



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.	1
<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.	1
<i>PADRÃO DE ACOMODAÇÃO</i>	Define o padrão de acomodação para o leito de internação nos planos hospitalares; pode ser coletiva ou individual.	36
<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.	1
<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.	6
<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.	10
<i>DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES (DLP)</i>	Doenças e lesões preexistentes - DLP - são aquelas existentes antes da contratação do plano de saúde, e que o beneficiário ou seu responsável saiba ser portador.	12

CARÊNCIAS	Carência é o período em que o beneficiário não tem direito a 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.	12
MECANISMOS DE REGULAÇÃO	São os mecanismos financeiros (franquia e/ou co-participação), 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.	18
VIGÊNCIA	Define o período em que vigorará o contrato.	11
RESCISÃO/ SUSPENSÃO	A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.	32
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.	21
CONTINUIDADE NO PLANO COLETIVO EMPRESARIAL (ART. 30 E 31 DA LEI N° 9.656/1998)	A existência da contribuição do empregado para o pagamento da mensalidade do plano de saúde, regular e não vinculada à co-participação 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 oferecimento, opção e gozo, previstas na Lei e sua regulamentação.	28

Para informar-se sobre estes e outros detalhes do contrato, o beneficiário deve contatar sua 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 195/2009, da 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

Condições Gerais

Pré Pagamento

CNPJ: 13.223.975/0001-20.

O grupo Caixa Seguradora reúne empresas
de Seguros, Previdência, Consórcios,
Capitalização e Saúde.

Caro (a) Cliente,

Seja bem-vindo à Caixa Seguradora.

Sua empresa acaba de adquirir um produto com a qualidade da Caixa Seguradora, desenvolvido especialmente para atender as suas necessidades.

Neste documento, estão as principais informações sobre seu Seguro Saúde.

1. Atributos do Contrato	2
2. Definições	2
3. Condição de Admissão	5
4. Mudança de Categoria do Seguro.....	6
5. Coberturas e Procedimentos Garantidos	6
5.1. Garantia Ambulatorial	6
5.2. Garantia Hospitalar	8
6. Exclusões de Cobertura	10
7. Duração do Contrato	11
8. Período de Carência	12
9. Doenças e Lesões Pré-existentes	12
10. Atendimento de Urgência e Emergência	14
11. Acesso a Livre escolha de Prestadores	16
12. Mecanismos de Regulação	18
12.1. Autorização Prévia	18
12.2. Divergências Técnicas	18
12.3. Perícia Médica	19
12.4. Rede Referenciada	19
12.5. Coparticipação	19
13. Formação de Preço e Mensalidade	20
14. Reajuste	21
15. Faixa Etária	26
16. Bônus - Descontos.....	27
17. Regras para Instrumentos Jurídicos de Planos Coletivos	28
18. Condições da perda da qualidade de Segurado	31
19. Rescisão/Resilição/Suspensão.....	32
20. Disposições Gerais	34
21. Eleição de Foro	35
22. Característica Essencial do Produto.....	36
Completo+ G121.....	36

SEGURO DE REEMBOLSO DE DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR**COLETIVO EMPRESARIAL – PRÉ PAGAMENTO****AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA****QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA**

Razão Social: CAIXA SEGURADORA ESPECIALIZADA EM SAÚDE

CNPJ: 13.223.975/0001-20

Número de Registro na ANS: 41.807-2

Classificação da Operadora junto a ANS: SEGURADORA ESPECIALIZADA EM SAÚDE

Endereço: SHN, Ala Oeste, Quadra 01, Bloco E, 6º andar - Edifício Caixa Seguradora - Brasília/DF - CEP 70.701-050.

CARACTERÍSTICAS DO PRODUTO

Tipo de contratação: Coletivo Empresarial

Segmentação Assistencial: Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia

Formação de Preço: Pré Pagamento

Tipo de vínculo do Segurado: Com vínculo empregatício ativo e, no caso de inativo, desde que haja previsão na legislação pátria vigente e esteja preestabelecida no presente Instrumento.

Abrangência Geográfica: Identificada no anexo “Características do Produto” destas Condições Gerais.

1. ATRIBUTOS DO CONTRATO

1.1. Nos termos deste instrumento e em conformidade com o inciso I, do artigo 1º da Lei nº 9656/1998, este seguro tem por objetivo garantir a prestação de serviços a assistência médica, hospitalar, na modalidade pré-paga, ou reembolso, das despesas médicas hospitalares e obstétricas, cobertas na forma de plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária, dentro dos limites do plano contratado, com a cobertura prevista no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela ANS vigente à época do evento, no tratamento das doenças codificadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, 10ª Revisão - CID 10, da Organização Mundial de Saúde (OMS).

1.2. A SEGURADORA disponibiliza para facilidade de utilização dos seus Segurados uma rede referenciada composta por clínicas, hospitais, profissionais e serviços de saúde, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da SEGURADORA, mediante pagamento direto aos prestadores de serviços, sem ônus ao Segurado, ou mediante reembolso, por conta e ordem do Segurado.

1.3. Trata-se de seguro privado de assistência à saúde, regido pelo Código Civil Brasileiro, Código de Defesa do Consumidor e pela Lei n.º 9.656/98 e suas regulamentações. O contrato é de adesão, bilateral que geram direitos e obrigações para ambas às partes, independentemente da ocorrência dos sinistros cobertos.

2. DEFINIÇÕES

Para efeito destas Condições Gerais são adotadas as seguintes definições:

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

ACIDENTE DE TRABALHO: conforme artigo 19 da Lei nº 8.213 de 24/07/1991, é o evento que ocorre pelo exercício do trabalho a serviços da empresa ESTIPULANTE provocando lesão corporal ou perturbação funcional que causa a morte, a perda ou redução permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho. São de responsabilidade da empresa o registro do acidente e a regularização da situação do Segurado junto aos órgãos competentes.

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

AGRADO DA CONTRAPRESTAÇÃO: qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde para que o Segurado tenha direito integral à cobertura segurada, para a doença ou lesão preexistente declarada.

ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA: área em que a SEGURADORA fica obrigada a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo Segurado.

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

ATENDIMENTO OBSTÉTRICO: todo atendimento prestado à gestante, em decorrência da gravidez, parto, aborto e suas consequências.

AUTORIZAÇÃO PRÉVIA: é a autorização formal da SEGURADORA, disponibilizada por meio de senha, para a realização dos procedimentos constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento ou nos casos previamente contratos disciplinados nas Condições Particulares, desde que haja necessidade, solicitados pelo médico assistente devidamente habilitado.

CARÊNCIA: o prazo corrido e ininterrupto, contado a partir do início de vigência do contrato, durante o qual os Segurados não têm direito às coberturas contratadas.

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO: é o cartão individual e intransferível, emitido pela SEGURADORA que possibilita identificar os Segurados facilitando seu atendimento junto a Rede dispensando-o do pagamento imediato dos serviços cobertos pelo seguro, quando o evento estiver perfeitamente caracterizado. O cartão de identificação do Segurado deverá ser apresentado juntamente com seu documento de identidade ou o do seu responsável, se este for menor de idade.

CARTÃO PROPOSTA e/ou PROPOSTA DE SEGURO SAÚDE EMPRESARIAL: é o documento formal e legal, preenchido pelo ESTIPULANTE e entregue à SEGURADORA, juntamente com os documentos de inclusão do grupo segurável, com as informações pertinentes aos participantes da Proposta de Seguro Saúde Empresarial.

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

COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT): aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo Segurado ou seu representante legal.

CRS – COEFICIENTE DE REEMBOLSO DE SEGURO: é a unidade expressa em moeda corrente, que é utilizada como base para determinar os limites de reembolso das despesas médicas e das despesas objeto das Condições Gerais.

COPARTICIPAÇÃO: é a parte efetivamente paga pelo Segurado destinada a custear parte da realização de um determinado procedimento.

CORRETOR: profissional autônomo ou pessoa jurídica, habilitado pela SUSEP, para intermediar e promover contratos de seguros. A escolha do corretor é de inteira e exclusiva responsabilidade da ESTIPULANTE, conforme previsto na Lei nº 4.594/64, Decreto-Lei 73/66 e Decreto nº 60.459/67.

DATA BASE: é o dia e o mês do início de vigência do seguro contratado pela ESTIPULANTE.

DECLARAÇÃO DE SAÚDE: é o documento formal e legal, preenchido e assinado pelo proponente, sem rasuras, contendo informações sobre suas condições de saúde, bem como as de seus dependentes.

DOENÇA OU LESÃO PREEXISTENTE: aquela que o Segurado ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde de acordo com o art. 11 da Lei nº 9.656/1998 e as Diretrizes estabelecidas na RN (Resolução Normativa) nº 162 ou ato que vier substituí-la.

EMERGÊNCIA: é o evento que implica no risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

ESTIPULANTE: é a pessoa jurídica, legalmente constituída, que contrata o plano de seguro em favor de seus dirigentes e/ou empregados, associados ou sindicalizados.

EVENTO: é a ocorrência de natureza aleatória capaz de, por si só e independente da vontade do Segurado, causar-lhe, ou a qualquer dos dependentes incluídos na Proposta de Seguro Saúde Empresarial, lesão ou doença que implique a necessidade de um ou mais atendimentos médico-hospitalares, com consequentes prejuízos econômicos ao Segurado.

GRUPO SEGURÁVEL: é o conjunto de pessoas, devidamente caracterizado por vínculo de natureza empregatícia, societária ou estatutária com a ESTIPULANTE, bem como seus respectivos dependentes elegíveis.

INTERNAÇÃO HOSPITALAR: evento motivado que exija tratamento clínico ou cirúrgico que se limita aos serviços exclusivamente prestados em hospitais. Podendo ocorrer internações de urgência ou emergência e eletiva ou/ programada.

MÉDICO ASSISTENTE: é o profissional escolhido pelo Segurado ou seu representante legal, responsável pela indicação da conduta médica a ser aplicada ao Segurado.

PRÊMIO: é o preço do seguro, ou seja, é o valor que a ESTIPULANTE se obriga a pagar à SEGURADORA mensal e antecipadamente, para que os Segurados tenham direito às coberturas nos limites contratados.

REDE REFERENCIADA: é a rede elaborada pela SEGURADORA, para facilitar a utilização do seguro, por parte de seus Segurados, composta, na região contratada, por um conjunto de médicos, hospitais, laboratórios e pronto-socorro cujos serviços são diretamente remunerados pela SEGURADORA, desde que coberto contratualmente.

REEMBOLSO: resarcimento ao Segurado titular das despesas médico-hospitalares cobertas pelo seguro, efetuadas e comprovadamente pagas por ele ou por seus dependentes a profissionais ou instituições que não façam parte da Rede Referenciada. O resarcimento será de acordo com a Tabela de Reembolso da CAIXA SEGURADORA e plano contratado.

SEGURADO: pessoa física a favor da qual a ESTIPULANTE contrata o seguro Saúde, sendo:

Segurado Titular: pessoa com vínculo empregatício ou estatutário, ou ainda os sócios, administradores, trabalhadores temporários, estagiários e menores aprendizes que tenham relação devidamente comprovada com a ESTIPULANTE, desde que previstos na Proposta de Seguro Saúde Empresarial.

Segurado Dependente: é o Dependente do Segurado Titular, incluído no plano do mesmo.

URGÊNCIA: é o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional.

3. CONDIÇÃO DE ADMISSÃO

3.1. Nos contratos de planos coletivos empresariais são elegíveis como titulares:

- a) empregados;
- b) sócios formalmente constituídos;
- c) administradores;
- d) diretores estatutários;
- e) diretores com vínculo empregatício;
- f) trabalhadores temporários;
- g) estagiários e menores aprendizes;
- h) funcionários demitidos, seja por rescisão ou exoneração, sem justa causa, que tenham contribuído para o plano privado de assistência à saúde, em decorrência do vínculo empregatício, desde que assumam o pagamento integral e que sejam respeitadas as considerações aventadas nos parágrafos 1º a 6º do artigo 30 da Lei 9.956/98;
- i) aposentados que contribuírem para o plano privado de assistência à saúde, em decorrência do vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de 10 (dez) anos, nos moldes do artigo 31, parágrafos 1º a 3º, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998;

3.1.1. São considerados dependentes as seguintes pessoas, que mantenham relação com o Segurado titular, mediante a comprovação das condições adiante indicadas e da sua dependência econômica, desde que não conflitem com a legislação vigente à época da contratação:

- a) O (a) cônjuge;
- b) Os (as) filhos (as) e ou enteados (as) solteiros (as) até 21 anos;
- c) Os (as) filhos (as) e ou enteados (as) solteiros (as), até completarem 24 anos, que estejam cursando curso superior;
- d) Filhos (as) solteiros (as) e ou enteados (as) inválidos, de qualquer idade, mediante comprovação de dependência pelo INSS;
- e) Filhos (as) adotivos (as) ou tutelados (as) menores de 12 anos, tendo sua inscrição em no máximo 30 dias da adoção terão aproveitamento das carências já cumpridas pelo titular, conforme inciso VII, do artigo 12 da Lei nº 9656/98;
- f) Filhos (as) recém-nascido, natural ou adotivo do Segurado, ou de seu dependente, tendo sua inscrição em no máximo 30 dias do nascimento ou da adoção serão isentos de carência;
- g) O (a) companheiro (a) que comprove união estável mediante declaração em cartório ou mediante apresentação de certidão de nascimento dos filhos em comum.

3.2. A adesão do grupo familiar dependerá da participação do Segurado titular no plano privado de assistência à Saúde.

3.3. A comprovação da elegibilidade dos Segurados vinculados ao plano são de responsabilidade da ESTIPULANTE, devendo esta garantir seu cumprimento especialmente no que se refere ao ingresso, manutenção e exclusão, e a exatidão das informações fornecidas a SEGURADORA, inclusive as relativas à situação de dependência dos usuários.

3.4. A inclusão dos Segurados titulares e dependentes será realizada na data de aquisição do plano ou em até 30 (trinta) dias imediatamente após a admissão ou da data do evento que os tornam elegíveis, através da apresentação dos seguintes comprovantes: registro de admissão, certidão de nascimento, casamento ou adoção.

4. MUDANÇA DE CATEGORIA DO SEGURO

Toda solicitação de mudança de categoria do seguro contratado deverá ser encaminhada à SEGURADORA, e após análise, a mesma poderá ser aceita ou não pela CAIXA SEGURADORA ESPECIALIZADA EM SAÚDE.

5. COBERTURAS DE PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

O presente Instrumento assegura as coberturas para todos os procedimentos listados para a segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia, dentro do território brasileiro, salvo nos casos identificados de forma particular no anexo das Características do Produto. As coberturas previstas visam todas as ações necessárias à recuperação, manutenção e reabilitação da saúde e a prevenção de todas as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde (CID-10), da Organização Mundial de Saúde (OMS) e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigente à época do evento pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, nos termos da Lei nº 9656/98 e do presente Instrumento, firmado entre as partes.

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

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

5.1. Garantia Ambulatorial

Estão garantidas as despesas ambulatoriais, decorrentes de:

5.1.1. Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

5.1.2. Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatórios, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, ou cirurgião-dentista

devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação;

5.1.3. Consulta e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, conforme indicação do médico assistente;

5.1.4. Psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, que poderão ser realizados tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme indicação do médico assistente;

5.1.5. Procedimentos de fisioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente;

5.1.6. Atendimento nos casos de planejamento familiar, incluindo:

- a) Atividades educacionais;
- b) Consultas de aconselhamento para planejamento familiar;
- c) Implante de dispositivo intrauterino (DIU) hormonal incluindo o dispositivo.

5.1.7. Procedimentos especiais:

- a) hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;
- b) quimioterapia oncológica ambulatorial;
- c) tratamento antineoplásicos domiciliares de uso oral, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento adjuvantes;
- d) radioterapia ambulatorial;
- e) procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais;
- f) hemoterapia ambulatorial e;
- g) cirurgias oftalmológicas ambulatoriais nos casos previamente contratados e disciplinados nas Condições Particulares ou somente em casos de pacientes com mais de 18 anos e grau estável há pelo menos 1 ano, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:
 - i.) miopia moderada e grave, de graus entre - 5,0 a – 10,0 DE, com ou sem astigmatismo associado com grau até –4,0 DC com a refração medida através de cilindro negativo;
 - ii.) hipermetropia até grau 6,0 DE, com ou sem astigmatismo associado com grau até 4,0 DC, com a refração medida através de cilindro negativo.

5.1.8. Atendimento às emergências psiquiátricas, assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros e/ ou riscos de danos morais e patrimoniais importantes;

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

5.2. Garantia Hospitalar

Estão garantidas as despesas médico-hospitalares, decorrentes de:

5.2.1. Atendimentos nos casos de planejamento familiar incluindo o seguinte procedimento: Sulfato de Dehidroepiandrosterona (SDHEA);

5.2.2. Internações hospitalares em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, bem como o acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional na indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou contratados pelo plano.

5.2.3. Internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;

5.2.4. Despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;

5.2.5. Cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;

5.2.6. Toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados;

5.2.7. Remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro;

5.2.8. Despesas com acompanhante, no caso de pacientes menores de 18 (dezoito) anos e com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente;

5.2.9. Cirurgia odontológica buco-maxilo-facial que necessite de ambiente hospitalar, listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde realizada por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar;

5.2.10. Cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar;

5.2.11. Procedimentos especiais relacionados à continuidade da assistência prestada como internação hospitalar:

a) hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;

b) quimioterapia oncológica ambulatorial;

- c) radioterapia: todos os procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente para ambas as segmentações ambulatorial e hospitalar;
- d) hemoterapia;
- e) nutrição parenteral ou enteral;
- f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- g) embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- h) radiologia intervencionista;
- i) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- j) procedimentos de fisioterapia: aqueles listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigentes à época do evento.
- I) tratamentos antineoplásicos ambulatoriais e domiciliares de uso oral.

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

5.2.13. Cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

5.2.14. Dermolipectomia abdominal em consequência de tratamento clínico para obesidade mórbida ou após cirurgia de redução de estômago;

5.2.15. Custeio integral de, pelo menos, trinta dias de internação, por ano de contrato, não cumulativos, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise;

5.2.16. Custeio integral de, pelo menos, quinze dias de internação, por ano de contrato, não cumulativos, em hospital geral, para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização;

5.2.17. Cobertura de todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos, inclusive os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões de auto-infligidas;

5.2.18. Nos casos em que o Segurado ultrapassar os 30 (trinta) dias de internação, no transcorrer de 01 (um) ano de contrato, o mesmo terá direito à continuidade do tratamento, mediante pagamento em coparticipação, da cobertura (dia) excedente em psiquiatria, incluindo valores gastos com honorários médicos e despesas hospitalares;

5.2.19. Cobertura de oito semanas anuais de tratamento em regime de hospital-dia para os portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise;

5.2.20. Cobertura para os diagnósticos F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79 e F90 a F98 relacionados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, a cobertura de tratamento em regime de hospital-dia por cento e oitenta dias por ano;

5.2.21. Cobertura de transplantes de Rins e Córneas, e dos transplantes autólogos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

5.2.22. Cobertura das despesas com os procedimentos vinculados aos transplantes mencionados acima, incluindo todas aquelas necessárias à realização do transplante, no que couber, como: as despesas assistenciais com doadores vivos, os medicamentos utilizados durante a internação, o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio e as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de resarcimento ao SUS, sendo admitida a exclusão de medicamentos de manutenção;

5.2.23. O valor do pagamento das despesas acima citadas e as normas de transplantes seguem a Resolução do Conselho de Saúde Suplementar, que prevê que candidato a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver deverá, obrigatoriamente estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de órgãos, sujeitando-se ao critério de fila única de espera e seleção;

5.2.24. Cobertura a parturiente, durante o trabalho de parto, no parto e no pós-parto imediato (48 horas), salvo contra indicação do médico assistente, ou, quando houver indicação, limitado ao previsto no Rol de Procedimentos e Eventos à Saúde vigente à época do evento e o custo relativo à paramentação de seu acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto e pós-parto imediato;

5.2.25. Cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do Segurado, titular ou dependente, durante os primeiros trinta dias após o parto.

6. EXCLUSÕES DE COBERTURA

6.1. As moléstias, os procedimentos e os demais itens abaixo relacionados, por serem exclusões contratuais autorizadas pela Lei nº 9656/98, não são cobertos por este contrato, a saber:

6.1.1. Todos os procedimentos não previstos no Rol de Procedimentos e Evento em Saúde vigentes à época do evento;

6.1.2. Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;

6.1.3. Procedimentos ambulatoriais, hospitalares e terapias indicadas ou solicitadas por profissionais de especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

6.1.4. Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;

6.1.5. Inseminação artificial;

6.1.6. Mudança de sexo;

6.1.7. Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética (exceto para tratamento de obesidade mórbida), como tal entendida aquela prejudicial à saúde, sob o ponto de vista médico, que acomete o Segurado cujo resultado da divisão do peso pelo quadrado de sua altura seja superior a 40 (quarenta) no Índice de Massa Corpórea – IMC, assim como spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;

6.1.8. Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados e/ou não reconhecidos pelo Ministério da Saúde ou ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária;

6.1.9. Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, salvo os casos de tratamentos antineoplásicos domiciliares (Artigo 12, inciso I, alínea “c” e inciso II, alínea “g”, ambos da Lei 9.656/98;

- 6.1.10.** Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
- 6.1.11.** Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- 6.1.12.** Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- 6.1.13.** Sonoterapia e medicina ortomolecular;
- 6.1.14.** Tratamentos em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- 6.1.15.** Consultas domiciliares;
- 6.1.16.** Assistência domiciliar (Home-Care), exceto em casos onde a necessidade de utilização for devidamente comprovada e após análise da área de Regulação Médica da SEGURADORA;
- 6.1.17.** Enfermagem em caráter particular seja em regime hospitalar ou domiciliar, mesmo que o caso exija cuidados especiais, inclusive nas emergências;
- 6.1.18.** Aparelhos para complementação de função, tais como: lentes de contato, aparelhos de surdez, imobilizadores removíveis e similares;
- 6.1.19.** Check-up – exames não relacionados com a necessidade de elucidação diagnóstica ou exames periódicos de qualquer natureza ou finalidade não solicitados pelo médico assistente e/ou cirurgião dentista;
- 6.1.20.** Exames admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função, demissionais e exames para a prática de esportes, para academias de ginástica ou aquisição ou renovação da Carteira Nacional de Habilitação – CNH;
- 6.1.21.** Remoção domiciliar;
- 6.1.22.** Vacinas e auto vacinas;
- 6.1.23.** Fertilização in Vitro.

7. DURAÇÃO DO CONTRATO

A data de início de vigência do contrato coincidirá com a requerida pela ESTIPULANTE na Proposta de Seguro Saúde Empresarial, desde que devidamente ratificada pela SEGURADORA, após o prazo de análise a aceitação deste seguro.

Este seguro será renovado automaticamente por prazo indeterminado após decorrida a vigência inicial de 24 (vinte e quatro) meses, sem que haja cobrança de taxa ou qualquer outro valor, salvo manifestação em contrário por escrito, com 60 (sessenta) dias de antecedência, de qualquer das partes.

8. PERÍODOS DE CARÊNCIA

As coberturas garantidas por este seguro somente terão efeito após os seguintes períodos de carência, contados a partir da data de ingresso do Segurado no contrato:

- a) **24 (vinte e quatro) horas para os casos comprovadamente caracterizados como urgência e emergência, incluindo os decorrentes de complicações gestacionais, nos termos da Lei 9656/98;**
- b) **30 (trinta) dias para consultas e exames simples;**
- c) **180 (cento e oitenta) dias para demais procedimentos;**
- d) **300 (trezentos) dias para parto a termo.**

A contagem dos prazos de carência terá início a partir da data de ingresso do Segurado no plano.

Caso haja 30 (trinta) ou mais participantes, não haverá cumprimento de carência, desde que seja formalizado o pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias da celebração do contrato coletivo, de sua vinculação à pessoa jurídica ESTIPULANTE ou data que tornou-se elegível.

9. DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

9.1. Doenças ou Lesões Preexistentes são aquelas que o Segurado ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei nº 9656/1998, o inciso IX do art 4º da Lei nº 9961/2000 e as diretrizes estabelecidas na Resolução Normativa nº 162/2007.

9.2. O Segurado deverá informar à SEGURADORA, no momento da contratação, por meio da Declaração de Saúde, o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes à época da adesão ao contrato, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou rescisão unilateral do contrato, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656/1998.

9.3. Para informar a existência de doenças e lesões preexistentes, o Segurado titular preencherá o Formulário de Declaração de Saúde acompanhado da Carta de Orientação ao Segurado e poderá solicitar um médico para orientá-lo.

9.4. O Segurado tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados ou referenciados pela SEGURADORA, sem qualquer ônus para o Segurado.

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

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

9.7. É vedada a alegação de omissão de informação de doença ou lesão preexistente quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no Segurado pela SEGURADORA, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.

9.8. Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do Segurado, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a SEGURADORA oferecerá a cobertura parcial temporária, e, dependendo do caso, será facultada a oferta do agravo.

9.9. Caso a SEGURADORA não ofereça Cobertura Parcial Temporária no momento da adesão contratual, não caberá alegação de omissão de informação na Declaração de Saúde ou aplicação posterior de Cobertura Parcial Temporária ou Agravo.

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

9.11. Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no site www.ans.gov.br.

9.12. Nos casos de Cobertura Parcial Temporária, findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme a segmentação segurada e prevista na Lei nº 9.656/1998.

9.13. O Agravo será regido por Aditivo Contratual específico, cujas condições serão estabelecidas entre as partes, devendo constar menção expressa o percentual ou valor do Agravo e período de vigência do Agravo.

9.14. Identificado indício de fraude por parte do Segurado referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a SEGURADORA deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao Segurado através de um "Termo de Comunicação ao Segurado", podendo oferecer, como forma de regularizar a situação:

a) Cobertura Parcial Temporária (CPT) pelos meses restantes, a partir da data de recebimento do Termo de Comunicação, até completar o período máximo de 24 (vinte e quatro) meses da data de adesão do Segurado ao contrato;

b) Agravo (facultativo), conforme o disposto no Artigo 7º da RN nº 162, de 17 de outubro de 2007;

9.15. Em caso de recusa do Segurado à proposta de regularização da situação ou da identificação do indício de fraude, a SEGURADORA solicitará abertura de processo administrativo junto à ANS.

9.16. A SEGURADORA poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do Segurado sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão preexistente.

9.17. Se solicitado pela ANS, o Segurado deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.

9.18. A ANS efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação. Após julgamento, e acolhida à alegação da SEGURADORA, pela ANS, o Segurado passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação da constatação da doença e lesão preexistente, pela SEGURADORA, bem como será excluído do contrato.

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

9.20. Tratando-se de plano coletivo empresarial com número de Segurados igual ou maior que 30 (trinta), não haverá cláusula de Cobertura Parcial Temporária ou Agravo, nos casos de Doença e Lesão Preexistente, desde que o Segurado formalize o pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica ESTIPULANTE.

10. ATENDIMENTO DE URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA

10.1. São considerados casos de urgência aqueles resultantes de acidentes pessoais provocados por agentes externos ao corpo humano, de modo súbito ou involuntário, inclusive os decorrentes de complicações no processo gestacional.

10.2. São considerados casos de emergência os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para os Segurados, caracterizados por declaração do médico assistente.

10.3. Para os casos de urgência e emergência a SEGURADORA garantirá a assistência médica que atuará no sentido da preservação da vida, órgãos e funções, de acordo com a segmentação de cobertura prevista no presente Instrumento.

10.4. Plano Ambulatorial - O plano ambulatorial garantirá cobertura de urgência e emergência, limitada até as 12 (doze) horas do atendimento. Quando necessária, para continuidade do atendimento de urgência e emergência, a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e mesmo que o procedimento exija tempo menor que 12 (doze) horas, a presente cobertura se cessará, sendo que a partir da necessidade de internação a responsabilidade financeira passará a ser do Segurado, não cabendo mais nenhum ônus à SEGURADORA.

10.5. Plano Hospitalar - Os contratos com plano hospitalar oferecerem cobertura aos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para internação, desde a admissão do Segurado até a sua alta, ou que sejam necessários à preservação da vida, órgãos e funções, exceto nos casos em que o atendimento em referência for efetuado no decorrer dos períodos de carência. Nos contratos em que os prazos de carência ainda estiverem em curso a cobertura será equivalente àquela fixada no plano do segmento ambulatorial, ou seja, não será garantida a cobertura para internação.

10.5.1. No seguro do segmento hospitalar, o atendimento de urgência decorrente de acidente pessoal, será garantido, sem restrições após 24 (vinte e quatro) horas da vigência do contrato.

10.5.2. Nos casos em que o Segurado pleitear o atendimento e que este não encontre-se caracterizado como próprio do plano hospitalar, ou como de risco de vida, ou ainda, de lesões irreparáveis, não haverá cobertura por parte da SEGURADORA.

10.5.3. Os contratos com plano hospitalar com cobertura obstétrica, garantirão os atendimentos de urgência e emergência quando se referirem ao processo gestacional.

10.6. Doença ou Lesão Preexistente - Para os casos de urgência e emergência, decorrentes de acidente pessoal, após 24 (vinte e quatro) horas de vigência do contrato, o Segurado terá assistência integral, isto é, da sua admissão até a sua alta, salvo no caso de atendimento decorrente de doença ou lesão preexistente

quando em cobertura parcial temporária e que resulte na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade estritamente relacionados às doenças e lesões preexistentes.

10.6.1. Nesse caso a SEGURADORA garantirá cobertura de urgência e emergência, limitada até as primeiras 12 (doze) horas do atendimento. Quando necessária, para continuidade do atendimento em comento, a realização de procedimentos exclusivos de cobertura hospitalar, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e mesmo que o procedimento exija tempo menor que 12 (doze) horas, a presente cobertura se cessará, sendo que a partir da necessidade de internação a responsabilidade financeira passará a ser do Segurado, não cabendo nenhum ônus à SEGURADORA, mas tão somente o da remoção para o SUS.

10.7. Cobertura de Remoção para outra Unidade de Atendimento - Será garantida a remoção para unidade de atendimento da rede do plano, depois de realizados os atendimentos de urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente ou pela necessidade de internação para os Segurados portadores de contrato com plano ambulatorial.

10.7.1. Nesses casos, quando não for possível a remoção por risco de vida, o Segurado ou seus familiares/responsáveis deverão negociar e assumir junto ao prestador do atendimento a responsabilidade pelo custeio da continuidade da assistência, já que a SEGURADORA não estará obrigada a oferecer qualquer outra garantia.

10.8. Cobertura de Remoção para o SUS - Será garantida a remoção para o SUS depois de realizados os procedimentos de urgência e emergência, nos casos em que o Segurado, sem condições financeiras para arcar com a continuidade do tratamento na rede particular, ainda estiver cumprindo período de carência para internação, ou ainda quando, no gozo da cobertura parcial temporária necessitar de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e/ou procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças ou lesões preexistentes.

10.8.1. Na remoção, a SEGURADORA deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários à manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS.

10.8.2. Quando o paciente ou seus familiares/responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade que não seja pertencente ao SUS, a SEGURADORA estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

10.8.3. Quando não for possível a utilização dos serviços garantidos pela SEGURADORA nos atendimentos de urgência ou emergência ocorridos na área de abrangência geográfica da cobertura contratual, fica garantido ao Segurado o reembolso das despesas decorrentes.

10.8.4. Os reembolsos devem ser solicitados mediante a apresentação dos documentos descritos no item 11.5, no prazo máximo de 1 (um) ano.

10.8.5. O valor a ser reembolsado estará limitado ao valor constante na relação de serviços médicos e hospitalares praticados pela SEGURADORA junto à rede assistencial deste plano.

11. ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES

11.1. É garantida ao Segurado a livre escolha de prestadores, desde que respeitada à área geográfica de abrangência da cobertura do contrato.

11.2. A SEGURADORA procederá ao reembolso das despesas médico-hospitalares, efetuada (s) e comprovadamente paga (s) pelo Segurado titular ou seu (s) dependente (s), somente quando optar por não utilizar a Rede de profissionais ou instituições referenciados, respeitadas as coberturas e exclusões previstas no contrato e o limite estabelecido na Tabela de Reembolso Saúde Hospitalar e Honorários Médicos (TRSH e TRHM) mais Coeficientes de Reembolso de Seguro (CRS).

11.3. Os atendimentos nos municípios onde não há Rede Referenciada será feito através de Reembolso, de acordo com a Resolução Normativa – RN nº 259/2011.

11.4. Para solucionar qualquer dúvida que o Segurado venha a ter quanto a TRSH e TRHM, poderá contatar a Central de Relacionamento.

11.5. São documentos necessários para solicitação de reembolso:

11.5.1. Para consultas, exames e terapias:

Recibo ou nota fiscal original, sem rasuras, emitido em nome do Segurado que utilizou o serviço, contendo:

- a) Dados do prestador de serviço (nome, endereço, CPF se pessoa física ou CNPJ se pessoa jurídica);
- b) Número do registro na Autarquia Federal competente que regulamenta a profissão;
- c) Especialidade do profissional que prestou o atendimento;
- d) Data de atendimento;
- e) Descrição detalhada do serviço prestado;
- f) Valor do serviço prestado (caso ocorra mais de um procedimento, o valor deverá ser individualizado);
- g) Carimbo e assinatura do emitente;
- h) Eventualmente cópia dos resultados dos exames realizados;
- i) Pedido médico que conste a justificativa para solicitação do(s) exame(s).

11.5.2. Especificamente nos casos de terapias, além dos documentos supracitados, também deverão ser anexados à solicitação de reembolso:

- a) Quantidade e datas das sessões realizadas;
- b) Relatório do profissional na especialidade pertinente com o diagnóstico e recente (data próxima da realização dos procedimentos) com indicação clínica;

c) Laudo do profissional que realiza o atendimento com o histórico e evolução da patologia e do tratamento.

11.5.3. Para Internações clínicas ou cirúrgicas:

11.5.3.1. Despesas hospitalares:

Recibo ou nota fiscal original, sem rasuras, emitido em nome do Segurado que utilizou o serviço, contendo:

- a) Dados do prestador de serviço (nome, endereço e CNPJ);
- b) Data de atendimento;
- c) Carimbo e assinatura do emitente;
- d) Conta hospitalar detalhada e discriminando o valor de cada item;
- e) Relatório médico detalhado especificando o(s) atendimentos (s)/procedimento (s) realizado (s);
- f) Eventualmente cópia dos resultados dos exames realizados.

11.5.4. Honorários médicos:

Recibo ou nota fiscal original, sem rasuras, emitido em nome do Segurado que utilizou o serviço, contendo:

- a) Dados do prestador de serviço (nome, endereço, CPF se pessoa física ou CNPJ se pessoa jurídica);
- b) Número do CRM (Conselho Regional de Medicina) do médico assistente;
- c) Data de atendimento;
- d) Descrição detalhada do serviço prestado, inclusive a atuação do profissional (cirurgião, auxiliar, anestesista, instrumentador);
- e) Valor do serviço prestado (caso ocorra mais de um procedimento, o valor deverá ser individualizado);
- f) Carimbo e assinatura do emitente;
- g) Relatório médico detalhado especificando o(s) atendimento(s)/ procedimento(s) realizado(s).

11.6. Quando o atendimento hospitalar não ocorrer nos prestadores da Rede Referenciada, será necessária declaração da entidade onde ocorreu o atendimento contendo as seguintes informações: tipo do atendimento, data de internação e data de alta.

11.7. A SEGURADORA procederá os reembolsos das despesas garantidas no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir da data do recebimento da totalidade dos documentos necessários para a análise e liquidação do sinistro.

11.8. Este instrumento estabelece dois Coeficientes de Reembolso de Seguro (CRS), um para despesas Hospitalares (CRS-DH) e outro para Honorários Médicos (CRS-HM), fixados em moeda corrente nacional, estabelecidos no Contrato de Seguro Saúde Empresarial (Proposta e Condições Particulares).

11.9. A Tabela de Reembolso está à disposição do Segurado na matriz desta SEGURADORA, em Brasília, e no site www.caixasegurada.com.br, para consultas dos Segurados, e encontra-se devidamente registrada no Cartório de Registro de Imóveis, Títulos e Documentos e Civil de Pessoas Jurídicas da Comarca de Brasília.

11.10. O valor do reembolso das despesas médicas provenientes do sistema de livre escolha não será inferior ao praticado diretamente na rede referenciada.

11.11. No caso de atendimento por prestador não integrante da rede assistencial, o pagamento do serviço ou procedimento será realizado pela SEGURADORA ao prestador do serviço ou do procedimento, mediante acordo entre as partes.

12. MECANISMOS DE REGULAÇÃO

12.1. Autorização Prévia

É a autorização formal da SEGURADORA na qual será disponibilizada senha para a realização de determinados procedimentos constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, solicitados pelo médico assistente devidamente habilitado.

Para a realização dos procedimentos abaixo relacionados, exceto para os casos caracterizados como urgência e emergência, é necessário a solicitação de autorização prévia à qual será concedida pela SEGURADORA após análise das solicitações especificadas pelo médico assistente.

- a) Exames de alta complexidade;
- b) Internações: clínicas, cirúrgicas obstétricas ou psiquiátricas;
- c) Prorrogações das internações;
- d) Remoções e;
- e) Serviços auxiliares de diagnose e terapia.

12.2. Divergências Técnicas

Em situações de divergências técnicas que eventualmente possam surgir durante a vigência do contrato, a SEGURADORA se compromete a:

- a) Fornecer ao Segurado laudo circunstaciado, quando solicitado, bem como cópia de toda a documentação relativa às questões de impasse que possam surgir no curso do contrato, decorrente da utilização dos mecanismos de regulação;
- b) Garantir, no caso de situações de divergências médicas a respeito de autorização prévia, a definição do impasse através de junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo Segurado, por médico da SEGURADORA e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da SEGURADORA.

12.3. Perícia Médica

De acordo com o inciso IV do art. 4º da Resolução CONSU nº 08, a SEGURADORA poderá disponibilizar ao Segurado o atendimento pelo profissional avaliador, no prazo máximo de um dia útil a partir do momento da solicitação, para a definição dos casos de aplicação das regras de regulação, ou em prazo inferior quando caracterizada a urgência.

12.4. Rede Referenciada

12.4.1. A SEGURADORA colocará à disposição dos Segurados uma Rede Referenciada, composta por um conjunto de médicos, laboratórios, clínicas, prontos-socorros e hospitais para prestarem atendimento médico-hospitalar nos moldes do seguro contratado.

12.4.2. O Segurado terá a sua disposição uma Central de Relacionamento, que operará em regime 24/7, ou seja, 24 (vinte e quatro) horas por dia durante os 7 (sete) dias da semana, incluindo sábados, domingos e feriados, apta a receber e esclarecer dúvidas, dar orientações, receber solicitações de autorizações, conferir autorizações de procedimentos, realizar a regulação de procedimentos, entre outras atividades.

12.4.3. A Rede Referenciada pode ser acessada pelo Segurado através do portal de internet, www.caixaseguradora.com.br, e/ou através da Central de Relacionamento. Os contatos da Central de Relacionamento encontram-se disponíveis nas Condições Particulares, bem como, no Kit Boas Vindas (Guia de utilização do Segurado).

12.4.4. É facultada a SEGURADORA a exclusão ou substituição de entidade hospitalar por outra equivalente, mediante comunicação prévia a ESTIPULANTE e a ANS, com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor, conforme o artigo 17, parágrafo 1º da Lei 9656/98.

12.4.5. A SEGURADORA se obriga nos casos de redimensionamento da rede hospitalar por redução, a solicitar e obter previamente à ANS a autorização expressa para tanto, tendo informado:

- a) Nome da entidade a ser excluída;
- b) Capacidade operacional a ser reduzida com a exclusão;
- c) Impacto sobre a massa assistida, a partir de parâmetros definidos pela ANS, correlacionando à necessidade de leitos e a capacidade operacional restante;
- d) Justificativa para a decisão, observando a obrigatoriedade de manter cobertura com padrões de qualidade equivalente e sem ônus adicional para o Segurado.

12.5. Coparticipação

12.5.1. A ESTIPULANTE poderá contratar o seguro saúde em regime de coparticipação, no pagamento de consultas, tratamentos, terapias e exames que o grupo Segurado vier a realizar, excetuando-se os tratamentos relacionados à saúde mental, que terão coparticipação específica de 50% (cinquenta por cento) ou percentual máximo permitido pela ANS, definido em normativos vigentes do custeio das diárias de internação a partir do 31º dia de internação.

12.5.2. O percentual definido de coparticipação estará indicado nas Condições Particulares.

12.5.3. A coparticipação não é considerada como contribuição para fins previstos nos artigos 30 e 31 da lei 9656/98 e deverá estar indicada na Proposta de Seguro Saúde Empresarial.

13. FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

13.1. A forma de preço contratada neste Instrumento para estabelecer os valores a serem pagos pela cobertura assistencial é a classificada como “pré-pagamento”, ou seja, o pagamento do valor do prêmio é efetuado antes da utilização das coberturas contratadas.

13.2. A ESTIPULANTE se responsabilizará pelo pagamento à SEGURADORA da importância obtida pela soma dos prêmios per capita correspondentes as faixas etárias de cada Segurado, de acordo com o plano contratado, acrescido dos encargos previstos na legislação vigente, podendo também ser apresentados por taxa média.

13.3. O vencimento dos prêmios mensais será aquele definido nas Condições Particulares. Caso a data coincida com dias em que não haja expediente bancário, o pagamento deverá ser feito no primeiro dia útil subsequente.

13.4. Os prêmios per capita e acertos de prêmio decorrentes das alterações de planos, de inclusões e exclusões de Segurados, serão cobrados no prêmio mensal do mês subsequente às movimentações, conforme os valores vigentes na data do faturamento.

13.5. As movimentações de Segurados ocorridas após o fechamento da fatura serão consideradas como acerto de prêmio no faturamento do prêmio mensal subsequente.

13.6. O valor do prêmio em atraso será automaticamente acrescido de multa de 2%, além de juros de mora de 1% ao mês, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso, em harmonia com o Código de Defesa do Consumidor pátrio, bem como o entendimento já pacificado do Superior Tribunal de Justiça - STJ.

13.7. O pagamento de prêmio não quita eventuais débitos anteriores.

13.8. Se a SEGURADORA não identificar o pagamento de qualquer prêmio mensal vencido, poderá solicitar a ESTIPULANTE a comprovação do pagamento devidamente validada por estabelecimento bancário.

13.9. Regras de Custeio

O custeio do seguro poderá ser:

- a) **Não contributário:** quando não há contribuição do Segurado titular no custeio do seguro;
- b) **Contributário:** quando há contribuição do Segurado titular no custeio do seguro. Fica a ESTIPULANTE responsável pelo recolhimento da parcela relativa a cada Segurado, bem como pelo pagamento à SEGURADORA do valor integral do prêmio.

13.10. Ressalta-se que a ESTIPULANTE é a única responsável pelo pagamento integral dos prêmios à SEGURADORA, qualquer que seja a modalidade de participação no custeio do seguro (Contributária ou Não Contributária) estabelecida pela ESTIPULANTE com os Segurados do seguro, exceto nas hipóteses previstas nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98.

13.11. Os prêmios originalmente expressos em Unidade de Reembolso Médico (CRS) serão convertidos em moeda corrente nacional, considerando-se o valor da CRS do primeiro dia do mês da vigência das garantias.

13.12. Quando ocorrer enquadramento por alteração de idade, o prêmio mensal será aquele correspondente à nova faixa etária, a partir do mês em que o Segurado titular ou dependente fizer aniversário.

13.13. A tabela com as faixas etárias e seus respectivos prêmios, estarão expressos nas Condições Particulares.

13.14. Não haverá distinção quanto ao valor do prêmio mensal entre os Segurados já vinculados e aqueles que vierem a ser incluídos no contrato.

14. REAJUSTE

14.1. Considera-se reajuste qualquer variação positiva no prêmio de seguro, inclusive aquela decorrente de revisão ou reequilíbrio econômico-atuarial do contrato.

14.2. O valor do prêmio será reajustado anualmente, ressalvadas as variações em razão de mudança de faixa etária, inclusões, migração e adaptação de contrato, disciplinadas pela Lei 9656/98.

14.3. Independentemente da data de inclusão dos Segurados, os valores de suas contraprestações terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência do presente contrato, entendendo-se esta como data base única.

14.4. Em caso de alteração da data base, os novos reajustes respeitarão a periodicidade mínima definida em lei, contados da data em que o reajuste anterior foi ou podia ter sido aplicado.

14.5. Os reajustes efetuados serão comunicados à Agência Nacional de Saúde Suplementar, observando os prazos devidos na forma como determinado pela legislação em vigor.

14.6. O presente contrato não poderá sofrer aplicação de percentuais de reajuste diferenciados, de forma a provocar distinção no valor da mensalidade entre os Segurados de uma mesma faixa etária e/ou de um mesmo plano.

14.7. Reajuste Financeiro dos Prêmios

Anualmente, o prêmio sofrerá reajuste financeiro com base no valor da Unidade de Reembolso Médico (CRS), de acordo com a apuração da Variação dos Custos dos Serviços Médico-Hospitalares e dos preços dos insumos utilizados na prestação desses mesmos serviços, efetuada pela SEGURADORA para o novo período.

14.8. Reajuste Técnico em função da sinistralidade

Em complemento ao reajuste financeiro, a cada período de 12 (doze) meses, as partes verificarão se o valor pago pela ESTIPULANTE à SEGURADORA está atendendo ao percentual de sinistralidade fixado no ato da contratação do seguro.

Quando o índice fixado for superior ao percentual definido na contratação do seguro, o valor da contraprestação mensal paga pela ESTIPULANTE à SEGURADORA deverá ser reajustado em índice que recomponha o equilíbrio econômico-financeiro-atuarial do contrato.

14.9. Para contratos que abrangem grupos de até 29 (vinte e nove) Segurados

14.9.1. De acordo com a Resolução Normativa RN nº 309, os contratos que contemplem até 29 (vinte nove) Segurados, serão agrupadas e o percentual de reajuste será único para todos, independentemente do plano.

14.9.2. Os contratos que integrarão a base de cálculos devem ter mais de 5 (cinco) meses de vigência na SEGURADORA.

14.9.3. Participarão do agrupamento todos os contratos com até 29 (vinte e nove) Segurados, para efeito de apuração de um único índice de reajuste, a ser aplicado anualmente às contraprestações pecuniárias dos contratos pertencentes a este grupo.

14.9.4. A opção da ESTIPULANTE em participar do agrupamento de contratos, será expressa na Proposta de Seguro Saúde Empresarial que é parte integrante do contrato.

14.9.5. Será considerado um contrato agregado ao agrupamento, àquele que na data de aniversário do contrato ou no momento da contratação, possuir até 29 (vinte e nove) Segurados.

14.9.6. A aplicação do percentual único de reajuste para as empresas do agrupamento ocorrerá sempre no mês de aniversário do contrato, no período de maio a abril do ano subsequente, imediatamente posterior ao período de cálculo do reajuste.

14.9.7. A contraprestação pecuniária mensal será reajustada anualmente pelo índice de reajuste único coletivo, tomando-se por base:

- a) O índice de variação dos custos médico-hospitalares e de outras despesas incidentes sobre a operação de Planos Privados de Assistência à Saúde; e
- b) O índice de sinistralidade, apurado especificamente para o agrupamento dos contratos com até 29 (vinte e nove) Segurados, conforme fórmula abaixo:

$$RS = \left[\left(\frac{SG}{Yx PG} - 1 \right); 0 \right]$$

Onde:

RS: Reajuste por Sinistro

SG: Sinistro do Grupo

PG: Prêmio do Grupo

Y= Fator variável constante no Contrato

c) O índice de reajuste único será apurado conforme fórmula descrita a seguir:

$$\text{Reajuste Total} = [(1 + \text{Reajuste Financeiro}) * (1 + \text{Reajuste Sinistralidade})]$$

d) O percentual único de reajuste a ser aplicado ao agrupamento de contratos será apurado anualmente no período de janeiro a dezembro e divulgado até o primeiro dia útil do mês de maio de cada ano e mantido no site da CAIXA SEGURADORA, sendo identificados os contratos que serão reajustados com o número de registro do produto na ANS.

e) O contrato será desagregado do agrupamento caso na data de seu aniversário o número seja superior a 29 (vinte e nove) Segurados.

14.9.8. Caso a ESTIPULANTE opte por não fazer parte do agrupamento ou deixe de fazer parte do mesmo em razão do número de Segurados do contrato passar a ser superior a 29 (vinte e nove) Segurados, prevalecerá para efeito de aplicação de reajuste as condições originalmente previstas nas cláusulas posteriores.

14.9.9. Fica vedada a inclusão de novos titulares, exceto novo cônjuge ou filhos no contrato, caso a ESTIPULANTE opte por não fazer parte do agrupamento.

14.9.10. Adicionalmente a este reajuste anual o prêmio será adequado pela mudança de faixa etária em que o Segurado está enquadrado.

Base de Cálculo utilizada para determinação do Índice	Período de Aplicação do Reajuste	Contratos que receberão reajuste
Janeiro a Dezembro	Maio a Abril subsequentes a data de base de cálculo.	Contratos que possuíam até 29 Segurados apurados na data de aniversário do contrato entre maio a abril do ano anterior ao período de aplicação do reajuste.

14.10. Reajustes do Prêmio em Função da Sinistralidade para Grupos de 30 (trinta) a 199 (cento e noventa e nove) Segurados.

14.10.1. O prêmio do seguro será reajustado sempre que o índice de sinistralidade apurado estiver acima do índice de sinistralidade acordado para a Proposta de Seguro Saúde Empresarial.

14.10.2. Na apuração da sinistralidade serão considerados os valores de sinistros e prêmios relativos ao período de 12 (doze) meses anteriores ao mês de apuração de todos os contratos coletivos empresariais que contemplem de 30 (trinta) a 199 (cento e noventa e nove) Segurados.

14.10.3. Não serão considerados os impostos incidentes sobre o valor do prêmio cobrado.

14.10.4. Não serão considerados os prêmios e sinistros dos três primeiros meses de vigência dos contratos.

14.10.5. Os contratos que integrarão a base de cálculos devem ter mais de cinco meses de vigência na SEGURADORA.

14.10.6. A contraprestação pecuniária mensal será reajustada anualmente pelo índice de reajuste único coletivo, tomando-se por base:

a) O índice de variação dos custos médico-hospitalares e de outras despesas incidentes sobre a operação de Planos Privado de Assistência à Saúde; e

b) O índice de sinistralidade, apurado especificamente para o agrupamento dos contratos de 30 (trinta) a 199 (cento e noventa e nove) Segurados, conforme fórmula abaixo:

$$RS = \left[\left(\frac{SG}{Yx PG} - 1 \right); 0 \right]$$

Onde:

RS: Reajuste por Sinistro

SG: Sinistro do Grupo

PG: Prêmio do Grupo

Y= Fator variável constante no Contrato

c) O índice de reajuste único será apurado conforme fórmula descrita a seguir:

$$\text{Reajuste Total} = [(1 + \text{Reajuste Financeiro}) * (1 + \text{Reajuste Sinistralidade}) - 1]$$

d) O contrato será desagregado do agrupamento caso na data de seu aniversário o número seja superior a 199 (cento e noventa e nove) Segurados.

14.10.7. As apurações subsequentes ao do primeiro período serão realizadas sucessivamente, considerando os 12 (doze) meses seguintes ao do último prêmio avaliado.

14.10.8. A SEGURADORA reserva-se o direito, de realizar periodicamente as apurações do resultado do índice de sinistralidade, respeitando o prazo mínimo de 12 (doze) meses, para a efetiva aplicação do reajuste.

14.11. Reajustes do Prêmio em Função da Sinistralidade para Grupos de 200 (duzentos) a 999 (novecentos e noventa e nove) Segurados.

14.11.1. O prêmio do seguro será reajustado sempre que o índice de sinistralidade apurada estiver acima do índice de sinistralidade acordado para a Proposta de Seguro Saúde Empresarial.

14.11.2. Na apuração da sinistralidade serão considerados os valores de sinistros e prêmios relativos ao período de 12 (doze) meses anteriores ao mês de apuração, considerando 50% (cinquenta por cento) do

resultado de todos os contratos coletivos empresariais que contemplem de 200 (duzentos) a 999 (novecentos e noventa e nove) vidas e, 50% (cinquenta por cento) do resultado do próprio contrato.

14.11.3. Não serão considerados os impostos incidentes sobre o valor do prêmio cobrado.

14.11.4. Não serão considerados os prêmios e sinistros dos três primeiros meses de vigência dos contratos.

14.11.5. Os contratos que integrarão a base de cálculos devem ter mais de cinco meses de vigência na SEGURADORA.

O cálculo do reajuste de sinistralidade a ser aplicado será obtido conforme a seguinte fórmula:

$$RS = [\left(\frac{0,50 \times SCO}{Y} \right) + \left(\frac{0,50 \times SG}{PG} \right) - 1;0]$$

Onde:

RS = Reajuste por Sinistro

SCO = Sinistro do Contrato

PCO = Prêmio do Contrato

SG = Sinistro do Grupo

PG = Prêmio do Grupo

Y= Fator variável constante no Contrato

14.11.6. As apurações subsequentes ao do primeiro período serão realizadas sucessivamente, considerando os 12 (doze) meses seguintes ao do último prêmio avaliado.

14.11.7. A SEGURADORA reserva-se o direito, de realizar periodicamente as apurações do resultado do índice de sinistralidade, respeitando o prazo mínimo de 12 (doze) meses, para a efetiva aplicação do reajuste.

14.12. Reajustes do Prêmio em Função da Sinistralidade para Empresas/ESTIPULANTE que contemplem 1000 (mil) Segurados ou mais

14.12.1. O prêmio do seguro será reajustado sempre que o índice de sinistralidade apurada estiver acima do índice de sinistralidade acordado para a Proposta de Seguro Saúde Empresarial.

14.12.2. Para os contratos com 1000 (mil) Segurados ou mais, o índice de sinistralidade será avaliado individualmente, ou seja, por contrato.

14.12.3. Na apuração da sinistralidade serão considerados os valores de sinistros, e prêmios relativos ao período de 12 (doze) meses anteriores ao mês de apuração.

14.12.4. Na soma dos prêmios serão descontados os impostos incidentes sobre o valor cobrado.

14.12.5. Não serão considerados os prêmios e sinistros dos três primeiros meses de vigência da empresa.

O cálculo do reajuste de sinistralidade a ser aplicado será obtido conforme a seguinte fórmula:

$$RS = \left[\left(\frac{SCO}{Yx PCO} - 1 \right); 0 \right]$$

Onde:

RS = Reajuste por Sinistro

SCO = Sinistro do Contrato

PCO = Prêmio do Contrato

Y= Fator variável constante no Contrato

14.12.6. As apurações subsequentes ao do primeiro período serão realizadas sucessivamente, considerando os 12 (doze) meses seguintes ao do último prêmio avaliado.

14.12.7. A SEGURADORA reserva-se o direito, de realizar periodicamente as apurações do resultado do índice de sinistralidade, respeitando o prazo mínimo de 12 (doze) meses, para a efetiva aplicação do reajuste.

14.13. Cálculo do Reajuste Anual

O reajuste anual previsto neste contrato, observando o intervalo mínimo de 12 (doze) meses com o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência do contrato será calculado da seguinte forma:

$$\text{Reajuste} = [(1 + \text{Reajuste Financeiro}) * (1 + \text{Reajuste Técnico}) * (1 + RS) - 1]$$

Sendo o novo prêmio obtido através da seguinte equação:

$$\text{Prêmio Novo} = \text{Prêmio Atual} \times (1 + \text{Reajuste Total})$$

Adicionalmente a este reajuste anual o prêmio será adequado pela mudança de faixa etária em que o Segurado está enquadrado, conforme disposto no item 14.

15. FAIXA ETÁRIA

15.1. O valor do prêmio mensal será alterado no mês subsequente em que o Segurado mudar de faixa etária, aplicando o percentual descrito abaixo sobre o valor do último prêmio per capita. Os percentuais estão definidos de acordo com as regras da Resolução Normativa nº 63 da ANS.

Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa Etária

Faixa Etária	Percentual
0 a 18 anos	-
19 a 23 anos	8,50%
24 a 28 anos	13,00%
29 a 33 anos	16,60%
34 a 38 anos	18,00%
39 a 43 anos	21,40%
44 a 48 anos	26,00%
49 a 53 anos	21,50%
54 a 58 anos	25,00%
59 anos ou +	53,00%

15.2. O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária.

15.3. A variação acumulada entre a sétima e a décima faixa não poderá ser superior a variação acumulada entre a primeira e a sétima faixa.

15.4. É vedada a cobrança de valores diferenciados do prêmio para os Segurados que completarem a idade limite, ou seja, com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, em harmonia com a inteligência do artigo 15, § 3º do Estatuto do Idoso.

16. BÔNUS - DESCONTOS

16.1. Será concedido desconto de 30% (trinta por cento) sobre o prêmio do seguro a ESTIPULANTE que incluir toda a população vinculada à ela (inclusão compulsória), por relação empregatícia ou estatutária, bem como seus dependentes, esta condição será definida na Proposta de Seguro Saúde Empresarial.

16.2. O desconto deixará de incidir sobre o prêmio do seguro a partir do faturamento do mês subsequente à ocorrência, se após o início de vigência e a qualquer tempo, o número de vidas da apólice se tornar inferior

ao limite estabelecido na Proposta de Seguro Saúde Empresarial, nos termos desta opção e nos prazos previstos na cláusula de Condição de Admissão.

16.3. No caso de modalidade de inclusão opcional do grupo elegível (inclusão não compulsória), a SEGURADORA poderá oferecer um outro desconto sobre o valor do prêmio, em razão do quantitativo do grupo segurável. Caso este bônus seja oferecido, constará da Proposta de Seguro Saúde Empresarial o percentual de desconto aplicado e o número mínimo de vidas para sua aplicação.

17. REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

17.1. De acordo com o estabelecido nos Art. 30 e 31 da Lei 9656/98, o Segurado titular que contribuiu, total ou parcialmente, para o seguro saúde e teve a quebra de seu vínculo laboral por exoneração, demissão sem justa causa ou por aposentadoria, será garantido o direito de manter sua condição de Segurado no plano, nas mesmas condições de cobertura assistencial que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral das parcelas dos prêmios mensais.

17.2. Entende-se como contribuição qualquer valor pago pelo empregado, inclusive com desconto em folha de pagamento, para custear parte ou a integralidade do prêmio de seu plano privado de assistência à saúde, oferecido pelo empregador, em decorrência de vínculo empregatício, à exceção dos valores relacionados aos dependentes e à coparticipação ou franquia, caso haja, paga única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderador, na utilização dos serviços de assistência médica.

17.3. Ainda que o pagamento de contribuição não esteja ocorrendo no momento da demissão, exoneração sem justa causa ou aposentadoria é assegurado ao empregado os direitos previstos nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98, na proporção do período ou da soma dos períodos de sua efetiva contribuição para o plano privado de assistência à saúde.

17.4. Serão considerados para fins de aplicação dos direitos previstos nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98:

a) Os períodos de contribuição do ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado decorrentes da contratação do empregador com várias OPERADORAS/SEGURADORAS de Saúde;

b) A contribuição do empregado no pagamento dos prêmios dos planos privados de assistência à saúde oferecidos sucessivamente em decorrência de vínculo empregatício estabelecido com empresas que foram submetidas a processo de fusão, incorporação, cisão ou transformação, será considerada, para fins dos direitos previstos.

17.5. Entende-se por “mesmas condições de cobertura assistencial”, mesma segmentação e cobertura, rede assistencial, padrão de acomodação em internação, área geográfica de abrangência e fator moderador, se houver do plano privado de assistência à saúde contratado para os empregados ativos, conforme determinado na Resolução Normativa RN nº. 279/2011.

17.6. Ao empregado aposentado que continua trabalhando na mesma empregadora e venha a se desligar desta é garantido o direito de manter sua condição de Segurado, conforme disposto no art. 31 da Lei 9656/98.

17.7. O direito de que trata o item 17.1 deverá ser exercido pelo ex-empregado aposentado no momento do seu desligamento da empresa empregadora.

17.8. Será estendido o direito de manutenção previsto no item 17.1 aos dependentes do empregado aposentado que continuou trabalhando na mesma empresa e veio a falecer antes do exercício do direito previsto no art. 31 da Lei 9656/98.

17.9. É obrigatoriedade da ESTIPULANTE, no ato da comunicação ao empregado do aviso prévio a ser cumprido ou indenizado, o oferecimento formal do benefício ao ex-empregado (exonerado, demitido sem justa causa ou aposentado).

17.10. A opção pela manutenção do benefício de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho deverá ocorrer num prazo máximo de 30 (trinta) dias a contar da data da comunicação inequívoca ao ex-empregado pela ESTIPULANTE.

17.11. Os prazos limites de permanência na extensão garantida pela lei 9656/98, estão descritos no quadro abaixo:

Funcionário Segurado	Período Máximo de Permanência no Benefício
Exonerado ou demitido sem justa causa	1/3 (um terço) do período em que contribuiu para o seguro, com um mínimo assegurado de 6 (seis) meses e máximo 24 (vinte e quatro) meses.
Aposentado que contribuiu com o seguro pelo prazo inferior a 10 (dez) anos	1 (um) ano para cada ano de contribuição
Aposentado que contribuiu com seguro pelo prazo igual ou maior que 10 (dez) anos	Vitalício

17.12. A condição de permanência no benefício deixará de existir quando:

a) Da admissão do Segurado titular em novo emprego, entendendo-se como novo emprego o vínculo profissional que possibilite o seu ingresso em um plano de assistência à saúde coletivo empresarial, coletivo por adesão ou de autogestão;

b) Houver cessado período de manutenção da condição de Segurado, especificado no item 17.10;

- c) O contrato do benefício do plano privado de assistência à saúde concedido aos seus empregados ativos e ex-empregados for cancelado pela ESTIPULANTE por qualquer motivo;
- d) Pelo não pagamento do prêmio, ou parte dele, por período superior a 60 (sessenta dias) consecutivos ou não, durante o período de vigência do contrato.

17.13. O atraso no pagamento das faturas por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, facultará a SEGURADORA suspender todos os atendimentos até a efetiva liquidação do débito, sem prejuízo da possibilidade de denúncia do contrato, nos termos da cláusula 19 destas Condições Gerais.

17.14. O direito assegurado nesta cláusula, não exclui vantagens obtidas pelos empregados, decorrentes de negociações coletivas ou acordos coletivos de trabalho.

17.15. Esta condição é extensiva a todo o grupo familiar inscrito quando da vigência do contrato de trabalho, inclusive com a possibilidade de admissão de novo cônjuge e filhos do ex-empregado.

17.16. Poderá ainda ser mantida a condição de Segurado ao ex-empregado, individualmente, ou com parte do seu grupo familiar.

17.17. Em caso de morte do Segurado titular, o direito de permanência é garantido aos dependentes ativos no seguro, de acordo com os prazos definidos, desde que continuem pagando integralmente o respectivo prêmio.

17.18. Será disponibilizado aos Segurados deste produto o seguro de assistência à saúde na modalidade individual/familiar nas condições de cobertura e preços vigentes, sem necessidade de cumprimento de novo prazo de carência, caso este seguro coletivo venha a ser liquidado ou encerrado e desde que o mesmo seja comercializado pela SEGURADORA à época, conforme determinado na RN 279/2011 e posteriores alterações.

17.19. O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa, o aposentado ou seus dependentes vinculados ao plano, durante o período de manutenção da condição de Segurado, garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98, poderá exercer a portabilidade especial de carências para plano individual ou coletivo por adesão, em outra Operadora, conforme determinado no artigo 28 da RN 279/2011 e suas posteriores alterações.

17.20. Deverá a ESTIPULANTE sempre manter à disposição dos Segurados, elegíveis ao plano, a tabela de prêmios por faixa etária disponibilizada pela SEGURADORA correspondente aos custos dos seus Segurados, bem como atualizações e alterações posteriores, cabendo ainda indicar o valor subsidiado pela empregadora, inclusive quando o prêmio dos Segurados ativos for fixado em valor único, sob pena de ressarcir a SEGURADORA de todos os ônus, encargos e prejuízos causados a esta, tais como multas, condenações, honorários advocatícios e despesas administrativas e/ou judiciais de qualquer espécie, decorrentes de atos praticados pela ESTIPULANTE, tais como: omissão de informação, divulgação incorreta, entre outros.

17.21. Na ocasião da comunicação de manutenção da condição de Segurado do plano privado de assistência à saúde, a ESTIPULANTE deverá preencher por completo o formulário disponibilizado pela SEGURADORA

para este fim, sem qualquer equívoco e rasuras, sob pena de ser compelida a arcar com todos os ônus, encargos e prejuízos causados à SEGURADORA.

17.22. Em caso de apresentação do formulário disposto no item acima, sem o total preenchimento e/ou rasuras, a SEGURADORA o devolverá para a ESTIPULANTE efetuar as devidas correções e/ou omissões.

17.23. Somente será aceito o formulário, sem o preenchimento total, em caso do ex-empregado optar pela não permanência no plano de assistência à saúde devidamente manifestada no referido documento e mediante a assinatura do titular.

17.24. A SEGURADORA, somente aceitará exclusões de Segurados demitidos sem justa causa e/ou aposentados, mediante a comprovação de que o mesmo foi comunicado pela ESTIPULANTE da opção de manutenção da condição de segurado de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho. A comprovação deverá ser feita por meio de formulário especificado no item 17.21, que deverá conter de forma clara e incontroversa a opção de não permanência no plano na condição de inativo.

17.25. É permitido a ESTIPULANTE subsidiar o plano de assistência à saúde para os empregados inativos, ou promover a participação dos ativos no seu financiamento, devendo o valor correspondente ser explicitado aos Segurados, desde que a SEGURADORA o disponibilize.

18. CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE SEGURADO

18.1. O Segurado titular será excluído do seguro nos seguintes casos:

- a) Término da vigência do contrato de seguro;
- b) Rescisão do contrato de seguro pela ESTIPULANTE;
- c) Término do vínculo com a ESTIPULANTE, resguardado o direito de extensão de cobertura assistencial previsto nos artigos 30 e 31 da lei 9656/98;
- d) Infrações ou fraudes comprovadas com o objetivo de obter vantagens ilícitas do seguro ou da SEGURADORA, praticadas por qualquer dos Segurados.

18.2. O Segurado dependente será excluído do seguro nos casos de:

- a) Perda da condição de dependência definida no presente Instrumento;
- b) Exclusão do Segurado titular.

18.3. A SEGURADORA somente poderá excluir o Segurado, sem a anuência da pessoa jurídica ESTIPULANTE, nas seguintes condições:

- a) Fraude;
- b) Por perda dos vínculos do titular com a ESTIPULANTE, ou de dependência, desde que previstos em contrato, ressalvados o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98.

18.4. Em regra, caberá a ESTIPULANTE solicitar a suspensão ou exclusão do (s) Segurado (s), mediante o preenchimento de Formulário específico para este fim, que deverá ser disponibilizado pela SEGURADORA, quando requerido pela empresa contratante.

19. RESCISÃO/RESILIÇÃO/SUSPENSÃO

19.1. Após o período da vigência de 24 (vinte e quatro) meses, o presente contrato poderá ser denunciado imotivadamente, a qualquer tempo, por qualquer uma das partes, mediante aviso prévio por escrito, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias da data do efetivo cancelamento. Caso a denúncia seja feita pela SEGURADORA o pagamento dos prêmios será devido até a efetiva resilição do contrato.

19.2. A ESTIPULANTE somente poderá solicitar o cancelamento de seu contrato antes de completado o período de 12 (doze) meses da contratação, no caso em que houver a decretação de sua falência, devendo comunicar a SEGURADORA por escrito com 60 (sessenta) dias de antecedência da data do efetivo cancelamento, período este em que deverá ocorrer o pagamento dos prêmios mensais.

19.3. Caso a denúncia, motivada ou imotivada, por parte da ESTIPULANTE ocorra durante os 12 (doze) primeiros meses de vigência do contrato, e se o motivo não for exclusivamente o descrito no item “18.2.”, deverá comunicar à SEGURADORA com 60 (sessenta) dias de antecedência da data do efetivo cancelamento, pagar para a SEGURADORA uma multa contratual não compensatória no valor que será correspondente a três vezes ao valor da última fatura emitida, bem como adimplir o pagamento dos prêmios durante este período.

19.4. Sem prejuízo das penalidades legais, o contrato poderá ser rescindido/resilido a qualquer tempo pela SEGURADORA, sem direito da devolução dos prêmios pagos, mesmo durante o período de vigência, sem a necessidade de prévia notificação, nas seguintes situações:

- a) Quando for identificado pela SEGURADORA, infrações ou fraudes comprovadas ou prática de conduta com o objetivo de obter vantagens ilícitas ou indevidas do seguro ou da SEGURADORA, praticadas por qualquer dos Segurados;
- b) Inadimplência da ESTIPULANTE por período superior a 60 dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato;
- c) Quando a natureza dos riscos do grupo segurado sofrer alteração, tornando inviável sua manutenção pela SEGURADORA;
- d) Quando o grupo segurável reduzir-se a número inferior ao mínimo estabelecido neste seguro;
- e) Descumprimento de cláusula contratual;
- f) quando for comprovada a distribuição da ação ou a decretação de falência, de Liquidação judicial/extrajudicial ou de recuperação judicial/extrajudicial, em face da ESTIPULANTE.

19.5. É de responsabilidade da ESTIPULANTE, no caso de rescisão deste contrato, recolher e devolver as respectivas carteiras de identificação, de propriedade da SEGURADORA.

19.6. O atraso no pagamento de qualquer valor contratual por período superior a 60 dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, facultará a SEGURADORA mediante prévia notificação, suspender todas as coberturas contratadas até a efetiva regularização do débito, sem prejuízo da possibilidade de rescisão unilateral do contrato.

a) A notificação será realizada por via postal e/ou correio eletrônico (e-mail) até o quinquagésimo dia de inadimplência e informará o Segurado acerca da pendência financeira, bem como sobre as possíveis consequências (suspenção e cancelamento do seguro saúde), caso permaneça inadimplente por mais de 60 dias;

b) Completados 90 (noventa) dias de inadimplência, o seguro será automaticamente cancelado.

19.7. No caso de extinção automática ou resilição do contrato, não será permitida qualquer movimentação cadastral no período da denúncia prévia até o efetivo cancelamento do mesmo, salvo os casos de inclusões de recém-nascidos, menores sob guarda, tutela, curatela, filhos adotivos ou novos cônjuges, mantidas as demais condições de ingresso.

19.8. A ESTIPULANTE reconhece como dívida líquida e certa em favor da SEGURADORA quaisquer despesas decorrentes de atendimento prestado a seus Segurados, depois de cessadas as responsabilidades da SEGURADORA, com acréscimo de taxa administrativa, independentemente da data de início de tratamento, bem como aquelas coberturas deferidas liminar ou cautelarmente em procedimento administrativo ou judicial, e posteriormente revogadas ou decididas em contrário.

19.9. Ainda na hipótese de rescisão do contrato, por qualquer motivo, a ESTIPULANTE compromete-se a transferir todos os Segurados ativos e inativos para a Operadora de Plano/Seguro Saúde por ela contratada, de modo que os atendimentos assistenciais, inclusive aqueles decorrentes de ordem judicial, sejam integralmente assumidos pela nova Operadora. Caso tal não ocorra, a ESTIPULANTE desde já se responsabiliza por reembolsar a SEGURADORA de todas as despesas decorrentes dos atendimentos que esta possa vir a ser compelida a prestar, acrescidas dos impostos incidentes, na forma da legislação, assim como pelas custas e despesas judiciais, honorários advocatícios, penalidades/multas (inclusive pecuniárias) etc., decorrentes de processos judiciais ou administrativos interpostos ou originados pelos Segurados contra a SEGURADORA para esse fim.

19.10. Compromete-se também a ESTIPULANTE a reembolsar a SEGURADORA de todas as cobranças efetuadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, a título de resarcimento ao SUS – Sistema Único de Saúde, ainda que posteriores ao cancelamento do contrato, cujas cobranças tenham sido recebidas e não consideradas para o cálculo da sinistralidade apurada até a data da efetiva rescisão/resilição.

19.11. Caso o contrato seja integralmente cancelado e a ESTIPULANTE opte por não contratar novo seguro saúde ou plano de assistência médica com outra operadora, resultando na extinção do benefício de assistência à saúde oferecido por ela aos Segurados titulares e seus dependentes, será facultado a estes, desde que inscritos até a data do cancelamento, a contratação de seguro individual ou familiar, sem a necessidade do cumprimento de novos prazos de carência. Para tanto deverão ser respeitadas as seguintes condições cumulativamente:

- a) a SEGURADORA esteja comercializando seguro individual ou familiar na data do cancelamento da apólice;
- b) a opção pela contratação do seguro individual ou familiar se dê em até 30 (trinta) dias do cancelamento da apólice.

19.12. Compete a ESTIPULANTE informar ao Segurado que a sua opção pela contratação individual deve se dar em até 30 (trinta) dias do cancelamento do seguro.

20. DISPOSIÇÕES GERAIS

20.1. As informações prestadas na Proposta de Seguro Saúde Empresarial são de total responsabilidade da ESTIPULANTE, sob risco de rescisão do contrato e exclusão dos Segurados e de seu grupo familiar.

20.2. A SEGURADORA poderá solicitar a ESTIPULANTE, documentos necessários que comprovem o vínculo dos Segurados, bem como, informações de alteração do grupo segurável.

20.3. Caso a ESTIPULANTE não comunique as informações corretas das inclusões, exclusões ou alterações dos Segurados, ou quaisquer outras informações de sua responsabilidade, a SEGURADORA será desonerada de qualquer ônus, arcando a ESTIPULANTE, integralmente, com os custos e despesas eventualmente havidos pela SEGURADORA.

20.4. Ao iniciar seu contrato com a SEGURADORA, a ESTIPULANTE deverá fornecer todas as informações e dados necessários ao cadastro dos Segurados, com prazo de 30 (trinta) dias de antecedência do início de vigência do contrato para que os cartões de identificação possam ser emitidos e entregues no prazo estabelecido.

20.5. A informação do endereço eletrônico é de exclusiva responsabilidade da ESTIPULANTE e deve ser atualizado junto a SEGURADORA sempre que for alterado”.

20.6. A ESTIPULANTE será responsável pelo pagamento de todas as despesas médicas hospitalares, efetuadas indevidamente após desligamento do Segurado ou cancelamento do seguro, corrigidas pelo IGPM acumulado no período.

20.7. Caso a ESTIPULANTE e todos os seus Segurados autorizem, expressamente, a SEGURADORA poderá consultar entidade de direito público ou privado, pessoas físicas ou jurídicas, com a finalidade de obter informações relacionadas à saúde dos Segurados.

20.8. As informações de natureza médica que a SEGURADORA venha a ter acesso, em razão da assistência médico-hospitalar prestada por médicos, hospitais, clínicas e laboratórios aos Segurados cobertos pelo plano contratado, ficarão sob a égide da legislação concernente ao sigilo médico.

20.9. A SEGURADORA disponibilizará a ESTIPULANTE, o Manual de Orientação para contratação de Planos de Saúde – MPS e o Guia de Leitura Contratual - GLC, cabendo a ESTIPULANTE à disponibilização final destes instrumentos aos Segurados titulares do plano.

20.10. A SEGURADORA fornecerá aos Segurados incluídos no presente contrato, o cartão individual de identificação, com prazo de validade e indicação das características básicas do plano contratado.

20.11. Para a utilização dos direitos e vantagens do contrato junto à rede referenciada, é condição obrigatória a apresentação, pelos Segurados, do cartão individual de identificação válido, acompanhado de um documento original de identidade, com foto, legalmente reconhecido.

20.12. Fica entendido que, qualquer valor apurado como atendimento prestado, decorrente de uso indevido do cartão de identificação, será considerado dívida líquida e certa, cabendo a SEGURADORA utilização de medidas amigáveis ou judiciais junto a ESTIPULANTE.

20.13. A SEGURADORA se reserva ao direito de cobrar da ESTIPULANTE eventuais pagamentos ou resarcimentos de despesas assistenciais pagos à rede referenciada ou reembolsados ao Segurado a está vinculada, em que venha a comprovar a existência de cobertura a procedimento decorrente de doença ou lesão preeexistente (“DLP”) não declarada à SEGURADORA no ato da solicitação de adesão do Segurado.

20.14. Caso o Segurado se encontre em tratamento em prestador não credenciado pela SEGURADORA no momento da conversão para o novo plano decorrente do contrato, a SEGURADORA poderá exercer esforços para a transferência deste, se possível, para sua Rede Referenciada, ou, como alternativa, reembolsar as despesas assistenciais no prestador não referenciado, na forma estipulada no contrato para o plano contratado para o Segurado.

20.15. Sendo a SEGURADORA obrigada a fornecer coberturas extracontratuais, ainda que por força de decisão judicial ou por procedimento administrativo, caberá a ESTIPULANTE reembolsar a SEGURADORA por todo e qualquer valor que esta venha a despender, incluindo o valor da condenação, custas, despesas processuais e honorários advocatícios.

20.16. As comunicações da ESTIPULANTE somente serão válidas quando feitas por escrito à SEGURADORA e desde que comprovado o recebimento.

20.17. As comunicações da SEGURADORA se consideram válidas quando dirigidas ao endereço de correspondência que figure no contrato ou outro que venha a substituir o anterior, desde que devidamente comunicado por escrito à SEGURADORA e comprovado o recebimento por esta última.

20.18. Nenhuma alteração no contrato será válida se não for feita por escrito, mediante Proposta de Seguro Saúde Empresarial assinada pelo proponente, seu representante ou por corretor de seguros habilitado e receber concordância de ambas as partes contratantes.

20.19. Não é válida a presunção de que a SEGURADORA tenha conhecimento de circunstâncias que não constem dos documentos citados nesta cláusula, e daquelas que não lhe tenham sido comunicadas posteriormente na forma estabelecida nestas Condições Gerais.

21. ELEIÇÃO DE FORO

Fica eleito o Foro da Comarca de domicílio da ESTIPULANTE para qualquer demanda judicial relativa ao presente contrato, com exclusão de qualquer outro.

COMPLETO+ G121

Este documento é parte integrante das Condições Gerais, firmada com a ESTIPULANTE indicada na Proposta de Seguro Saúde por ocasião da contratação e ratifica as características essenciais do produto contratado.

1. Número de Registro na ANS: 475.087/15-0

2. Tipo de Contratação: Coletivo Empresarial

3. Segmentação Assistencial: Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia

4. Abrangência Geográfica: Nacional

5. Acomodação: Apartamento

6. Formação de Preço: Pré Pagamento

7. Fator Moderador: Sem coparticipação

8. Segmento: Grandes Empresas

9. Benefícios Adicionais: Cinco opções de múltiplos de reembolso, Transplantes Extra Rol, Remissão por 12 meses, Assistência em Viagem e Vacinas do Calendário Oficial.