

ANEXO II
GUIA DE LEITURA CONTRATUAL

Ref.: Contrato 118-2 CORP – Pessoa Jurídica – Administradora de Benefícios



Operadora: Amil Assistência Médica Internacional S.A.
CNPJ: 29.309.127/0122-66
Nº de registro na ANS: 326305
Site: www.amil.com.br
SAC: 0800-021-2583
SAC (deficiente auditivo): 0800-021-1001

Guia de Leitura Contratual

*Página do
Contrato*

<i>CONTRATAÇÃO</i>	Determina se o plano destina-se à pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser Individual/Familiar, Coletivo por Adesão ou Coletivo Empresarial.	9
<i>SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL</i>	Define a amplitude da cobertura assistencial do plano de saúde. A segmentação assistencial é categorizada em: referência, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, ambulatorial, odontológica e suas combinações.	9
<i>PADRÃO DE ACOMODAÇÃO</i>	Define o padrão de acomodação para o leito de internação nos planos hospitalares; pode ser coletiva ou individual.	10
<i>ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA E ATUAÇÃO</i>	Área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. À exceção da nacional, é obrigatória a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõem as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal.	9
<i>COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS</i>	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura mínima obrigatória, e no contrato firmado com a operadora, conforme a segmentação assistencial do plano contratado. O beneficiário deve analisar detalhadamente as coberturas a que tem direito.	11
<i>EXCLUSÕES DE COBERTURAS</i>	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário não tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar, conforme a segmentação assistencial do plano contratado.	22
<i>DOENÇAS E LESÕES PREENEXISTENTES (DLP)</i>	Doenças e lesões preeexistentes – DLP – são aquelas existentes antes da contratação do plano de saúde, e que o beneficiário ou seu responsável saiba ser portador.	26

CARÊNCIAS	Carência é o período em que o beneficiário não tem direito à cobertura após a contratação do plano. Quando a operadora exigir cumprimento de carência, este período deve estar obrigatoriamente escrito, de forma clara, no contrato. Após cumprida a carência, o beneficiário terá acesso a todos os procedimentos previstos em seu contrato e na legislação, exceto eventual cobertura parcial temporária por DLP.	25
MECANISMOS DE REGULAÇÃO	São os mecanismos financeiros (franquia e/ou coparticipação), assistenciais (direcionamento e/ou perícia profissional) e/ou administrativos (autorização prévia) que a operadora utiliza para gerenciar a demanda e/ou utilização dos serviços de saúde.	36
VIGÊNCIA	Define o período em que vigorará o contrato.	24
RESCISÃO/ SUSPENSÃO	A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.	54
REAJUSTE	O reajuste por variação de custos é o aumento anual de mensalidade do plano de saúde em razão de alteração nos custos, ocasionada por fatores tais como inflação, uso de novas tecnologias e nível de utilização dos serviços. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário.	44
CONTINUIDADE NO PLANO COLETIVO EMPRESARIAL (ART. 30 E 31 DA LEI Nº 9.656/1998)	A existência da contribuição do empregado para o pagamento da mensalidade do plano de saúde, regular e não vinculada à coparticipação em eventos, habilita ao direito de continuar vinculado por determinados períodos ao plano coletivo empresarial, nos casos de demissão sem justa causa ou aposentadoria, observadas as regras para o oferecimento, opção e gozo, previstas na lei e sua regulamentação.	47

Para informar-se sobre estes e outros detalhes da contratação de planos de saúde, o beneficiário deve contatar a operadora. Permanecendo dúvidas, pode consultar a ANS pelo site www.ans.gov.br ou pelo Disque-ANS (0800-701-9656).

ESTE GUIA NÃO SUBSTITUI A LEITURA INTEGRAL DO CONTRATO.

O Guia de Leitura Contratual é uma exigência da Resolução Normativa nº 195/2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar.



Agência Nacional de
Saúde Suplementar

Ministério
da Saúde



Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)
Av. Augusto Severo, 84 - Glória - CEP: 20021-040
Rio de Janeiro - RJ

Disque-ANS: 0800-701-9656
www.ans.gov.br
ouvidoria@ans.gov.br

CLÁUSULAS	ASSUNTO	PÁGINA
1	► CONCEITOS	1
2	► QUALIFICAÇÃO DA CONTRATADA, CONTRATANTE E SUBCONTRATANTE.....	3
3	► CONDIÇÕES DE ADMISSÃO	4
4	► OBJETO, NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS.....	9
5	► TIPO DE CONTRATAÇÃO	9
6	► SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE.....	9
7	► ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE	9
8	► ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE	10
9	► PADRÃO DE ACOMODAÇÃO.....	10
10	► ATRIBUTOS DO CONTRATO	11
11	► COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS.....	11
12	► EXCLUSÕES DE COBERTURA	22
13	► DA DURAÇÃO DO CONTRATO	24
14	► PERÍODO DE CARÊNCIA	25
15	► DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES.....	26
16	► ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....	29
17	► ACESSO À LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES	33
18	► MECANISMOS DE REGULAÇÃO.....	36
19	► FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE	43
20	► REAJUSTE ANUAL.....	44
21	► FAIXAS ETÁRIAS	46
22	► CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO	47
23	► REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANO COLETIVO.....	52
24	► RESCISÃO/SUSPENSÃO.....	54
25	► DISPOSIÇÕES GERAIS.....	56
	► DO FORO.....	59

CONCEITOS

Para todos os efeitos do contrato de cobertura de assistência médica e hospitalar pessoa jurídica 118-2 CORP – ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS, deverão ser observados os seguintes conceitos:

- 1) **Área de atuação do produto** – Especificação nominal dos estados ou municípios que integram as áreas geográficas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal, onde a operadora fica obrigada a garantir todas as coberturas de assistência à saúde **CONTRATADAS pelo BENEFICIÁRIO**.
- 2) **Área geográfica de abrangência** – Categorização do tipo de extensão territorial em que o plano de saúde possui cobertura.
- 3) **BENEFICIÁRIO** – pessoa física, titular ou dependente, que possui direitos e deveres definidos em legislação e no CONTRATO assinado com a AMIL para a garantia da assistência médico-hospitalar.
- 4) **Carência** – período corrido e ininterrupto, determinado em contrato, contado a partir da data de início da vigência do contrato do plano privado de assistência à saúde, durante o qual o contratante paga as contraprestações pecuniárias, mas ainda não tem acesso a determinadas coberturas previstas no contrato. Os prazos de carência não se confundem com o prazo da Cobertura Parcial Temporária (CPT), já que eles correm de maneira independente e não podem ser somados.
- 5) **Cobertura** – segmentação assistencial de plano de saúde que garante a prestação de serviços à saúde, que compreende os procedimentos clínicos, cirúrgicos, obstétricos, odontológicos, atendimentos de urgência e emergência determinados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e em contrato.
- 6) **Cobertura Parcial Temporária (CPT)** – cobertura assistencial que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, contados a partir da data de contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de procedimentos de alta complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia (UTI, CTI, unidade coronariana, unidade intermediária e outros) 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. Findo o prazo de 24

(vinte e quatro) meses da contratação ou adesão ao plano de saúde, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme segmentação **CONTRATADA** e prevista na Lei nº 9.656/98 e limites, respeitados o Rol e a cláusula de exclusão de procedimentos.

- 7) **Coparticipação** – mecanismo de regulação financeira que consiste na participação na despesa assistencial, a ser paga pelo **BENEFICIÁRIO** contratante após a realização de procedimento, isto é, cujo valor será cobrado posteriormente pela **AMIL**, incluso na cobrança da contraprestação pecuniária.
- 8) **Doença ou lesão preexistente (DLP)** – doença ou lesão da qual o **BENEFICIÁRIO** ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.
- 9) **Franquia** – mecanismo de regulação financeira que consiste no estabelecimento de valor até o qual a operadora não tem responsabilidade de reembolso, nem de pagamento da assistência à rede credenciada ou referenciada. A franquia é paga pelo **BENEFICIÁRIO** diretamente ao prestador da rede credenciada ou referenciada no ato da utilização do serviço.
- 10) **Reembolso** – mecanismo de acesso oferecido ao **BENEFICIÁRIO** que possibilita a utilização de serviços assistenciais de prestadores de serviço não pertencentes às redes, credenciadas ou referenciadas ao plano, mediante reembolso, parcial ou total, das despesas assistenciais, de acordo com as regras estabelecidas em contrato.
- 11) **Ressarcimento** – é o pagamento dos custos pelo atendimento realizado por serviço médico-hospitalar não credenciado, nos limites das obrigações contratuais e na abrangência geográfica **CONTRATADA**, para as despesas realizadas pelo **BENEFICIÁRIO** com assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência comprovada e na impossibilidade justificada de não utilização dos serviços contratados, credenciados ou referenciados pela **AMIL**, em conformidade com o artigo 12, VI, da Lei nº 9.656/1998.
- 12) **Rol** – refere-se ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), bem como às suas diretrizes de utilização, diretrizes clínicas e protocolos de utilização, vigentes à época da contratação e suas atualizações. O Rol, para fins deste contrato, comprehende e limita a cobertura que deve ser garantida pela **AMIL**, de acordo com a segmentação do plano de saúde contratado.

1

CLÁUSULA PRIMEIRA

QUALIFICAÇÃO DA CONTRATADA, CONTRATANTE E SUBCONTRATANTE

1.1 – A **Amil Assistência Médica Internacional S. A.**, empresa classificada como medicina de grupo, doravante denominada **AMIL**, e a **CONTRATANTE** encontram-se qualificadas e identificadas, conforme dados constantes no Quadro Resumo, que é parte integrante deste contrato para todos os fins de direito.

1.2 – A **CONTRATANTE** se responsabiliza pelo pagamento das faturas e pelo cumprimento das obrigações estabelecidas no presente instrumento jurídico e seus respectivos aditivos, incluindo a assunção do risco decorrente da inadimplência, ficando investida de todos os poderes de representação, consonante ao disposto na Resolução Normativa 196/09.

1.3 – Será considerada para efeito deste instrumento como “**SUBCONTRATANTE**” a pessoa jurídica qualificada e identificada conforme dados constantes no Termo de inclusão de **SUBCONTRATANTE**, e que mantém, na condição de **BENEFICIÁRIOS**, população que com ela mantém vínculo de caráter empregatício ou estatutário.

1.3.1 – A **SUBCONTRATANTE** deverá contratar a Administradora de Benefícios para acesso ao plano de assistência à saúde coletivo empresarial e ingressará no presente instrumento, através do Termo de inclusão de **SUBCONTRATANTE**.

1.3.2 – O Termo de inclusão de **SUBCONTRATANTE** deverá ser previamente firmado entre **CONTRATANTE** e **SUBCONTRATANTE** e definirá todas as condições da contratação.

1.3.3 – Cada **SUBCONTRATANTE** mediante o Termo de inclusão de **SUBCONTRATANTE** deverá obedecer todas as normas e condições pactuado no presente instrumento jurídico.

2

CLÁUSULA SEGUNDA

CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

2.1 – A **SUBCONTRATANTE** deve incluir na data de início da vigência deste contrato, no mínimo, 2 (dois) **BENEFICIÁRIOS** entre titulares e dependentes, sendo esta quantidade mínima condição para início e manutenção do contrato.

2.2 – É **BENEFICIÁRIO titular** a pessoa habilitada como tal na Proposta Contratual, desde que tenha relação empregatícia ou estatutária com a **SUBCONTRATANTE** eleita previamente pelas partes e que mantenha com a **CONTRATANTE** um convênio habilitado como tal no Termo de inclusão de **SUBCONTRATANTE** ou que venha a ser incluído posteriormente e desde que regularmente inscrito(s) e aceito(s) pela **CONTRATADA**, desde que cumpridas às condições de elegibilidade elencadas na Regulação.

2.3 – É **BENEFICIÁRIO dependente** a pessoa vinculada ao **BENEFICIÁRIO titular**, tal como definido na cláusula 2.7.1 deste contrato.

2.4 – No conjunto, tanto os titulares como os dependentes serão denominados simplesmente **BENEFICIÁRIOS**.

2.5 – São considerados **BENEFICIÁRIOS** deste contrato todos os que forem comprovadamente elegíveis e expressamente nomeados pela **CONTRATANTE** e cadastrados pela **AMIL**, de acordo com as normas estabelecidas neste contrato.

2.6 – À **AMIL** é concedido o prazo de 15 (quinze) dias, contados a partir do recebimento da proposta contratual ou da Solicitação de Inclusão de **BENEFICIÁRIOS**, para proceder à aceitação desta proposta contratual ou da referida inclusão de **BENEFICIÁRIOS**, prevalecendo, após a aceitação, a data de inclusão indicada na solicitação mencionada.

2.7 – Poderão ser incluídas como **BENEFICIÁRIOS** titulares deste contrato as seguintes pessoas físicas que mantenham vínculo com a **SUBCONTRATANTE** devidamente comprovado:

- I – a população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária;
- II – os sócios da pessoa jurídica **SUBCONTRATANTE**;
- III – os administradores da pessoa jurídica **SUBCONTRATANTE**;
- IV – os agentes políticos;
- V – os trabalhadores temporários;
- VI – os estagiários e menores aprendizes;
- VII – demitidos ou aposentados que tenham sido vinculados à pessoa jurídica **SUBCONTRATANTE** por relação empregatícia ou estatutária, ressalvado o disposto no caput dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998.

2.7.1 – Poderão ser incluídos como **BENEFICIÁRIOS** dependentes, com relação ao **BENEFICIÁRIO titular**, apenas no mesmo plano do **BENEFICIÁRIO titular**, as seguintes pessoas, desde que comprovado o vínculo:

- a) esposa(o) ou companheira(o), comprovada a união por meio dos documentos de certidão de casamento ou declaração pública de união estável (realizada em cartório de títulos e documentos), respectivamente;
- b) filhos(as) solteiros(as) naturais, adotivos, com guarda provisória ou definitiva, enteados e os tutelados na forma da lei, desde que possuam até 24 (vinte e quatro) anos completos;
- c) filhos(as) inválidos, declarados no Imposto de Renda do **BENEFICIÁRIO TITULAR**.

2.7.2 – Estarão indicados no Quadro Resumo as classes de dependentes que serão incluídas no presente contrato, de acordo com a negociação realizada com a **CONTRATANTE**.

2.8 – Em caso de inscrição pelo **BENEFICIÁRIO** de filho(s) natural(is) nascido(s) sob vigência do presente contrato ou de filho(s) adotivo(s) menor(es) de 12 (doze) anos, serão aproveitados os mesmos períodos de carência já cumpridos pelo **BENEFICIÁRIO TITULAR**.

2.8.1 – Para fins de aplicação do item anterior, deve ser realizada a solicitação de inscrição pela **CONTRATANTE** à **AMIL** cuja inscrição deverá ocorrer no prazo máximo de 30 (trinta) dias, a contar do parto, da guarda provisória ou definitiva ou da sentença de adoção, com a apresentação da documentação comprobatória e com o consequente acréscimo da contraprestação pecuniária.

2.8.2 – A extinção da adoção confere à **AMIL** o direito de exclusão do **BENEFICIÁRIO** do plano contratado.

2.8.3 - Todos os **BENEFICIÁRIOS** preencherão a proposta contratual e a declaração de saúde.

2.9 – Com relação aos **BENEFICIÁRIOS**, vigem, ainda, as seguintes disposições:

a) os dependentes, para serem incluídos e mantidos no contrato, dependerão da participação do **BENEFICIÁRIO titular** no plano de assistência à saúde;

b) sem prejuízo das declarações feitas pela **CONTRATANTE**, pela **SUBCONTRATANTE** e pelos **BENEFICIÁRIOS**, as quais devem observar a boa-fé objetiva, a **AMIL** poderá solicitar à **CONTRATANTE**, a qualquer tempo, os documentos comprobatórios de vínculo trabalhistico, por exemplo: carteira profissional e/ou CAGED; cadastro de inscrição no FGTS; documentos que comprovem o grau de parentesco dos dependentes e certidão de sentença de adoção, entre outros, cabendo à **CONTRATANTE**, em 72 (setenta e duas) horas, enviar à **AMIL** os documentos solicitados, sob pena de exclusão contratual do **BENEFICIÁRIO** cuja elegibilidade não foi comprovada, sem prejuízo das penalidades contratuais, cíveis e penais cabíveis.

2.10 – A **CONTRATANTE**, quando do cadastramento, deverá indicar os nomes e a classificação dos **BENEFICIÁRIOS**, sejam eles titulares ou dependentes, bem como a respectiva data de nascimento e o grau de parentesco.

2.10.1 – Nenhuma indicação de **BENEFICIÁRIOS** terá valor sem a prévia autorização da **CONTRATANTE**, aprovada pela **AMIL**, que avaliará a aderência às regras de elegibilidade, comprovação de vínculo/parentesco, prazos e períodos para movimentação cadastral definidos no Quadro Resumo.

2.10.2 – A **CONTRATANTE** se obriga a informar à **AMIL** e promover as respectivas inclusões e exclusões cadastrais, no prazo de até 30 (trinta) dias da ocorrência de qualquer alteração na qualificação/condição dos **BENEFICIÁRIOS**, tais como nascimento ou casamento, demissão ou admissão de novo empregado.

2.10.2.1 – No caso de inclusão de novos **BENEFICIÁRIOS**, sejam eles titulares ou dependentes, a cobrança referente a essa inclusão será realizada no sistema de forma pro rata, ou seja, será cobrado, na fatura subsequente, um valor proporcional aos dias de cobertura do mês vigente.

2.10.2.2 – Após decorrido o prazo de 30 (trinta) dias mencionado na cláusula 2.10.2, a inclusão de **BENEFICIÁRIOS** ocorrerá com a exigência do cumprimento dos prazos de carência dispostos na cláusula 13^a e suas subcláusulas.

2.11 – As inclusões ou exclusões cadastrais obedecerão ao previsto neste contrato e, quanto aos prazos, ao período de movimentação cadastral disposto no Quadro Resumo.

2.12 – Não serão permitidas inclusões de **BENEFICIÁRIOS** que não comprovem o vínculo de elegibilidade com a **SUBCONTRATANTE**. Caso ocorra inclusão de **BENEFICIÁRIO** sem comprovação, a **AMIL** se reserva o direito de, a qualquer tempo, excluí-lo, sem prejuízo das perdas e dos danos decorrentes dessa inclusão indevida, bem como das penalidades contratuais cíveis e penais cabíveis.

2.13 – A **CONTRATANTE** se responsabiliza pela solicitação de inclusão e exclusão de **BENEFICIÁRIO**, bem como pelo envio da documentação correspondente, sem a qual a **AMIL** não poderá proceder à movimentação cadastral.

2.14 – Para fins de movimentação cadastral, esta poderá, ainda, ser feita pelo envio de documentação pertinente à inclusão ou exclusão do **BENEFICIÁRIO**, por funcionário indicado pela **CONTRATANTE**, que se responsabiliza pela informação, bem como pela entrega do respectivo comprovante em papel, layout, arquivo, e-mail ou qualquer outro meio que demonstre a veracidade da solicitação.

2.14.1 – Na hipótese de movimentação cadastral eletrônica, e para esse fim, a **AMIL** disponibilizará à **CONTRATANTE** senha de uso pessoal e intransferível, que permitirá o acesso a sistema próprio, ficando acertado desde já que a **CONTRATANTE**, por meio do detentor da mencionada senha, se responsabiliza por todas as movimentações realizadas, bem como pelo uso adequado do sistema.

2.14.2 – A **AMIL** fornecerá identificação específica aos **BENEFICIÁRIOS** incluídos no contrato, que os habilitará ao uso dos benefícios previstos no seu plano. A **AMIL** poderá, a seu critério, cobrar pela segunda via dessa documentação.

2.15 – As exclusões cadastrais somente poderão ser requeridas pela **CONTRATANTE**, salvo hipóteses elencadas na cláusula de CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE **BENEFICIÁRIO** e em casos de demissão, falecimento, separação, divórcio e perda das condições de elegibilidade, que implicarão a perda imediata do direito à cobertura do atendimento. O ônus decorrente de utilização indevida do sistema por **BENEFICIÁRIO** excluído do contrato será de responsabilidade exclusiva da **CONTRATANTE**, ficando a **AMIL** autorizada, desde logo, a efetuar a cobrança a ela dos custos incorridos.

2.15.1 – Quando da exclusão de **BENEFICIÁRIOS**, sejam eles titulares ou dependentes, também será realizada a cobrança no sistema de maneira pro rata, sendo concedido, na fatura subsequente, um crédito proporcional aos dias de cobertura do mês vigente.

2.16 – No caso de extinção automática do contrato ou no caso de se encontrar o contrato no decurso do prazo da denúncia prévia de extinção, não será permitida nenhuma exclusão ou inclusão, inclusive através do processo de movimentação cadastral eletrônica, que não decorra de nascimento, morte ou admissão até seu efetivo cancelamento.

3

CLÁUSULA TERCEIRA

OBJETO, NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

3.1 – O presente contrato tem por objeto a cobertura de custos de despesas médicas e hospitalares na rede credenciada da **AMIL**, mediante pagamento por conta e ordem do **BENEFICIÁRIO** ou reembolso, quando este for previsto no plano escolhido pelo **BENEFICIÁRIO** no momento da assinatura da Proposta Contratual, nos limites do Rol.

3.2 – A escolha do plano será feita exclusivamente entre os planos oferecidos na tabela de vendas vigente na região de atuação correspondente ao endereço da **CONTRATANTE**, indicados e descritos no Quadro Resumo que acompanha o presente contrato e é sua parte integrante.

4

CLÁUSULA QUARTA

TIPO DE CONTRATAÇÃO

4.1 – O tipo de contratação deste plano é coletivo empresarial, ou seja, aquele que oferece cobertura de atenção prestada ao **BENEFICIÁRIO** que integre uma população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária, definida nos termos das cláusulas 2.2 e 2.7.

5

CLÁUSULA QUINTA

SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE

5.1 – Vide Quadro Resumo e Proposta Contratual, partes integrantes deste contrato.

6

CLÁUSULA SEXTA

ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE

6.1 – Vide Quadro Resumo e Proposta Contratual, partes integrantes deste contrato.

7

CLÁUSULA SÉTIMA

ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE

7.1 – Vide Quadro Resumo e Proposta Contratual, partes integrantes deste contrato.

8

CLÁUSULA OITAVA

PADRÃO DE ACOMODAÇÃO

8.1 – O **BENEFICIÁRIO** terá direito, em caso de internação hospitalar, à cobertura para acomodação coletiva (enfermaria) ou privativa (quarto ou apartamento), de acordo com os planos contratados, conforme descrito no Quadro Resumo e na Proposta Contratual.

8.1.1 – Havendo indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos credenciados pelo plano, será garantido aos **BENEFICIÁRIOS** o acesso à acomodação, em nível superior, sem ônus adicional.

8.2 – O **BENEFICIÁRIO** que optar por internação hospitalar em acomodação superior à do seu plano, à exceção da hipótese prevista na cláusula 8.1.1, se tornará direta e unicamente responsável pelas despesas complementares dos serviços médicos e hospitalares (diferença de acomodação e honorários médicos).

8.2.1 – Os valores da diferença serão acertados diretamente pelo **BENEFICIÁRIO** com o serviço/hospital e a equipe médica assistente.

8

CLÁUSULA NONA

ATRIBUTOS DO CONTRATO

9.1 – A **AMIL**, operadora de planos privados de assistência à saúde, de acordo com o § 1º, do artigo 1º, da Lei nº 9.656/98, compromete-se, nos termos do plano escolhido, a cobrir os custos das despesas correspondentes aos serviços médico-hospitalares previstos no Rol vigente à época do evento para tratamento de todas as doenças da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde. Os serviços serão prestados por terceiros aos **BENEFICIÁRIOS** do contrato, obedecendo à rede credenciada do plano escolhido, aos limites de reembolso, caso esse se aplique ao plano escolhido, à abrangência contratual, aos parâmetros estabelecidos pela legislação vigente e às demais condições, exclusões e limites definidos neste contrato.

9.2 – O presente contrato, regido pela Lei nº 9.656/98 e sua regulamentação setorial vigente, bem como subsidiariamente pelo Código de Defesa do Consumidor e pelo Código Civil de 2002, reveste-se de característica bilateral, gerando direitos e obrigações às partes. Este contrato é aleatório, de adesão, na forma do disposto no artigo 54, do Código de Defesa do Consumidor, e nos artigos 458 a 461, do Código Civil de 2002. Assume o **BENEFICIÁRIO** o risco de não vir a existir a cobertura da referida assistência, seja pela incorrência do evento do qual será gerada a obrigação da **AMIL** em garantí-la ou em razão de o evento não constar do Rol vigente.

10

CLÁUSULA DÉCIMA

COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

10.1 – A cobertura se dará nos limites e nas características do plano escolhido, de acordo com o Quadro Resumo e Proposta Contratual, limitada às hipóteses e disposições previstas no Rol vigente à época do evento, sendo certo, ainda, que essa cobertura, desde que realizada nos limites do contrato, e será assegurada independentemente do local de origem do evento.

10.1.1 – Serão garantidas as coberturas assistenciais dos eventos e procedimentos que necessitem de anestesia, com ou sem a participação de profissional médico anestesiologista, caso haja indicação clínica.

A – Procedimentos ambulatoriais

10.2 – Está compreendida, neste contrato, a cobertura para o atendimento de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, bem como planejamento familiar, assim definido na Lei nº 11.935/2009 e legislação vigente.

10.2.1 – Está excetuada a cobertura da inseminação artificial, conforme disposto na cláusula 11.1.9 deste contrato.

10.3 – Está compreendida, no contrato, a cobertura limitada exclusivamente às coberturas do Rol vigente, dentre elas os seguintes procedimentos considerados especiais:

- I – cobertura de consultas médicas em número ilimitado em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas), inclusive obstétrica para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM);
- II – cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitados pelo médico ou cirurgião-dentista assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação;
- III – cobertura de medicamentos registrados/regularizados na Anvisa, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no Rol, respeitada a causa de exclusão contratual nos termos da cláusula 11.1.13;
- IV – cobertura de consultas ou sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo de acordo com o estabelecido no Rol;
- V – cobertura de psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido Rol, que poderá ser realizada tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado;
- VI – cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol, que podem ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, em número ilimitado de sessões por ano;

- VII – cobertura das ações de planejamento familiar, listadas no Rol, para segmentação ambulatorial;
- VIII – cobertura de atendimento caracterizado como de urgência e emergência, conforme resolução específica vigente sobre o tema;
- IX – cobertura de remoção, depois de realizados os atendimentos classificados como de urgência ou emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao paciente ou pela necessidade de internação;
- X – cobertura de hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;
- XI – 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;
- XII – cobertura de medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, de acordo com o disposto na cláusula 11.1.16 e 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 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;

b) medicamento fracionado – aquele fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição do órgão competente – Anvisa.

XIII – cobertura dos procedimentos de radioterapia listados no Rol para a segmentação ambulatorial;

XIV – cobertura dos procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais que prescindam 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 segmento ambulatorial do Rol;

XV – cobertura de hemoterapia ambulatorial;

XVI – cobertura das cirurgias oftalmológicas ambulatoriais listadas no Rol.

B – Serviços complementares de diagnóstico e tratamento

10.4 – Os **BENEFICIÁRIOS** deste contrato terão direito, nos limites dos planos escolhidos e observando-se, entre outros, a segmentação, a área de abrangência estabelecida no contrato e as hipóteses previstas no Rol vigente à época do evento, à cobertura para os custos dos serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista devidamente habilitado, desde que não se caracterize como internação, observando-se:

10.4.1 – Cobertura para os custos de consultas e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, psicólogo e terapeuta ocupacional, de acordo com o número estabelecido no Rol vigente à época do evento.

10.4.2 – Cobertura de psicoterapia, de acordo com o número de sessões estabelecidas no Rol vigente, que poderá ser realizada tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado.

10.4.3 – Cobertura de procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol vigente à época do evento, em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta.

10.4.4 – Os **BENEFICIÁRIOS** deste contrato terão direito, ainda, à cobertura para os custos dos procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais que não necessitem de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares.

C – Internações hospitalares

10.5 – A **AMIL** garante ao **BENEFICIÁRIO**, desde que solicitado pelo médico assistente, observadas as demais condições deste contrato, aqui incluída a previsão no Rol, a cobertura para os seguintes serviços hospitalares:

10.5.1 – Internações hospitalares, conforme o padrão de acomodação contratado, sem limites de prazos, valores e quantidades, desde que devidamente justificadas através de relatório médico e consoante com a boa prática médica, em hospitais e clínicas básicas e especializadas, para procedimentos clínicos ou cirúrgicos reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina, incluindo os procedimentos obstétricos e de alta complexidade, na segmentação que inclui previsão obstétrica, relacionados no Rol.

10.5.2 – Internações eletivas ou programadas somente terão cobertura quando autorizadas previamente pela **AMIL**, respeitados os prazos dispostos na RN 259/11 ou da norma que eventualmente a substitua.

10.5.3 – Internações hospitalares em centro de terapia intensiva ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente, desde que devidamente justificadas através de relatório médico e consoante com a boa prática médica.

10.5.4 – Procedimentos cirúrgicos bucomaxilofaciais listados no Rol 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.

10.5.5 – 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.

10.6 – Está compreendida, no contrato, a cobertura limitada exclusivamente às coberturas do Rol, entre elas os seguintes procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:

- a) hemodiálise e diálise peritoneal (CAPD);
- b) quimioterapia oncológica ambulatorial, como definida no Rol, e os medicamentos para tratamento antineoplásico domiciliar de uso oral;
- c) procedimentos radioterápicos previstos no Rol para as segmentações ambulatorial e hospitalar;
- d) hemoterapia;
- e) nutrição parenteral ou enteral;
- f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol;
- g) embolizações listadas no Rol;
- h) radiologia intervencionista;
- i) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- j) procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol;
- k) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato, mediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes listados no Rol, exceto o fornecimento de medicação de manutenção.

10.7 – A cobertura de toda e qualquer taxa relacionada ao procedimento médico ocorrerá de acordo com o plano contratado, incluindo materiais utilizados (nacionalizados e reconhecidos pelo órgão governamental competente – Anvisa).

10.8 – A cobertura das despesas, incluindo alimentação e acomodação, relativas ao acompanhante, salvo contraindicação do médico ou cirurgião-dentista assistente, nos seguintes casos:

- a) crianças e adolescentes menores de 18 anos;
- b) idosos a partir do 60 anos;
- c) pessoas portadoras de deficiência;
- d) pré-parto, parto, pós parto imediato.

10.8.1 – Entende-se por despesas de acompanhante a mesma acomodação do paciente e alimentação, quando fornecida pelo hospital e incluída na conta hospitalar.

10.8.2 – A cobertura das despesas com acompanhante durante o pós-parto imediato se dará por 48h, podendo estender-se por até 10 dias, quando indicado pelo médico assistente.

10.9 – A cobertura de exames complementares indispensáveis para diagnóstico e controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, constantes do Rol, o 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.

10.10 – Cobertura dos custos de honorários médicos através de utilização de rede credenciada, de acordo com os termos e as condições do contrato.

10.11 – Cobertura dos serviços gerais de enfermagem, exceto em caráter particular.

10.12 – Cobertura para leitos especiais, monitores e toda a aparelhagem e materiais indispensáveis ao tratamento.

10.13 – Custeio com alimentação específica ou normal, fornecida pelo hospital, até a alta hospitalar, limitada aos recursos do estabelecimento.

10.14 – Cobertura de cirurgia plástica reconstrutiva de mama em que utiliza todos os meios e técnicas necessárias para o tratamento de mutilação decorrente de utilização técnica de tratamento do câncer, abrangendo, inclusive, a mama colateral.

10.15 – A cirurgia plástica reparadora terá cobertura contratual quando efetuada, exclusivamente, para restauração total ou parcial de funções em órgãos e membros, seja em lesão decorrente de enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita.

10.16 – O **BENEFICIÁRIO** terá o direito à cobertura de próteses, órteses e seus acessórios, nacionalizados e reconhecidos pelo órgão governamental competente (Anvisa), exclusivamente utilizados e necessários à realização do ato cirúrgico objeto da cobertura, observando-se os requisitos previstos na cláusula que trata dos mecanismos de regulação, sobretudo o previsto na cláusula 17.3.4 e seguintes.

10.17 – A cobertura dos custos dos transplantes, previstos no Rol, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, somente será autorizada na rede credenciada específica divulgada pela **AMIL** para a realização de transplantes de órgãos. Não haverá nenhuma cobertura para transplante não previsto no Rol ou realizado fora da rede credenciada específica.

10.17.1 – A cobertura de transplantes listados no Rol e dos procedimentos a eles vinculados inclui:

- a) as despesas assistenciais com doadores vivos, pré-operatórias e durante a internação para o transplante;
- b) os medicamentos utilizados durante a internação;
- c) o acompanhamento clínico em todo o período pós-operatório, que compreende não só o pós-operatório imediato (primeiras 24 horas da realização da cirurgia) e mediato (entre 24 horas e 48 horas da realização da cirurgia), mas também o pós-operatório tardio (a partir de 48 horas da realização da cirurgia), exceto medicamentos de manutenção;
- d) as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de resarcimento ao SUS.

10.17.2 – Não estão cobertas as despesas relativas à identificação e seleção de doadores.

10.18 – Os **BENEFICIÁRIOS** candidatos a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme a 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.

10.19 – Fica assegurada a cobertura para a remoção do **BENEFICIÁRIO**, realizada por serviços credenciados e por meio de ambulância terrestre, DE HOSPITAL PARA OUTRO HOSPITAL, dentro dos limites de abrangência geográfica prevista para o produto contratado, desde que comprovadamente necessária para fins médicos e após prévia autorização da **AMIL**. Não haverá cobertura para remoção de residência ou local de trabalho para hospital, nem de hospital para sua residência e/ou local de trabalho.

10.20 – As internações sob o regime de hospital-dia ou de curta permanência dar-se-ão de acordo com a solicitação do médico assistente.

D – Obstetrícia

10.21 – Nos planos com segmentação assistencial Referência ou Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia, a **BENEFICIÁRIA**, na forma do presente, terá direito à cobertura da assistência OBSTÉTRICA, nos limites do plano escolhido, observando-se, entre outros, a segmentação, a área de abrangência estabelecida no contrato e as hipóteses previstas no Rol, compreendendo essa cobertura o pré-natal, as intercorrências da gravidez, o parto e o puerpério, desde que solicitada pelo médico assistente e mediante guia de encaminhamento previamente emitida pela **AMIL** e respeitando as carências estabelecidas.

10.21.1 – É assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do **BENEFICIÁRIO titular**, ou que detenha guarda provisória ou definitiva, a inclusão como dependente desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento, da adoção ou do termo de guarda provisória ou definitiva.

10.21.2 – É assegurada ao recém-nascido, filho natural do titular ou de qualquer outro **BENEFICIÁRIO** do contrato, a cobertura assistencial durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, na vigência e de acordo com os termos do contrato.

10.21.3 – Ao recém-nascido inscrito em até 30 dias após o parto serão impostos os seguintes prazos de carência:

- a) caso o **BENEFICIÁRIO**, pai ou mãe, ou responsável legal tenha cumprido o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias, o recém-nascido será isento do cumprimento de carências para cobertura assistencial;
- b) caso o **BENEFICIÁRIO**, pai ou mãe, ou responsável legal não tenha cumprido o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias, a cobertura assistencial a ser prestada ao recém-nascido seguirá o limite da carência já cumprida pelo **BENEFICIÁRIO**.

10.21.4 – Não caberá qualquer alegação de doença ou lesão preexistente, desde que a inscrição do recém nascido ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento, da guarda, tutela ou da adoção.

E – Do tratamento dos transtornos psiquiátricos

10.22 – Estão cobertos pelo presente contrato, nos limites do plano escolhido, observando-se, entre outros, a segmentação, a área de abrangência estabelecida no contrato e as hipóteses contempladas no Rol, os tratamentos básicos (em regime ambulatorial) e de internação (em regime hospitalar) de todos os transtornos psiquiátricos codificados pelo CID-10, incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões autoinfligidas.

Em regime ambulatorial estão cobertos:

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

10.23.1 – Atendimento à psicoterapia, entendido como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência, limitado a 12 (doze) sessões por ano contratual, não cumuláveis.

10.23.2 – Considera-se para a situação anteriormente descrita a pessoa que estiver sob risco de dano pessoal imediato provocado por transtorno mental, conforme atestado pelo médico assistente, em consonância com as diretrizes de utilização de acordo com o Rol vigente à época do fato.

10.23.3 – Tratamento básico, prestado por médico, em número ilimitado de consultas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo médico assistente.

Em regime hospitalar, estão cobertas:

10.24 – As internações em hospital-dia para transtornos mentais que se realizarem nos limites estabelecidos pelo contrato, pelo Rol, sempre em hospitais especializados ou unidades psiquiátricas de hospitais gerais.

10.24.1 – O custeio dos 30 (trinta) primeiros dias de internação por ano em hospital psiquiátrico, unidade ou enfermaria em hospital geral para internação psiquiátrica será realizado nos mesmos moldes das demais internações.

10.25 – Após os 30 (trinta) dias de internação psiquiátrica, contínuos ou não, a cada 12 meses de contrato, caberá ao **BENEFICIÁRIO** arcar com coparticipação de 50% (cinquenta por cento) das despesas médica hospitalares, conforme estabelecido na legislação e regulamentação vigentes.

10.26 – A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais deverá priorizar o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e sempre que houver indicação do médico assistente.

10.27 – Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões autoinfligidas, estão cobertos, nos limites do Rol e sem prejuízo das hipóteses de exclusão de cobertura.

11

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA

EXCLUSÕES DE COBERTURA

11.1 – Este contrato não prevê a cobertura de custos ou reembolso para os eventos excluídos ou sem cobertura obrigatória pela Lei nº 9.656/98 e sua regulamentação, entre os quais os seguintes:

11.1.1 – Eventos ocorridos em casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declaradas pela autoridade competente.

11.1.2 – Internações hospitalares, tratamentos ambulatoriais, exames diagnósticos, terapias e consultas médicas realizadas por profissionais de especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

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

11.1.4 – Tratamento clínico ou cirúrgico experimental.

11.1.4.1 – São experimentais aqueles assim considerados pelo Conselho Federal de Medicina: os que empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registradas/não regularizadas no país e aqueles cujas indicações não constem da bula/manual registrado na Anvisa.

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

11.1.6 – Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico, bem como medicamentos, próteses e órteses não nacionalizados ou não reconhecidos pela Anvisa.

11.1.7 – Enfermagem particular e assistência médica ou odontológica domiciliar.

11.1.8 – Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, tratamentos clínicos e cirúrgicos para emagrecimento com finalidade estética, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, SPA, estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em regime hospitalar.

11.1.9 – Inseminação artificial, assim definida 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 intrafallopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas.

11.1.10 – Despesas com acompanhante, exceto no caso de internação de **BENEFICIÁRIOS** menores de 18 (dezoito) anos, com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, gestantes (no trabalho de parto, parto e pós-parto imediato) ou, por fim, portadores de necessidades especiais (desde que haja indicação do médico assistente).

11.1.11 – Despesas extraordinárias não previstas no contrato ou não sujeitas a cobertura, como telefonemas, frigobar, televisão, descartáveis de uso pessoal, preparo do corpo pós-morte e outras definidas pelo estabelecimento hospitalar. Nessas hipóteses, deverá ocorrer pagamento pelo **BENEFICIÁRIO** diretamente ao hospital, não sendo passível de reembolso pela **AMIL**.

11.1.12 – Transplantes, exceto os listados no Rol vigente à data do evento.

11.1.13 – Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, isto é, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na Anvisa.

11.1.14 – Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar ou ambulatorial (consultório), medicamentos estes entendidos como os que não requerem administração assistida, ou seja, não necessitam de intervenção ou supervisão direta de profissional de saúde habilitado ou cujo uso não é exclusivamente hospitalar, podendo ser adquiridos por pessoas físicas em farmácias de acesso ao público e administrados em ambiente externo ao de unidade de saúde (hospitais, clínicas, ambulatórios e urgência e emergência).

11.1.15 – Fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar, cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS do Ministério da Saúde (Conitec).

11.1.16 – Fornecimento de quimioterápicos orais, não nacionalizados e não reconhecidos pelo órgão governamental competente (Anvisa) e os ministrados em regime domiciliar, exclusão esta prevista no artigo 10, VI, da Lei nº 9.656/98.

11.1.17 – Consultas, aluguel de equipamentos, aluguel de aparelhos e tudo que for relacionado à assistência médica domiciliar.

11.1.18 – Cobertura de cirurgia refrativa (PRK ou LASIK) para pacientes, exceto se preenchidas as condições previstas no Rol vigente à época do evento.

11.1.19 – Procedimentos odontológicos, salvo os previstos no Rol vigente à época do evento.

11.1.20 – Remoção por via aérea, exceto quando por meio de aditivo específico.

11.1.21 – Todos e quaisquer procedimentos não constantes ou não realizados nos termos do previsto no Rol vigente à época do evento.

12

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA

DA DURAÇÃO DO CONTRATO

12.1 – O período de vigência do contrato será de 12 (doze) meses. A data do início da vigência dar-se-á de acordo com o estabelecido no Quadro Resumo.

12.1.1 – O presente contrato, após sua vigência mínima inicial de 12 (doze) meses e caso nenhuma das partes se manifeste previamente pela não renovação no prazo estabelecido na cláusula 23.2.1, será renovado automaticamente por prazo indeterminado, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação, bem como a incidência de qualquer período adicional de carências.

13

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA

PERÍODO DE CARÊNCIA

13.1 – Para os contratos firmados com número de participantes igual ou superior a 30 (trinta) **BENEFICIÁRIOS** e enquanto for mantida essa quantidade mínima, não poderá ser exigido o cumprimento de prazos de carência, desde que o **BENEFICIÁRIO** formalize o pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica **SUBCONTRATANTE**. Depois de decorrido o prazo de 30 (trinta) dias supramencionado, a inclusão de **BENEFICIÁRIOS** ocorrerá com a exigência de cumprimento dos prazos de carência.

13.2 – No caso de inclusão após os 30 dias, o **BENEFICIÁRIO** ou seu representante legal deverá preencher a declaração de saúde, informando à **AMIL** a condição sabida de doença ou lesão preexistente, previamente à época do início de vigência do contrato ou adesão contratual, sob pena de caracterização de fraude, sujeito a suspensão ou rescisão do contrato, conforme disposto no inciso II, do parágrafo único, do artigo 13, da Lei nº 9.656/98, sem prejuízo das penalidades contratuais, cíveis e penais cabíveis.

13.3 – A observância das carências será feita sempre em conformidade com os limites, as condições e o início da vigência estabelecida no plano contratado, sendo contadas a partir do ingresso do **BENEFICIÁRIO** no contrato de plano de saúde, sendo os seguintes os prazos:

- a) 24 (vinte e quatro) horas para cobertura, após o início de vigência do contrato, sendo que:
 - a.1) no Plano de Segmentação Referência – a cobertura será integral após esse período, nos termos da legislação vigente;
 - a.2) no Plano de Segmentação Hospitalar sem Obstetrícia – a cobertura será integral após esse período para as urgências decorrentes de acidente pessoal. Nas demais hipóteses de urgência e emergência, a cobertura será apenas para as 12 (doze) primeiras horas em regime de ambulatório, nos termos da legislação vigente;

- a.3) no Plano de Segmentação Hospitalar com Obstetrícia – a cobertura será integral após esse período para as urgências e emergências decorrentes de acidente pessoal e para as complicações do processo gestacional. Nas demais hipóteses de urgência e emergência, a cobertura será apenas para as primeiras 12 (doze) horas em regime de ambulatório, nos termos da legislação vigente;
- a.4) no Plano de Segmentação Ambulatorial – a cobertura para urgência e emergência será apenas para as primeiras 12 (doze) horas em regime de ambulatório, nos termos da legislação vigente.
- b) 30 (trinta) dias para custeio de consultas em consultórios, clínicas e centros médicos, exames básicos de apoio diagnóstico e procedimentos terapêuticos ambulatoriais básicos;
- c) 180 (cento e oitenta) dias para cobertura dos custos de procedimentos de alta complexidade, exames especiais de apoio diagnóstico, procedimentos terapêuticos ambulatoriais e especiais, exames e procedimentos de alta complexidade, honorários médicos de internações e custos hospitalares de internações;
- d) 180 (cento e oitenta) dias para o custeio de internação hospitalar para tratamento de transtornos psiquiátricos;
- e) 300 (trezentos) dias para a cobertura dos custos de parto a termo.

14

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA

DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

14.1 – Para fins do presente contrato, são consideradas doenças e lesões preexistentes aquelas das quais o(s) **BENEFICIÁRIO** (s) ou seu representante legal saiba(am) ser portador(es) ou sofredor(es) no momento da contratação ou adesão ao plano de saúde.

14.2 – Para os contratos firmados com número de participantes igual ou superior a 30 (trinta) **BENEFICIÁRIOS** e enquanto for mantida essa quantidade mínima, não poderá ser exigido o cumprimento de cláusula de agravio ou Cobertura Parcial Temporária nos casos de doenças ou lesões preexistentes, desde que o **BENEFICIÁRIO** formalize o pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica **SUBCONTRATANTE**. Depois de decorrido o prazo de 30 (trinta) dias supramencionado, a inclusão de **BENEFICIÁRIOS** ocorrerá com a exigência de cumprimento de Cobertura Parcial Temporária.

14.3 – No caso de inclusão após o 30º dia da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica **SUBCONTRATANTE**, o **BENEFICIÁRIO** ou seu representante legal deverá preencher a Declaração de Saúde, informando à **AMIL** a condição sabida de doença ou lesão preexistente, previamente à época do início de vigência do contrato ou adesão contratual, sob pena de caracterização de fraude, sujeita a suspensão ou rescisão do contrato, conforme disposto no inciso II, do parágrafo único do artigo 13, da Lei nº 9.656/98.

14.4 – O **BENEFICIÁRIO** será orientado a preencher a Declaração de Saúde através da Carta de Orientação ao **BENEFICIÁRIO**, que é parte integrante obrigatória deste contrato e padronizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

14.5 – O **BENEFICIÁRIO** poderá escolher um médico, para auxiliá-lo no preenchimento da Declaração de Saúde, pertencente à lista de profissionais médicos da rede de prestadores credenciados ou referenciados pela **AMIL**, sem nenhum ônus para ele.

14.6 – Caso o **BENEFICIÁRIO** opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da **AMIL**, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus dessa entrevista.

14.7 – A entrevista qualificada não é obrigatória, sendo uma opção dos **BENEFICIÁRIOS**, e se constitui no preenchimento da Declaração de Saúde, elaborada pela **AMIL**, e terá como objetivo principal relacionar, se for o caso, todas as doenças de conhecimento prévio do **BENEFICIÁRIO TITULAR** em relação a ele próprio e a todos os dependentes integrantes de seu contrato.

14.8 – O médico escolhido atuará como orientador, esclarecendo, no momento do preenchimento do formulário, todas as questões relativas às principais doenças ou lesões passíveis de serem classificadas como preexistentes, às alternativas de cobertura e demais consequências em relação à sua omissão.

14.9 – Sendo constatada por perícia, na entrevista qualificada ou por meio de declaração do **BENEFICIÁRIO**, a existência de doenças ou lesões preexistentes, e, nessas condições, assinado o contrato, a **AMIL** aplicará a Cobertura Parcial Temporária (CPT).

14.10 – Caso ocorra urgência ou emergência durante o período de CPT, haverá cobertura após 24 (vinte e quatro) horas do início de vigência do contrato somente para as primeiras 12 (doze) horas em regime de ambulatório, independentemente da segmentação do plano, estando, portanto, excluídos, entre outras, a internação e todos os procedimentos do item Conceito, do presente instrumento.

14.11 – A opção da **CONTRATANTE** ou do **BENEFICIÁRIO** pela Cobertura Parcial Temporária (CPT) não exclui a obrigatoriedade do cumprimento dos prazos de carência previstos neste contrato e vice-versa.

14.12 – Fica definida a proibição de alegação de omissão de informação de doença ou lesão preexistente quando for realizado, com vistas à admissão do **BENEFICIÁRIO** no plano de saúde, qualquer tipo de exame ou perícia no **BENEFICIÁRIO** pela **AMIL**.

14.13 – Sendo constatado indício de fraude por parte do **BENEFICIÁRIO**, referente à omissão de conhecimento de doenças e/ou lesões preexistentes por ocasião da contratação ou adesão ao plano de saúde, a **AMIL** comunicará imediatamente a constatação da omissão de informação por meio de Termo de Comunicação, conforme legislação vigente.

14.13.1 – Nesse momento a **AMIL** poderá:

- a) oferecer a Cobertura Parcial Temporária, a partir da data de recebimento do Termo de Comunicação, até completar o período máximo de 24 (vinte e quatro) meses do início de vigência do contrato ou adesão do plano; e/ou
- b) solicitar abertura de processo administrativo perante a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), visando à rescisão contratual, e/ou responsabilizar o **BENEFICIÁRIO** pela utilização indevida.

14.13.2 – Acolhida a alegação da **AMIL** pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) ou pelo Judiciário, o **BENEFICIÁRIO** passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas pela **AMIL** com a assistência médico-hospitalar prestada em razão de omissão/fraude (todas as despesas com procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos) e que tenham relação com a doença ou lesão preexistente, a partir da comunicação citada na cláusula 14.13.

14.13.3 – Até a publicação, pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), do encerramento do processo administrativo, não haverá, sob qualquer alegação, a negativa de cobertura assistencial, assim como a suspensão ou rescisão unilateral do contrato.

15

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

15.1 – Nos limites do plano escolhido, observando-se, entre outros, a segmentação, a área de abrangência geográfica estabelecida no contrato e as hipóteses previstas no Rol, estão cobertos pelo presente contrato os atendimentos nas unidades credenciadas para esse fim, em regime ambulatorial e de internação, os casos de urgência e emergência (definidos abaixo), nos termos e limites das cláusulas seguintes:

15.1.1 – Urgência – assim entendidos os casos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional;

15.1.2 – Emergência – como tal definidos os casos que implicarem risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizados em declaração do médico assistente.

15.2 – Nos contratos em que os prazos de carência ainda não tenham sido cumpridos, deverão ser observadas as seguintes regras de cobertura para urgência e emergência, nos termos da regulamentação vigente:

a) os acidentes pessoais (urgência) terão cobertura após 24 (vinte e quatro) horas do início de vigência do contrato, nos contratos de segmentação hospitalar;

b) as complicações do processo gestacional (urgência) terão cobertura de 12 (doze) horas para atendimento em regime ambulatorial;

- c) as emergências terão cobertura limitada às primeiras 12 (doze) horas para atendimento em regime ambulatorial;
- d) no Plano Segmentação Referência é garantida a cobertura, ambulatorial e hospitalar, para urgência e/ou emergência após 24 (vinte e quatro) horas de vigência do contrato, somente para os casos em que não forem consideradas doenças e lesões preexistentes.

15.3 – Nos contratos que envolvam Cobertura Parcial Temporária para doenças e lesões preexistentes, a cobertura do atendimento de urgência e emergência para essa doença ou lesão será igual àquela estabelecida para os planos ambulatoriais, ou seja, estará limitada às primeiras 12 (doze) horas ou até que ocorra a necessidade de internação e que resulte na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade.

15.3.1 – Caso seja necessário, para a continuidade do atendimento de urgência ou emergência, a realização de procedimento exclusivo da cobertura hospitalar cessará, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e mesmo que em tempo menor do que 12 (doze) horas, passando a responsabilidade financeira da internação a ser do **BENEFICIÁRIO** ou seu responsável legal, não cabendo nenhum ônus à **AMIL**.

15.4 – Após o período de 12 (doze) horas estabelecido nos itens acima, o **BENEFICIÁRIO** deverá ser removido, por via terrestre, às expensas da **AMIL**, para uma unidade do Sistema Único de Saúde (SUS), dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, desde que comprovadamente necessária a remoção e após prévia autorização da **AMIL**, respeitada a previsão disposta na cláusula 15.10.

Remoção

15.5 – Haverá garantia de cobertura para remoção terrestre, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pelo serviço prestador para a continuidade de atenção ao paciente.

15.6 – Nos termos das cláusulas 15.3 e 15.4 e suas subcláusulas, haverá garantia de cobertura para remoção terrestre para unidade do SUS, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, limitada até as 12 (doze) primeiras horas do atendimento, quando caracterizada, pelo médico assistente, nos seguintes casos:

- a) o **BENEFICIÁRIO** estar cumprindo período de carência para internação;
- b) em que houver Cobertura Parcial Temporária que resulte na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças e lesões preexistentes.

15.7 – Se não for possível a remoção, em face de risco iminente de morte do paciente, e não havendo cobertura contratual para o evento, o custeio será de exclusiva responsabilidade do **BENEFICIÁRIO**, da **CONTRATANTE** ou de terceiro(s) responsável(is) perante o serviço prestador, pelo que deverão ajustar a obrigação financeira dos procedimentos, estando a **AMIL** isenta desses ônus e coberturas.

15.8 – Fica ainda certo que não haverá cobertura de custos para a remoção de paciente de sua residência ou local de trabalho para um hospital, nem de um hospital para sua residência e/ou local de trabalho.

15.9 – Na remoção, a **AMIL** deverá disponibilizar cobertura em ambulância com os recursos técnicos necessários à segurança da manutenção da vida.

15.10 – Quando o **BENEFICIÁRIO** ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de Termo de Responsabilidade, pela continuidade do tratamento em uma unidade diferente daquela estipulada, a **AMIL** estará desobrigada da responsabilidade médica (ônus decorrentes da internação) e do ônus financeiro da remoção.

Ressarcimento

15.11 – O ressarcimento dos custos pelo atendimento realizado por serviço médico-hospitalar não credenciado será efetuado, nos limites das obrigações contratuais e na abrangência geográfica **CONTRATADA**, para as despesas realizadas pelo **BENEFICIÁRIO** com assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência comprovada através dos documentos relacionados nos itens abaixo e na impossibilidade justificada de não utilização dos serviços contratados, credenciados ou referenciados pela **AMIL**, em conformidade com o artigo 12, VI, da Lei nº 9.656/1998.

15.12 – O ressarcimento de que trata o item anterior será efetuado de acordo com a Tabela **AMIL** de Reembolso, pagável no prazo máximo de 30 (trinta) dias úteis, contados da data do recebimento dos documentos originais, conforme documentos especificados na cláusula 16.5, bem como nos termos da cláusula 16.7 deste contrato.

15.13 – Os documentos (recibos, laudos e relatórios médicos) deverão ser entregues à **AMIL** (diretamente ou em um endereço local indicado pela **AMIL**) no prazo máximo de até 12 (doze) meses corridos, contados a partir da data em que ocorrer o evento médico ou após a alta hospitalar. O decurso do prazo de 12 (doze) meses acarretará a perda do direito de ressarcimento.

15.14 – Se a documentação não contiver todos os dados comprobatórios que permitam o cálculo correto do ressarcimento, a **AMIL** poderá solicitar à **CONTRATANTE** documentação ou informações complementares sobre o procedimento a ser ressarcido, o que acarretará novo prazo de 30 (trinta) dias úteis da data da juntada do novo documento.

15.15 – O ressarcimento será pago ao **BENEFICIÁRIO** solicitante em até 30 (trinta) dias, a contar da entrega dos documentos pertinentes, sendo indispensável a indicação do número do CPF, em obediência às normas estabelecidas pela Secretaria da Receita Federal do Ministério da Fazenda.

15.16 – Só serão ressarcidas as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao **BENEFICIÁRIO**.

ACESSO À LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES

16.1 – Nos planos que possuem opção de reembolso, o cálculo do montante devido na utilização de livre escolha é feito em função dos multiplicadores definidos no plano escolhido, conforme discriminado na tabela constante do Quadro Resumo.

16.2 – Nos planos que possuem opção de reembolso, o **BENEFICIÁRIO** poderá, em consonância com o plano escolhido, utilizar os serviços médicos auxiliares de diagnóstico e tratamento de sua livre escolha e também os integrantes da rede credenciada do plano escolhido pelo **BENEFICIÁRIO**.

16.3 – Fica certo que, para os serviços integrantes da rede credenciada do plano escolhido, a **AMIL** pagará os serviços diretamente ao prestador por conta e ordem do **BENEFICIÁRIO**, nos limites e nas condições do plano escolhido, não sendo cabível, nessa hipótese, qualquer pedido de reembolso.

16.4 – O reembolso dos custos pelo atendimento realizado por serviço médico-hospitalar não credenciado será efetuado nos limites das obrigações contratuais e na abrangência geográfica **AMIL**, e seu cálculo é feito em função de multiplicadores definidos no plano escolhido, que serão aplicados sobre os valores previstos na Tabela **AMIL** de Reembolso vigente no momento da contratação e suas atualizações.

16.4.1 – Essa tabela e a rede credenciada específica de cada plano da **AMIL** estão à disposição no site www.amil.com.br e na sede da **AMIL** para consulta dos **BENEFICIÁRIOS**. Neles constam a lista de todos os prestadores de serviços aos quais o **BENEFICIÁRIO** poderá ter acesso sem precisar solicitar reembolso de despesas, bem como os quantitativos de coeficientes de honorários (CH) reembolsáveis. Eventuais dúvidas acerca dessa tabela poderão ser sanadas através do teleatendimento da **AMIL**.

16.4.2 – O valor de reembolso é obtido através da seguinte fórmula: fator multiplicador de reembolso X quantitativo em URAs (Unidade de Reembolso **AMIL**, expressa na Tabela **AMIL** de Reembolso) X valoração da URA (Unidade de Reembolso **AMIL**).

16.4.2.1 – Unidade de Reembolso **AMIL** (URA) – é o coeficiente expresso em moeda corrente nacional, definido no momento da contratação do plano de saúde. Os valores de partida da URA estão dispostos no Quadro Resumo e seus valores vigentes estarão disponíveis no site www.amil.com.br, na “área logada do cliente”, ora **BENEFICIÁRIO**.

16.4.2.2 – O valor da URA de reembolso poderá, eventualmente, ser reajustado em periodicidade não inferior a 12 meses, respeitando sempre o previsto na Consu nº 8, alterada pela Consu nº 15, que determina que o valor do reembolso não será inferior ao praticado na rede credenciada.

16.4.2.3 – O reajuste do valor da URA será de acordo com a variação do IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Ampliado).

16.4.3 – O valor de reembolso das despesas médicas provenientes do sistema de livre escolha não será inferior ao praticado diretamente na rede credenciada ou referenciada do local da prestação do serviço médico realizado.

16.5 – Os documentos (recibos, laudos e relatórios médicos) deverão ser entregues à **AMIL** (diretamente ou em um endereço local indicado pela **AMIL**) no prazo máximo de até 12 (doze) meses corridos, contados a partir da data em que ocorrer o evento médico ou após a alta hospitalar, conforme descrição abaixo:

- a) consulta – recibos ou nota fiscal válidos como recibo (quitação da nota fiscal), com a especificação de consulta, nome do paciente, valor cobrado, valor de desconto, quando houver, assinatura e carimbo do médico, CPF e/ou CNPJ, CRM, endereço legível do médico assistente e data da realização do evento; não será aceito o desmembramento de recibos para o mesmo evento;
- b) atendimento de pronto-socorro hospitalar – nota fiscal válida como recibo (quitação da nota fiscal), com a especificação e discriminação do atendimento realizado, nome do paciente, valor cobrado, valor de desconto, quando houver, assinatura do responsável pelo serviço, CPF e/ou CNPJ, CRM, ISS, endereço legível e data da realização do evento;

- c) exames complementares e serviços de diagnóstico e tratamento – recibos ou nota fiscal válida como recibo (quitação da nota fiscal), com a especificação e discriminação de cada exame realizado, nome do paciente, valor cobrado, valor de desconto, quando houver, assinatura do responsável pelo serviço, CPF e/ou CNPJ, CRM, ISS, endereço legível e data de realização do evento;
- d) honorários médicos durante a internação – recibos ou nota fiscal válida como recibo (quitação da nota fiscal) contendo todos os dados do médico assistente e de cada um dos componentes de sua equipe, separadamente, declarando o tipo de atendimento prestado, vinculados ao laudo médico, nome do paciente, valor cobrado, valor de desconto, quando houver, assinatura, CPF e/ou CNPJ, CRM, endereço legível e data da realização do evento.

16.5.1 – O decurso do prazo de 12 (doze) meses acarretará a perda do direito de reembolso.

16.5.2 – O reembolso será pago ao **BENEFICIÁRIO** solicitante em até 30 (trinta) dias úteis da entrega dos documentos pertinentes, sendo indispensável a indicação do número do CPF, em obediência às normas estabelecidas pela Secretaria da Receita Federal, do Ministério da Fazenda.

16.5.3 – Só serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao **BENEFICIÁRIO**.

16.6 – A **AMIL** se reserva o direito de analisar todo e qualquer valor apresentado para fins de reembolso, comparando-os com os valores levantados para práticas idênticas ou similares.

16.7 – Se a documentação não contiver todos os dados comprobatórios que permitam o cálculo correto do reembolso, no caso de dúvida, a **AMIL** poderá solicitar do **BENEFICIÁRIO** documentação ou informações complementares sobre o procedimento a ser resarcido, o que acarretará novo prazo de 30 (trinta) dias úteis da data da juntada do novo documento.

16.7.1 – Após a entrega de toda a documentação, os valores aprovados para reembolso serão pagos ao **BENEFICIÁRIO titular**, no novo prazo máximo de até 30 (trinta) dias úteis, sendo indispensável a apresentação de identidade e CPF em obediência às normas estabelecidas pela Secretaria da Receita Federal, do Ministério da Fazenda.

17

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA

MECANISMOS DE REGULAÇÃO

17.1 – A **AMIL** fornecerá para cada **BENEFICIÁRIO** um cartão de identificação que o habilitará ao uso do sistema, desde que acompanhado do documento de identificação expedido pelos órgãos oficiais.

17.1.1 – A **AMIL** poderá cobrar pelo fornecimento da segunda via da documentação acima.

17.2 – Mecanismos de regulação – consultas, exames e internação.

17.2.1 – Quando da utilização dos serviços cobertos pelo presente contrato, o **BENEFICIÁRIO** deverá apresentar ao estabelecimento ou profissional credenciado pela **AMIL**, cartão de identificação fornecido pela **CONTRATADA** (em meio físico ou digital), documento de identidade com foto (nos termos da legislação que regulamenta o Cadastro Nacional de Registro de Identificação Civil), além da guia de procedimento (exame e/ou internação) devidamente autorizada pela **CONTRATADA**. Quando houver disponibilidade no local de atendimento, para efeito de identificação positiva do **BENEFICIÁRIO** será realizada a validação biométrica (facial, digital, etc).

17.2.2 – A data e a hora da consulta serão determinadas por iniciativa do **BENEFICIÁRIO** e de acordo com a agenda do médico, escolhido pelo **BENEFICIÁRIO**, nos limites do produto contratado.

17.2.3 – Para aplicação e cobertura deste contrato, as consultas são classificadas nos seguintes tipos:

- a) consultas em consultório médico;
- b) consultas em clínica ou centro médico;
- c) consultas de urgência/emergência em pronto-socorro hospitalar.

17.2.4 – Para os exames e procedimentos que necessitam de autorização prévia (conforme tabela disponibilizada no site www.amil.com.br ou através do teleatendimento), quando o pedido médico for emitido por profissional integrante da rede de prestadores da **AMIL**, este deverá realizar a NOTIFICAÇÃO no site da **AMIL**. Se o pedido médico for emitido por prestador não integrante da rede de prestadores credenciados, o **BENEFICIÁRIO** deverá realizar a NOTIFICAÇÃO em um dos diversos canais de atendimento disponibilizados pela **AMIL** para este fim: site da **AMIL**, canal de teleatendimento, Agências de atendimento ou outro meio definido pela **AMIL** que será comunicado através do endereço eletrônico www.amil.com.br. Caso o **BENEFICIÁRIO** não realize a NOTIFICAÇÃO, o Prestador Solicitante deverá promover, de forma subsidiária, o registro desta.

17.3 – Mecanismos de regulação das internações hospitalares e dos procedimentos realizados sob internação.

17.3.1 – A **AMIL** cobrirá os custos médico-hospitalares de acordo com a rede credenciada específica de cada plano e nos termos do contrato.

17.3.2 – Todas as solicitações de internação eletiva e de exames que necessitem da autorização da **AMIL** deverão ser feitas em formulário específico, oferecido pela **AMIL**, ou, quando não credenciado, em receituário com dados do **BENEFICIÁRIO**, descrição dos exames e sua indicação clínica.

17.3.3 – A cobertura de transplantes, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, somente será autorizada dentro da rede credenciada para a realização de transplante de órgãos, nos termos do previsto na cláusula 10.17 e suas subcláusulas.

17.3.4 – Para fins da cobertura de próteses e órteses ligadas aos atos cirúrgicos, deve ser observado:

- I. o profissional requisitante deve, quando assim solicitado, justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos três marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, entre aquelas regularizadas pela Anvisa, que atendam às características especificadas;
- II. em caso de divergência entre o profissional requisitante e a **AMIL**, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com as despesas arcadas pela **AMIL**. Caso não seja possível comum acordo entre as partes, aplicar-se-á o critério descrito na cláusula 17.6.2.

17.3.5 – Se a documentação não contiver todos os dados que permitam análise conclusiva para a liberação da Guia de Cobertura de Internação Eletiva, a **AMIL** poderá solicitar à **CONTRATANTE** ou ao médico assistente documentação ou informações complementares sobre o procedimento médico a ser executado.

17.3.6 – O prazo de cobertura da internação, concedido inicialmente, fixado pela **AMIL**, constará da guia expedida e corresponderá à média de dias utilizados para casos idênticos, para fins de controle.

17.3.6.1 – Em caso de necessidade de prorrogação do prazo de internação previamente autorizado, o médico assistente ou o hospital deverá apresentar à **AMIL** as razões de prorrogação para avaliação da correspondente cobertura.

17.3.6.2 – Caso o **BENEFICIÁRIO** continue hospitalizado após a alta médica, passarão a correr inteiramente por sua conta, a partir de então, todas as despesas decorrentes da internação.

17.3.7 – Quando da utilização dos serviços cobertos pelo presente contrato, o **BENEFICIÁRIO** deverá apresentar ao estabelecimento ou profissional credenciado pela **AMIL** cartão de identificação, fornecido pela **AMIL**, ou identificação biométrica, além do documento de identidade do **BENEFICIÁRIO** paciente e a guia de procedimento previamente emitida pela **AMIL**.

17.3.8 – Para a cobertura nas internações de caráter de urgência e/ou emergência, o **BENEFICIÁRIO** ou seu responsável fará comunicar à Central de Atendimento **AMIL**, no prazo máximo de 2 (dois) dias úteis, as razões da internação, encaminhando também a declaração do médico assistente para apreciação, de acordo com o que estabelece o presente contrato.

17.3.9 – As internações eletivas ou programadas somente terão cobertura quando autorizadas previamente pela **AMIL**, respeitado o prazo previsto na RN 259/11 ou da norma que eventualmente a substitua.

17.3.10 – Em caso de internação hospitalar, exceto para os casos caracterizados como de urgência e emergência, o **BENEFICIÁRIO** deverá apresentar ao hospital ou outro estabelecimento de saúde, além dos documentos consignados no item anterior, guia de internação ou de encaminhamento, conforme o caso, devidamente emitida e autorizada pela **AMIL**.

17.3.11 – Quando da necessidade de utilização de serviços para a cobertura para os quais a **AMIL** não possuir estabelecimentos de saúde e/ou profissionais contratados ou credenciados na região de abrangência relacionados na rede credenciada específica de cada plano contratado, e tendo o **BENEFICIÁRIO** não optado pela prática de reembolso nos limites da Tabela **AMIL** de Reembolso, a **AMIL** deverá indicar outros credenciados em localidade mais próxima possível.

17.3.12 – A **AMIL** colocará à disposição dos **BENEFICIÁRIOS** do plano de assistência médica-hospitalar a que alude este contrato, para a cobertura de assistência ora contratada, a listagem de hospitais e respectivos profissionais da área da saúde constantes da rede credenciada específica de cada plano contratado, que é parte integrante deste contrato para todos os efeitos legais, prestando os respectivos serviços através de meios contratados, mediante credenciamento de terceiros, técnica e legalmente habilitados para tanto.

17.3.13 – Estará disponível no site www.amil.com.br, para consulta do **BENEFICIÁRIO**, a rede de atendimento **CONTRATADA**. Esta poderá ser disponibilizada em material impresso quando solicitado pelo **BENEFICIÁRIO**.

17.4 – Mecanismos de regulação – gerenciamento de ações de saúde.

17.4.1 – Nos planos indicados no Quadro Resumo como sujeitos aos Programas Especiais de Atendimento e Direcionamento (PEA), as condições médicas a seguir somente terão cobertura para o atendimento por credenciados selecionados para tal e participantes dos PEA, cuja relação integra a rede credenciada específica de cada plano e está à disposição no site da **AMIL**:

- a) cirurgias cardíacas;
- b) cirurgias da coluna vertebral;
- c) cirurgias ortopédicas – próteses de substituição de quadril, ombro, joelho, cotovelo;
- d) embolização vascular cerebral;
- e) implante de marca-passo ou desfibrilador cardíaco;
- f) transplantes de córnea, medula e rim;
- g) tratamento cirúrgico da obesidade mórbida e seus tratamentos acessórios e/ou subsequentes;
- h) tratamento cirúrgico da refração;
- i) tratamento de quimioterapia e radioterapia;
- j) terapia renal substitutiva.

17.5 – Mecanismos de regulação – alterações na rede credenciada.

17.5.1 – A **AMIL** poderá proceder à alteração na rede credenciada para mais ou para menos, nos termos da legislação vigente. Dúvidas com relação à rede credenciada podem ser sanadas através do teleatendimento ou pelo site www.amil.com.br.

17.5.2 – Quando houver alteração na rede hospitalar, a **AMIL** observará o disposto na lei e regulamentação própria vigente e informará previamente à **CONTRATANTE** nos casos de substituição de rede hospitalar.

17.5.3 – A **AMIL** poderá, também, obtendo autorização da ANS, redimensionar a sua rede hospitalar mediante a redução da quantidade de hospitais credenciados nela referenciada.

17.5.4 – Se ocorrer descredenciamento, os **BENEFICIÁRIOS** terão o direito de prosseguir o seu tratamento com qualquer outro profissional ou estabelecimento de serviços de saúde, integrantes da rede credenciada da **AMIL** e de acordo com o plano contratado, sem que a **AMIL** tenha a obrigação de efetuar qualquer indenização pela substituição de cobertura havida.

17.5.5 – Caso ocorra o descredenciamento de estabelecimento hospitalar durante a internação de quaisquer dos **BENEFICIÁRIOS** regularmente inscritos no presente contrato, eles permanecerão internados até a regular alta hospitalar, sendo certo que as despesas até a alta hospitalar correrão por conta da **AMIL**.

17.5.6 – Quando da substituição/exclusão de estabelecimento hospitalar ficarão garantidos a permanência do **BENEFICIÁRIO** e o pagamento das despesas até a alta hospitalar quando essa substituição/exclusão ocorrer durante o período de sua internação. Se a rescisão decorrer de fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor, no período de internação do **BENEFICIÁRIO**, ficará garantida a sua imediata remoção para outro estabelecimento equivalente, conforme previsto na lei e regulamentação própria vigente.

17.6 – Mecanismos de regulação – divergência médica.

17.6.1 – As divergências de natureza médica sobre solicitações de cobertura de exames, procedimentos especiais de diagnóstico e tratamento e internações serão dirimidas por junta médica constituída por três membros, sendo um nomeado pelo **BENEFICIÁRIO**, outro pela **AMIL** e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

17.6.2 – Não havendo consenso sobre a escolha do médico desempatador, a sua designação será solicitada ao presidente de uma das sociedades médicas reconhecidas pelo Conselho Regional de Medicina na mesma localidade da **AMIL**.

17.6.3 – Cada uma das partes pagará os honorários e as despesas do médico que nomear, quando não credenciado, sendo que os do terceiro, desempatador, serão pagos pela **AMIL**, conforme previsto na legislação vigente.

17.7 – Mecanismos de regulação – coparticipação e franquia.

17.7.1 – Apenas será efetuada a cobrança de coparticipação ou franquia nos planos optados pela **CONTRATANTE** e indicados no Quadro Resumo que possuam tal característica.

17.7.2 – O percentual de coparticipação referente à realização de procedimentos psiquiátricos está disposto na cláusula 10.25 deste contrato.

17.7.3 – Os valores de coparticipação e franquias seguirão o disposto no Quadro Resumo.

17.7.3.1 – Para a determinação do valor de coparticipação, quando esta for cobrada em percentuais, deverá ser utilizada a seguinte fórmula de cálculo: percentual indicado na tabela de coparticipação x valor unitário do procedimento custeado pela **AMIL**, e que pode variar em função do prestador escolhido pelo **BENEFICIÁRIO**.

17.7.3.2 – O valor da coparticipação a ser paga pelo **BENEFICIÁRIO** está sujeito ao LIMITE MÁXIMO DE COBRANÇA por ITEM, conforme definido no Quadro Resumo.

17.7.3.3 – O valor da coparticipação a ser paga pelo **BENEFICIÁRIO** está sujeito ao LIMITE MÁXIMO DE COBRANÇA por MÊS, conforme definido no Quadro Resumo, não sendo cumulativo ao mês subsequente.

17.7.3.4 – A atualização dos LIMITES MÁXIMOS DE COBRANÇAS por ITEM e por MÊS ocorrerá na data do aniversário do contrato, de acordo com a variação média dos custos unitários dos procedimentos cobertos por este contrato, em conformidade com os limites previstos na Consu nº 8 e regulamentação vigente acerca do tema. Ressalta-se que o percentual para atualização do LIMITE MÁXIMO DE COBRANÇA poderá variar de acordo com o grupo de benefícios em que se enquadra o procedimento.

17.7.3.5 – A atualização dos valores fixos cobrados de coparticipação para INTERNAÇÃO ocorrerá na data do aniversário do contrato, de acordo com a variação média dos custos unitários dos procedimentos cobertos por este contrato, em conformidade com os limites previstos na Consu nº 8 e regulamentação vigente acerca do tema.

FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

18.1 – Este contrato tem sua formação de preço preestabelecida entre **CONTRATANTE** e **AMIL**, com fundamento nas declarações da **CONTRATANTE**, sendo o pagamento do valor da contraprestação pecuniária efetuado pela **CONTRATANTE** antes da possibilidade de utilização das coberturas contratadas.

18.2 – O pagamento da contraprestação pecuniária (mensalidade), decorrente deste contrato, é de responsabilidade da **CONTRATANTE**, e esta se obriga a pagar à **AMIL**, e será devida por si, pertinente a toda a população incluída e aceita na movimentação cadastral.

18.2.1 – O objeto do presente contrato poderá ser executado por qualquer estabelecimento da **CONTRATADA** e o valor da contraprestação pecuniária mensal poderá ser pago pela **CONTRATANTE** ao respectivo estabelecimento.

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

18.2.3 – Caso a **CONTRATANTE** não receba a sua fatura ou outro instrumento de cobrança até 5 (cinco) dias úteis antes do vencimento, deverá comunicar à **AMIL**.

18.2.4 – O não recebimento da fatura ou outro instrumento de cobrança não desobriga a **CONTRATANTE** de efetuar o seu pagamento no prazo de vencimento mensal.

18.2.5 – Os pagamentos deverão ser feitos, mensalmente, até a data do vencimento da contraprestação pecuniária, de acordo com a data do início de vigência do contrato ou no primeiro dia útil subsequente quando o vencimento ocorrer em feriado ou que não haja expediente bancário.

18.2.6 – O recebimento pela **AMIL** de parcelas em atraso constituirá mera tolerância, não implicando novação contratual ou transação.

18.2.7 – Em casos de atraso no pagamento das contraprestações pecuniárias pela **CONTRATANTE** ou pelos **BENEFICIÁRIOS** definidos nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98, a regularização se fará por meio de cobrança de multa de 2% (dois por cento) e juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, sem prejuízo da sua atualização monetária.

18.2.8 – O pagamento da contraprestação pecuniária referente a determinado mês não significa estarem pagos ou quitados débitos anteriores.

18.2.9 – É obrigação da **CONTRATANTE** pagar as contraprestações pecuniárias de acordo com o estabelecido pela **AMIL** quanto ao local, à forma e à data de pagamento, calculadas de acordo com o número de **BENEFICIÁRIOS** inscritos no plano escolhido e conforme o previsto no contrato.

18.2.10 – Os impostos e demais encargos que venham a incidir sobre a contraprestação pecuniária ou o contrato serão da responsabilidade da **CONTRATANTE**.

18.2.11 – Nenhum pagamento será reconhecido como feito à **AMIL** se a **CONTRATANTE** não possuir comprovantes devidamente autenticados por instituição financeira.

19

CLÁUSULA DÉCIMA NONA

REAJUSTE ANUAL

19.1 – Reajuste anual – a contraprestação pecuniária será reajustada anualmente, independentemente da data de inclusão dos **BENEFICIÁRIOS**, no aniversário do contrato.

19.1.1 – Será considerado como data-base de aniversário do contrato o mês de início de sua vigência, sendo vedada a aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano.

19.1.2 – Para fins de aplicação desta cláusula, considera-se reajuste qualquer variação positiva na contraprestação pecuniária, inclusive aquela decorrente de revisão ou reequilíbrio econômico-atuarial do contrato.

19.1.3 – Além do referido reajuste anual, haverá atualização do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária, migração e adaptação de contrato à Lei nº 9.656, de 1998, as quais continuarão a ser feitas na condição e na forma previstas neste contrato.

19.2 – O reajuste anual será composto pelo índice financeiro descrito na cláusula 19.3 e, caso os custos médicos ultrapassem 70% da receita (índice de sinistralidade do contrato), será incorporado o índice técnico, com o objetivo de equilibrar a relação contratual, conforme descrito na cláusula 19.4.

19.3 – O índice financeiro será a variação dos custos médicos e hospitalares (VCMH) de planos coletivos empresariais com no mínimo 100 (cem) **BENEFICIÁRIOS** levando em consideração sua carteira de clientes. Também incluirá a estimativa do impacto da incorporação de novos procedimentos e eventos previstos no Rol.

19.4 – Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do índice técnico, este será calculado com base no nível de sinistralidade do contrato, que corresponde à proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do contrato, apuradas conforme descrito no item 19.4.1 a seguir.

19.4.1 – O índice técnico da primeira reavaliação será apurado expurgando as despesas assistenciais e receitas diretas dos dois primeiros meses. Nas reavaliações subsequentes, o índice técnico será apurado considerando os 12 meses seguintes ao último período avaliado. As negociações serão iniciadas com antecedência de 3 (três) meses em relação à data-base de aniversário.

19.5 – As disposições aqui referenciadas não afetam ou excluem o reajuste por faixa etária, que seguirá o disposto na cláusula contratual que prevê esse reajuste.

19.6 – Os valores referentes à coparticipação e franquia sofrerão reajuste nos termos das subcláusulas 17.7.3.4 e 17.7.3.5.

20

CLÁUSULA VIGÉSIMA

FAIXAS ETÁRIAS

20.1 – Havendo a previsão de reajuste por alteração de faixa etária de qualquer **BENEFICIÁRIO** inscrito no presente contrato, a contraprestação pecuniária será reajustada no mês subsequente ao da ocorrência, de acordo com os percentuais da tabela abaixo, que se acrescentarão sobre o valor da última contraprestação pecuniária, observadas as seguintes condições:

- 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 poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

FAIXA ETÁRIA	AUMENTO
00 a 18 anos	0%
19 a 23 anos	25% ao completar 19 anos
24 a 28 anos	25% ao completar 24 anos
29 a 33 anos	10% ao completar 29 anos
34 a 38 anos	5% ao completar 34 anos
39 a 43 anos	10% ao completar 39 anos
44 a 48 anos	25% ao completar 44 anos
49 a 53 anos	10% ao completar 49 anos
54 a 58 anos	25% ao completar 54 anos
59 ou mais	75% ao completar 59 anos

21

CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA

REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANO COLETIVO

Demitido

21.1 – Desde que tenha ocorrido a opção pelo **BENEFICIÁRIO titular** pela manutenção do plano de saúde e havendo comprovação de que ele contribuiu para o plano contratado, em decorrência de seu vínculo empregatício, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho, sem justa causa, terá o direito de manter sua condição de **BENEFICIÁRIO** e de seus dependentes a ele vinculados, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma, perante a **CONTRATADA**, o pagamento integral das contraprestações pecuniárias, observadas as exigências da legislação vigente acerca do tema.

21.2 – O período de manutenção da condição de **BENEFICIÁRIO** será de um terço do tempo que tenha contribuído para o plano, ou seus sucessores, com um mínimo assegurado de 6 (seis) meses e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses. O direito de manutenção extinguir-se-á nas hipóteses previstas na cláusula 21.25.

Aposentado

21.3 – Desde que tenha ocorrido a opção pelo **BENEFICIÁRIO titular** pela manutenção do plano de saúde e havendo comprovação de que ele contribuiu para o plano contratado pelo prazo mínimo de 10 (dez) anos, em decorrência de seu vínculo empregatício, ao se aposentar, terá o direito de permanência na qualidade de **BENEFICIÁRIO** e dos seus dependentes inscritos, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma, perante a **CONTRATADA**, o pagamento integral das contraprestações pecuniárias, observadas as exigências da legislação vigente acerca do tema.

21.4 – Na hipótese de contribuição pelo então empregado, por período inferior a 10 (dez) anos, é assegurado o direito de manutenção como **BENEFICIÁRIO**, à razão de um ano para cada ano de contribuição. O direito de manutenção extinguir-se-á nas hipóteses previstas na cláusula 21.25.

Obrigações da CONTRATANTE

21.5 – Quando da manutenção do ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado na condição de **BENEFICIÁRIO**, a **CONTRATANTE** irá inseri-lo em plano, conforme opção realizada em termo próprio quando da contratação, de acordo com a legislação vigente.

21.6 – A **CONTRATANTE** e **SUBCONTRATANTE** obrigam-se ainda a apresentar aos **BENEFICIÁRIOS**, a qualquer tempo e quando da opção pela manutenção do ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado, a tabela de preços por faixa etária que será adotada, com suas devidas atualizações, fornecida pela operadora.

21.7 – As regras para o estabelecimento de preços por faixa etária atualizada – valor correspondente ao preço do **BENEFICIÁRIO** por faixa etária – serão disponibilizadas pela operadora em consonância com a legislação vigente.

21.8 – A fim de que os seus aposentados e demitidos sem justa causa possam ser mantidos como **BENEFICIÁRIOS** deste contrato conforme preceitua a legislação em vigor, devem ser observadas as condições estabelecidas nas cláusulas a seguir.

Contribuição/participação financeira

21.9 – Não se caracterizam como participação financeira os valores relacionados aos dependentes e agregados e a coparticipação do usuário, única e exclusivamente em procedimentos, como fator moderador, na utilização da assistência objeto deste contrato.

21.10 – Para fins de apuração dessa contribuição, também se considera como tal o pagamento de valor fixo assumido pelo empregado que foi incluído em outro plano privado de assistência à saúde oferecida pelo empregador, em substituição ao originalmente disponibilizado sem sua participação.

21.11 – O **BENEFICIÁRIO titular** que não tenha participado financeiramente do plano, durante o período que manteve o vínculo empregatício, não terá direito à permanência no plano.

21.12 – Ainda que no momento da demissão, exoneração sem justa causa ou aposentadoria o ex-empregado demitido, exonerado sem justa causa ou aposentado não esteja realizando o pagamento de contribuição, são assegurados a ele os direitos previstos nos artigos 30 e 31, na proporção de sua efetiva contribuição.

Extensão ao grupo familiar

21.13 – O direito de manter a condição de **BENEFICIÁRIO** estende-se a todo o grupo familiar do empregado inscrito quando da vigência do contrato de trabalho, não impedindo, contudo, que seja mantido individualmente ou apenas parte de seu grupo familiar.

21.14 – Em caso de morte do titular, caso o contrato coletivo empresarial ao qual o **BENEFICIÁRIO** está vinculado esteja vigente, o direito de permanência é assegurado aos dependentes cobertos pelo plano privado coletivo de assistência à saúde, nos termos do disposto neste contrato.

Caracterização das condições de elegibilidade para fins da concessão do benefício previsto neste contrato

21.15 – A **CONTRATANTE** e **SUBCONTRATANTE** obrigam-se a declarar e comprovar expressamente, por ocasião da dispensa ou da aposentadoria, contribuição/participação financeira dos seus aposentados e demitidos sem justa causa, total ou parcial, no valor da mensalidade do plano de saúde.

21.16 – A **CONTRATANTE** e **SUBCONTRATANTE** obrigam-se a dar comprovadamente ciência aos seus empregados aposentados e demitidos sem justa causa sobre a existência do direito que permite que eles permaneçam como usuários da **AMIL**, nas condições previstas nesta cláusula, enquanto for vigente o contrato, observadas as condições de permanência e prazos-limite previstos na legislação específica.

21.17 – A **CONTRATANTE** entregará à **AMIL** cópia da manifestação expressa firmada pelo empregado aposentado ou demitido sem justa causa (declaração de oferecimento dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998), no sentido de que ele aceitou ou refutou a manutenção da condição de usuário do plano. O direito de opção de manutenção do plano de saúde deverá ser exercido obrigatoriamente dentro do prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da manifestação de ciência citada no item anterior.

Manutenção da condição de BENEFICIÁRIO

21.18 – As mensalidades correspondentes, assim como os valores relativos à coparticipação, quando contratada, serão pagas diretamente pelos usuários titulares, ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados, sempre até o vencimento e nos locais indicados pela **AMIL**, acrescidas dos valores próprios à administração e cobrança individualizada.

21.19 – A manutenção da condição de **BENEFICIÁRIO** no mesmo plano privado de assistência à saúde em que se encontrava quando da demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria observará as mesmas condições de reajuste, preço, faixa etária e fator moderador existente durante a vigência do contrato de trabalho.

21.20 – O direito assegurado ao **BENEFICIÁRIO** não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

21.21 – O valor da contraprestação pecuniária a ser paga pelo ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado deverá corresponder ao valor integral estabelecido na tabela de custos por faixa etária, com as devidas atualizações.

21.22 – Ao empregado aposentado que continua trabalhando na empresa **CONTRATANTE** e vem a se desligar dela é garantido o direito de manter sua condição de **BENEFICIÁRIO**, na condição de aposentado.

21.23 – Estarão excluídos do contrato o **BENEFICIÁRIO titular** e seus respectivos dependentes que estejam em gozo desse benefício se alguma mensalidade permanecer sem quitação por 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, sem prejuízo do pagamento dos valores em atraso ou a critério da **AMIL** das despesas porventura realizadas no período de inadimplência.

Portabilidade especial

21.24 – O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado ou seus dependentes vinculados ao plano, durante o período de manutenção da condição de **BENEFICIÁRIOS** garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998, poderá exercer a portabilidade especial de carências para plano de saúde individual, familiar ou coletivo por adesão, de outra operadora, na forma e especificidades previstas na Resolução nº 279 da ANS.

Extinção do direito assegurado nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998

21.25 – O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado terá seu direito de manutenção extinto na ocorrência de qualquer das hipóteses abaixo:

- I – pelo decurso dos prazos previstos nos parágrafos únicos dos artigos 4º e 5º da Resolução Normativa nº 279;
- II – pela admissão do **BENEFICIÁRIO** demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado em novo emprego; ou
- III – pelo cancelamento do plano privado de assistência à saúde pelo empregador que concede esse benefício a seus empregados ativos e ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados, ou seja, pela rescisão do contrato coletivo empresarial ao qual se encontra vinculado.

Comunicação de exclusão do BENEFICIÁRIO

21.26 – A **CONTRATANTE** obriga-se a informar à operadora para efetiva exclusão do **BENEFICIÁRIO** do plano privado de assistência à saúde, com sua comprovação, os seguintes dados:

- I – se o **BENEFICIÁRIO** foi excluído por demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria;
- II – se o **BENEFICIÁRIO** demitido ou exonerado sem justa causa se enquadra no disposto no artigo 22 da Resolução Normativa nº 279;
- III – se o **BENEFICIÁRIO** contribuía para o pagamento do plano privado de assistência à saúde;
- IV – por quanto tempo o **BENEFICIÁRIO** contribuiu para o pagamento do plano privado de assistência à saúde;
- V – se o ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado optou pela sua manutenção como **BENEFICIÁRIO** ou se recusou a manter essa condição.

21.27 – A **CONTRATANTE** obriga-se a apresentar à operadora, a qualquer tempo e assim que solicitada, os documentos originais comprobatórios referentes às informações prestadas.

21.28 – A exclusão do **BENEFICIÁRIO** apenas será aceita pela operadora mediante a comprovação de comunicação inequívoca da opção de manutenção da condição de **BENEFICIÁRIO** de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho.

21.29 – Enquanto a documentação de comprovação não for entregue à operadora, a **CONTRATANTE** continuará responsável pelo pagamento integral da contraprestação referente ao respectivo **BENEFICIÁRIO** até que a entrega se concretize.

22

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA

CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

22.1 – A suspensão ou exclusão de **BENEFICIÁRIOS** somente poderá ser realizada mediante pedido por escrito da **CONTRATANTE**, no período da movimentação cadastral, conforme descrito no Quadro Resumo.

22.2 – A **CONTRATANTE** obriga-se a proceder à devolução do cartão de identificação destinado ao uso do sistema, pertencente ao(s) **BENEFICIÁRIO**(s) excluído(s).

22.3 – A **AMIL** poderá, ainda, excluir ou suspender a assistência à saúde do **BENEFICIÁRIO titular** e/ou seus dependentes, independentemente da vigência contratual e sem a necessidade de anuênciia da **CONTRATANTE** nos seguintes casos:

- a) prática, pelo **BENEFICIÁRIO**, de fraude, quaisquer omissão, falsidade, inexatidão ou erro nas declarações constantes da proposta contratual para contratação coletiva;
- b) prática, pelo **BENEFICIÁRIO**, de fraude referente à omissão de conhecimento de DLP por ocasião da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, mediante procedimento administrativo específico;
- c) fornecimento pela **CONTRATANTE** de informações incompletas e/ou inverídicas ou omissão de informações a respeito da população incluída no presente contrato;
- d) prática de infrações pelo **BENEFICIÁRIO** ou **CONTRATANTE**, com o objetivo de obtenção de vantagem ilícita, para si ou para outrem;

- e) perda dos vínculos do **BENEFICIÁRIO titular** com a pessoa jurídica **SUBCONTRATANTE**;
- f) perda dos vínculos de dependência no caso de **BENEFICIÁRIO dependente**.

22.4 – As exclusões cadastrais implicarão perda imediata do direito da cobertura do atendimento.

22.5 – Independentemente das consequências e responsabilidades legais, nos casos comprovados de fraude, o **BENEFICIÁRIO titular** e seus dependentes perderão quaisquer direitos dos benefícios previstos neste contrato, assim como da devolução de qualquer quantia paga.

22.6 – A **CONTRATANTE** deverá comunicar aos **BENEFICIÁRIOS** inscritos no plano da **AMIL** a extinção do contrato, informando-os, ainda, caso não haja continuidade do benefício com outra operadora de planos de saúde, sobre o direito de optarem pela possibilidade de contratação do plano individual, com aproveitamento das carências já cumpridas, desde que a opção ocorra no período de até 30 (trinta) dias contados a partir da data de rescisão ou do desligamento do **BENEFICIÁRIO** e que a **CONTRATANTE** esteja em dia com o pagamento de suas faturas mensais.

Exclusão a pedido do BENEFICIÁRIO titular

22.7 – O **BENEFICIÁRIO titular** poderá, a qualquer tempo, solicitar sua exclusão (cancelamento) do Contrato, ou de seus dependentes, nos termos do disposto nesta Cláusula, sem prejuízo do cumprimento das obrigações assumidas pela **CONTRATANTE** no Contrato.

22.7.1 – O pedido de exclusão (cancelamento) deverá ser apresentado perante a **CONTRATANTE**, que providenciará o respectivo processamento por meio do sítio eletrônico da **CONTRATADA** (www.amil.com.br), em até 30 (trinta) dias do recebimento do pedido. Esse processamento terá efeito imediato, considerando-se esse o momento de exclusão do **BENEFICIÁRIO** pela **CONTRATANTE**, para todos os efeitos.

22.7.2 – Caso o prazo previsto no item anterior não seja cumprido, poderá o **BENEFICIÁRIO titular** apresentar novo pedido, desta vez diretamente à **CONTRATADA**.

23

CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCEIRA

RESCISÃO/SUSPENSÃO

Suspensão do contrato

23.1 – A **CONTRATANTE** em atraso de pagamento superior a 10 (dez) dias de qualquer de suas contraprestações pecuniárias fica com o direito a cobertura, reembolso e demais benefícios contratuais suspensos, para todos os **BENEFICIÁRIOS** incluídos no contrato.

Rescisão

23.2 – Para fins de rescisão do contrato, fica certo entre as partes que:

23.2.1 – O presente contrato poderá ser extinto por qualquer uma das partes, imotivadamente, após a vigência do período de 12 (doze) meses, desde que haja prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

23.2.2 – O contrato poderá ser extinto unilateralmente pela **AMIL** caso ocorra atraso no pagamento das contraprestações pecuniárias, por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência dele ou no caso de fraude.

23.2.3 – O contrato estará automaticamente extinto se o número de **BENEFICIÁRIOS** inscritos em cada **SUBCONTRATANTE** se tornar inferior a 2 (dois), ainda que não completos 12 (doze) meses de vigência, sendo facultada aos **BENEFICIÁRIOS** a transferência para um produto individual, nas bases e condições próprias do produto em comercialização na época, inclusive com relação a preço.

23.2.4 – Poderá a **AMIL** extinguir o contrato, ainda, nas hipóteses de omissão de informações ou fornecimento de informações incorretas ou inverídicas pela **CONTRATANTE** e/ou **SUBCONTRATANTE**, para auferir vantagens próprias ou para os **BENEFICIÁRIOS**, hipóteses essas reconhecidas como violação ao contrato e ao princípio da boa-fé objetiva.

23.2.5 – Nas hipóteses de extinção por fraude ou violação contratual, não fica afastada a possibilidade de a **AMIL** buscar indenização pelos prejuízos que tiver ou que vier a ter com a cobertura indevidamente concedida, sem prejuízo de outras medidas judicialmente cabíveis.

23.2.6 – Independentemente das consequências e responsabilidades legais, nos casos comprovados de fraude na Declaração de Saúde, o **BENEFICIÁRIO** e seus dependentes perderão quaisquer direitos dos benefícios previstos neste contrato.

23.2.6.1 – Para fins do exposto acima, a omissão de informação na Declaração de Saúde deverá ser comprovada pela ANS mediante processo administrativo próprio.

23.2.7 – No caso de extinção por fraude na Declaração de Saúde, ficam os **BENEFICIÁRIOS** ainda solidariamente responsáveis com a **CONTRATANTE** por ressarcir a **AMIL** das coberturas indevidas.

23.3 – Caso a **CONTRATANTE** extinga imotivadamente ou venha a dar causa à extinção do contrato, antes de transcorrido o prazo mínimo de 12 (doze) meses de vigência, ficará sujeita ao pagamento de multa rescisória à **AMIL** no valor correspondente a 50% (cinquenta por cento) das contraprestações vincendas até o término do referido prazo mínimo de vigência, sem prejuízo do pagamento de todas as demais obrigações e encargos contratuais devidos até a data da extinção do contrato, aqui incluídos os valores relativos a coparticipação e franquia, ainda que futuramente exigidos; sem prejuízo de encaminhamento de ofício ao SPC, Serasa e demais órgãos de proteção ao crédito a exclusivo critério da **AMIL**, mediante prévio aviso à **CONTRATANTE**.

CLÁUSULA VIGÉSIMA QUARTA

DISPOSIÇÕES GERAIS

24.1 – Fazem parte do presente contrato seus anexos e regulamentos, bem como o Quadro Resumo, Proposta Contratual, a rede credenciada da **AMIL** definida pelo tipo de plano contratado, a declaração de saúde, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS) e o Guia de Leitura Contratual (GLC), previamente entregues à **CONTRATANTE**, a carta de orientação ao **BENEFICIÁRIO**, os recibos de pagamento e o Rol.

24.1.1 – O Rol tem sua atualização sob a responsabilidade da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e está disponível no site www.ans.gov.br e acessível por meio do site www.amil.com.br.

24.1.2 – Será de responsabilidade da **CONTRATANTE** entregar ao **BENEFICIÁRIO titular**, previamente à assinatura do contrato de adesão, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS), que poderá ser disponibilizado em material impresso ou através de mídia digital.

24.1.3 – Será de responsabilidade da **AMIL** o envio ao **BENEFICIÁRIO titular** do Guia de Leitura Contratual (GLC), que poderá ser disponibilizado em material impresso ou através de mídia digital, junto com o cartão de identificação.

24.1.4 – Será de responsabilidade da **CONTRATANTE** e da **AMIL** oferecer, sempre que solicitado pelo **BENEFICIÁRIO titular** e desde que disponibilizado o seu endereço, cópia das condições gerais do contrato, que conterão, no mínimo, os temas que compõem o Guia de Leitura Contratual.

24.1.5 – A **CONTRATANTE** declara, neste ato, sob as penas da lei, a veracidade das informações ora prestadas, bem como declara que todas as inclusões de **BENEFICIÁRIOS** obedecerão às regras estabelecidas no contrato, principalmente no que tange à elegibilidade, responsabilizando-se administrativa, penal e civilmente por seus termos, bem como pelos prejuízos a que der causa.

24.2 – A nomenclatura médica de doenças a que se refere este contrato segue a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, Décima Versão – CID 10, da Organização Mundial da Saúde.

24.3 – TRANSFERÊNCIA DE PLANOS: as partes acordam que a mudança de plano poderá ser solicitada pela **CONTRATANTE**, constituindo-se causa para novo plano, sendo que essa mudança só poderá ocorrer na data de aniversário do contrato e na data de vencimento da contraprestação pecuniária. A **AMIL** analisará previamente se estão presentes os requisitos para que a transferência possa ser efetuada.

24.3.1 – Quando da transferência do **BENEFICIÁRIO titular** e seus dependentes para um plano com mais benefícios, será contabilizado o tempo de vigência do plano anterior para o novo. O **BENEFICIÁRIO** que fizer essa opção deverá cumprir as carências estipuladas pela **AMIL** para os novos benefícios adquiridos com essa alteração.

24.3.2 – Os benefícios mencionados acima correspondem a:

- I – utilização da NOVA REDE CREDENCIADA;
- II – utilização da NOVA ACOMODAÇÃO e
- III – utilização de REEMBOLSO, conforme previsto na legislação vigente.

24.3.3 – A transferência somente ocorrerá quando efetuada pelo **BENEFICIÁRIO titular** e incluirá todos os **BENEFICIÁRIOS** do plano anteriormente contratado.

24.4 – A autorização, por parte da **AMIL**, de eventos não previstos ou excluídos neste contrato não confere à **CONTRATANTE** direito adquirido e/ou extensão da abrangência de coberturas do presente contrato, caracterizando mera liberalidade da **AMIL**.

24.5 – Considerando que a precificação do presente contrato levou em consideração que a cobertura prestada será exclusivamente a constante no Rol, fica certo entre as partes que, caso haja a obrigatoriedade de coberturas extracontratuais, ainda que por força de decisão judicial ou por procedimento administrativo, caberá à **CONTRATANTE** reembolsar a **AMIL** todo e qualquer valor que a **AMIL** venha a despesar, incluindo o valor da condenação, das custas, das despesas processuais e dos honorários advocatícios.

24.5.1 – Nos casos em que a **CONTRATANTE** seja responsável pelo reembolso das despesas acima mencionadas, a **AMIL** deverá notificar a **CONTRATANTE**, em até 10 dias da citação do recebimento da citação judicial ou administrativa, sobre a ocorrência da situação para que esta tenha a oportunidade de se manifestar a respeito e indicar, se for o caso, os argumentos de defesa.

24.5.2 – A inobservância da previsão constante no item 24.5.1 desobrigará a **CONTRATANTE** ao reembolso de qualquer despesa.

24.6 – Considerando que a especificação do presente contrato levou em consideração a dispersão da população entre as faixas etárias mencionadas na cláusula 20.1, bem como a previsão contratual de aplicação de reajuste por faixa etária, fica certo entre as partes que, caso haja a obrigatoriedade de não aplicação ou redução dos percentuais previstos por faixa etária, ainda que por força de decisão judicial ou por procedimento administrativo, caberá à **CONTRATANTE** reembolsar a **AMIL** por todo e qualquer valor que a **AMIL** venha a despender, incluindo o valor da condenação, das custas, das despesas processuais e dos honorários advocatícios. A **CONTRATANTE** deverá ainda arcar com a diferença do valor da mensalidade, considerando o que será efetivamente pago pelo **BENEFICIÁRIO** e o valor de fato devido contendo o reajuste por faixa etária, no caso do afastamento ou da redução desse percentual.

24.6.1 – Nos casos em que a **CONTRATADA** seja responsável pela desconsideração ou redução do reajuste por faixa etária acima mencionado, a **AMIL** deverá notificar a **CONTRATANTE**, em até 10 dias do recebimento da citação judicial ou administrativa, sobre a ocorrência da situação para que esta tenha a oportunidade de se manifestar a respeito e indicar, se for o caso, os argumentos de defesa.

24.6.2 – A inobservância da previsão constante no item 24.6.1 desobrigará a **CONTRATANTE** ao reembolso de qualquer despesa.

24.7 – A tolerância ou a demora da **AMIL** em exigir da **CONTRATANTE** o cumprimento de quaisquer das obrigações aqui previstas ou mesmo a sua omissão quanto a tais questões não será considerada novação, podendo, conforme o caso, a qualquer tempo, ser exigido seu cumprimento.

24.8 – Não é admitida a presunção de que a **AMIL** ou a **CONTRATANTE** possa ter conhecimento de circunstâncias que não constem deste contrato ou de comunicação posterior por escrito.

24.9 – Conforme o disposto na regulação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o envio de informações relativas à assistência médica prestada aos consumidores de planos privados de assistência à saúde permanece sob responsabilidade da **AMIL**, através de seu coordenador médico de informações em saúde, devidamente cadastrado pela **AMIL** perante a ANS, que, resguardadas as prerrogativas e obrigações profissionais desse coordenador, responde pela omissão ou incorreção dos dados solicitados, sempre objetivando a garantia de sigilo médico das informações do usuário.

24.10 – Os contratos que vierem a ser celebrados com a administração pública direta ou indireta obedecerão aos termos do respectivo edital e à Lei nº 8.666/93.

25

CLÁUSULA VIGÉSIMA QUINTA

DO FORO

25.1 – Fica eleito o foro de domicílio da **CONTRATANTE** para dirimir as questões oriundas do presente contrato.