE:** acessório usado em atos cirúrgicos e que não substitui parcial ou totalmente nenhum órgão ou membro, podendo, ou não, ser retirado posteriormente;
- w) **PLASC:** denominação conferida à **SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE JUIZ DE FORA**;
- x) **PROPOSTA DE ADESÃO:** documento no qual o Usuário Titular informa ao PLASC seus dados pessoais e de seus dependentes para fins de inscrição no Plano;
- y) **PRÓTESE:** peça artificial empregada em atos cirúrgicos, em substituição parcial ou total de um órgão ou membro, reproduzindo sua forma e/ou sua função;
- z) **URGÊNCIA:** evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional;
- aa) **TABELA DE REFERÊNCIA:** lista indicativa de procedimentos, honorários médicos, materiais, medicamentos, diárias e taxas hospitalares etc, com seus respectivos preços individualizados, pagos pelo PLASC aos seus prestadores e credenciados, servindo de parâmetro para fins de reembolso. Referida lista se encontra registrada/averbada junto ao Cartório de Registro de Títulos, Documentos e Civil das Pessoas Jurídicas da Comarca de Juiz de Fora (MG);



bb) **USUÁRIO:** pessoa natural que usufruirá dos serviços ora pactuados, seja na qualidade de Titular ou de seus Dependentes;

cc) **VIGÊNCIA DO CONTRATO:** contagem de tempo desde a data inicial de assinatura do Contrato, considerando cumulativamente os períodos de dois ou mais planos equivalentes, quando sucessivos numa mesma operadora, independente de eventual alteração em sua denominação social, controle empresarial, ou na sua administração, desde que caracterizada a sucessão.

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

16.3 O PLASC fornecerá aos Usuários o Cartão Individual de Identificação dos Usuários inscritos, com prazo de validade, cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade legalmente reconhecido, assegura a fruição dos direitos e vantagens deste Contrato, podendo o PLASC adotar, a qualquer tempo, novo sistema para melhor atendimento aos Usuários.

16.4 É obrigação do Usuário Titular, na hipótese de rescisão, resolução ou rescisão deste Contrato, ou ainda, de exclusão, devolver os respectivos cartões de identificação e quaisquer outros documentos porventura fornecidos pelo PLASC, respondendo, diante da comprovação da ilicitude, pelos prejuízos resultantes do uso indevido desses documentos, restando isenta, neste caso, de qualquer responsabilidade, o PLASC, a partir da exclusão do Usuário, rescisão, resolução ou rescisão do presente.

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

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

16.7 Ocorrendo a perda ou extravio do Cartão Individual de Identificação, o Usuário Titular deverá comunicar o fato ao PLASC, por escrito, para cancelamento ou, quando for o caso, emissão de segunda via. O cancelamento só terá validade quando reconhecido por escrito pelo PLASC.

16.8 O Usuário Titular assume inteira responsabilidade pela veracidade das declarações lançadas na Proposta de Adesão, sobretudo no que diz respeito aos dependentes ali incluídos.

16.9 O Usuário Titular deverá notificar o PLASC sobre eventual mudança de endereço, eximindo-a de qualquer transtorno decorrente da inexistência dessa informação.

16.10 O PLASC não se responsabilizará por qualquer procedimento do Usuário que contrarie as normas e rotinas contidas neste Contrato.

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

16.12 O Usuário Titular, por si e pelos Dependentes, autoriza o PLASC a prestar todas as informações cadastrais solicitadas pelos órgãos de fiscalização da assistência à saúde.

16.13 Na eventualidade de insatisfação em relação ao plano ou ao atendimento prestado por força deste Contrato, o Usuário deverá encaminhar reclamação escrita para a sede do PLASC, para a devida apuração.



16.14 Este Contrato foi elaborado levando-se em consideração a legislação vigente, assim, qualquer alteração das normas que implique em necessária modificação do que aqui foi avençado, sujeitará a novo ajuste das condições, obedecidas as regras estabelecidas pela ANS para alteração de produto. 16.15 O Rol de Procedimentos Médicos da ANS está à inteira disposição do Usuário na sede do PLASC, para consulta e cópia.

16.16 Caso o Usuário prefira, também poderá consultar o Rol de Procedimentos Médicos da ANS por meio do site www.ans.gov.br, no link legislação.

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

16.18 Fazem parte do Contrato quaisquer documentos que tratem de assuntos pertinentes ao plano de saúde. Dentre esses documentos, incluem-se: Proposta de Adesão, Declaração de Saúde, quando for o caso, Tabela de Reembolso, Guia de Rede e o Guia de Leitura Contratual.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – ELEIÇÃO DE FORO

17.1 Fica eleito o foro do domicílio da CONTRATANTE para dirimir qualquer demanda sobre o presente Contrato, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

Juiz de Fora, 02 de DEZEMBRO de 2014.


Raone Scuza
Consultor de Vendas
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE
JUIZ DE FORA
CONTRATADA


CAMARA MUNICIPAL DE BOM JARDIM DE MINAS
CONTRATANTE