



ADM
Administradora
de benefícios

Administradora: ADM Administradora de Benefícios Ltda.
CNPJ: 09.035.280/0001-48
Registro na ANS nº 41755-6
Operadora: Caixa Seguradora Especializada Em Saúde S/A
CNPJ: 13.223.975/0001-20
Nº de registro na ANS: 41807-2
Nº de registro do produto: 465.100/11-6
Site: <http://www.aon.com/brasil/manual-beneficiario.jsp>
Tel.: (11) 4095-1010

Guia de Leitura Contratual

		<i>Página do Contrato</i>
<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.	4
<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.	4
<i>PADRÃO DE ACOMODAÇÃO</i>	Define o padrão de acomodação para o leito de internação nos planos hospitalares; pode ser coletiva ou individual.	4
<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.	4
<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.	9
<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.	13
<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.	16

<i>CARÊNCIAS</i>	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.	15
<i>MECANISMOS DE REGULAÇÃO</i>	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.	21
<i>VIGÊNCIA</i>	Define o período em que vigorará o contrato.	15
<i>RESCISÃO/ SUSPENSÃO</i>	A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.	30
<i>REAJUSTE</i>	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.	24
<i>CONTINUIDADE NO PLANO COLETIVO EMPRESARIAL (ART. 30 E 31 DA LEI Nº 9.656/1998)</i>	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.



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

SEGURO COLETIVO EMPRESARIAL

SAÚDE VITAL ENFERMARIA

ANS nº. 41807-2

CAIXA
SEGUROS SAÚDE

SEGURO SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL VITAL ENFERMARIA

ANS - n.º 418072

SUMÁRIO

1. QUALIFICAÇÃO DA SEGURADORA	4
2. QUALIFICAÇÃO DO ESTIPULANTE	4
3. ATRIBUTOS DO CONTRATO	4
4. CONDIÇÕES DE ADMISSÃO	5
5. CONTRATAÇÃO DO SEGURO	6
6. INCLUSÃO DE SEGURADOS	7
7. DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA A CONTRATAÇÃO DO SEGURO E INCLUSÃO DOS SEGURADOS.....	7
8. COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS	9
8.1 COBERTURA MÉDICO-HOSPITALAR.....	9
8.2 COBERTURA AMBULATORIAL	9
8.3 COBERTURA HOSPITALAR.....	10
8.4 COBERTURA OBSTÉTRICA	13
9. EXCLUSÕES DE COBERTURA.....	13
10. DURAÇÃO DO CONTRATO	15
11. PERÍODOS DE CARÊNCIA.....	15
12. DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES	16
13. ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....	17
14. ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES (REEMBOLSO)	18
15. MECANISMOS DE REGULAÇÃO	21
15.1 REDE REFERENCIADA.....	21
15.2 AUTORIZAÇÃO PRÉVIA DE PROCEDIMENTOS - APP.....	21
15.3 DIVERGÊNCIA MÉDICA.....	23
16. FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE	23
17. REAJUSTES	24
17.1 REAJUSTE FINANCEIRO DO PRÊMIO	24
17.2 REAJUSTE TÉCNICO DO PRÊMIO.....	24
17.3 REAJUSTE POR SINISTRALIDADE	25
17.4 REAJUSTE ANUAL TOTAL.....	27
17.5 ADEQUAÇÃO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA	27
18. FAIXAS ETÁRIAS.....	27
19. REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE SEGUROS COLETIVOS.....	28
20. CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO	30
21. RESCISÃO.....	30
21.1 QUANTO AO CANCELAMENTO DAS PARTES.....	30
21.2 QUANTO AO CANCELAMENTO DO CERTIFICADO DE SEGURO.....	31
22. RESPONSABILIDADES DO ESTIPULANTE	32

23. COBERTURAS ADICIONAIS	33
24. GLOSSÁRIO	33
25. DISPOSIÇÕES GERAIS	37
26. FORO	39

Seguro: Saúde Vital Enfermaria

ANS nº: 465.100/11-6

Tipo: Coletivo Empresarial

Segmentação Assistencial: Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

Área Geográfica: Abrangência Nacional

Área de Atuação: Todas as Regiões

Acomodação: Enfermaria

Formação de Preço: Preestabelecido

1. QUALIFICAÇÃO DA SEGURADORA

Caixa Seguradora Especializada em Saúde S/A. pessoa jurídica de direito privado, legalmente autorizada a operar Seguros de Assistência à Saúde, registrada sob o N.º 418072 na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, classificada como Seguradora Especializada em Seguro Saúde, neste contrato denominada apenas como Seguradora, inscrita no CNPJ N.º 13.223.975/0001-20, situada à Setor Comercial Norte, Quadra 01, Bloco A, Nº 77, Edifício Number One, Sala 502, Asa Norte, Brasília/DF, CEP 70.711-900.

2. QUALIFICAÇÃO DO ESTIPULANTE

É a Pessoa Jurídica, com vínculo profissional aos Segurados, devidamente identificada e qualificada na Proposta de Seguro, que é o documento preenchido com sua qualificação e as informações pertinentes aos participantes da apólice, e através do qual o Estipulante expressa a sua intenção de contratação do seguro. A Proposta de Seguro é parte integrante das Condições Gerais.

O Estipulante fica investido dos poderes de representação dos Segurados perante a Seguradora, devendo-lhes encaminhar todas as comunicações e avisos pertinentes à apólice, bem como propor à Seguradora a inclusão e exclusão de Segurados, sendo o responsável perante a Seguradora pelo cumprimento das obrigações previstas nestas Condições Gerais.

3. ATRIBUTOS DO CONTRATO

Este contrato de seguro tem por objetivo garantir a prestação continuada de serviços ou a cobertura de custos assistenciais a preço pré estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, mediante o reembolso das despesas médicas e hospitalares cobertas, através da livre escolha de prestadores de serviços médicos e/ou da utilização de rede referenciada de serviços e profissionais de saúde da Seguradora, objetivando a cobertura assistencial de despesas médico-hospitalares com o tratamento do grupo segurável, constante no contrato, decorrentes de problemas relacionados à saúde, doença, acidente pessoal e necessidade de atendimento obstétrico, na segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia, com acomodação em enfermaria e cobertura para o tratamento de todas as doenças codificadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, e do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vigentes à época do evento.

Este contrato é de adesão e bilateral, sendo regido pelo art. 757 do Código Civil Brasileiro e pela Lei Nº 9.656/98 e suas regulamentações. O presente seguro é aleatório, o que significa dizer que este contrato é válido independentemente da ocorrência dos sinistros cobertos, nos termos dos artigos 458 a 461 do Código Civil

ANS - n.º 418072

Brasileiro, gerando direitos e obrigações para ambas as partes, o que imputa a ele, de forma subsidiária, as diretrizes do artigo 54 do Código de Defesa do Consumidor.

Alternativamente ao regime de reembolso, realizado através da livre escolha de prestadores de serviços, e, objetivando facilitar a utilização deste seguro, a Seguradora disponibilizará uma rede referenciada que, por opção dos Segurados, poderá ser utilizada, conforme disposto no item 15.1 sendo o pagamento das despesas cobertas efetuado diretamente pela Seguradora ao prestador de serviço referenciado, por conta e ordem do Segurado.

4. CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

O Estipulante deverá indicar na proposta de seguro o Grupo Segurado, bem como o Grupo Segurável.

Classificação do Grupo de Segurados
05 a 49 vidas
50 a 99 vidas
A partir de 100 vidas

O Grupo Segurável definido para este seguro é o conjunto de pessoas vinculadas à pessoa jurídica estipulante por relação profissional: empregatícia, contratual ou estatutária, podendo abranger ainda:

- a) os sócios da pessoa jurídica estipulante;
- b) os administradores da pessoa jurídica estipulante;
- c) os demitidos ou aposentados que tenham sido vinculados anteriormente à pessoa jurídica contratante, ressalvada a aplicação do disposto no *caput* dos artigos 30 e 31 da Lei n.º 9.656, de 1998;
- d) estagiários e menores aprendizes;
- e) os trabalhadores temporários;
- f) os agentes políticos.

Podem ser inscritos pelo Titular como SEGURADOS Dependentes, a qualquer tempo, mediante a comprovação das qualidades abaixo indicadas e da dependência econômica em relação àquele:

- a) exclusivamente o cônjuge ou companheiro(a);
- b) os filhos solteiros ou adotivos do Segurado Titular, menores de 40 (quarenta) anos ou inválidos em qualquer idade; e
- c) o enteado e o menor que esteja sob a guarda ou tutela do Segurado Titular por determinação judicial, até 21 anos.

A adesão do grupo familiar dependerá exclusivamente da participação do Segurado Titular.

O filho natural e/ou adotivo recém-nascido do Segurado Titular, incluído no seguro em até 30 (trinta) dias do seu nascimento ou adoção, terá aproveitamento dos períodos de carência já cumpridas pelos pais e estará isento de Cobertura Parcial Temporária para doenças e/ou lesões preexistentes.

O filho adotivo, menor de 12 (doze) anos de idade, poderá ser incluído no seguro com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo Segurado adotante, desde que a inclusão ocorra em até 30 (trinta) dias da adoção e estará isento de Cobertura Parcial Temporária para doenças e/ou lesões preexistentes.

5. CONTRATAÇÃO DO SEGURO

As Condições Específicas e Particulares de Contratação com o Estipulante, como indicadores firmados de reajustes, reduções de prazos de carências, coeficientes de reembolso, entre outros, estão detalhadas e expressas na Proposta de Seguro.

Se houver variação superior a 5% (cinco por cento) na idade média, distribuição relativa ao sexo e/ou distribuição regional do Grupo Segurável informado por ocasião do estudo/cotação e o efetivo Grupo Segurado, a Seguradora poderá elaborar novo estudo/cotação para aprovação do Estipulante.

I - Em caso de redução do Grupo Segurado apresentado por ocasião do estudo/cotação e o efetivo grupo apresentado a Seguradora irá realizar um novo estudo/cotação.

O enquadramento do Segurado titular no Seguro, prevalecerá para todos os seus dependentes incluídos no seguro, desde que considerada a opção feita pelo Estipulante, quando do preenchimento e assinatura da proposta de seguro.

A transferência de um ou mais Segurados para o Seguro imediatamente superior poderá ocorrer na data de aniversário da apólice, quando solicitada formalmente pelo Estipulante com antecedência de 30 (trinta) dias.

Caso o Estipulante tenha estabelecido, no momento da contratação, Seguros específicos para cada categoria funcional, a transferência também poderá ocorrer quando houver promoção de categoria funcional comprovada através do Registro de Empregados. Esta transferência deverá ser solicitada à Seguradora, pelo Estipulante, em até 30 (trinta) dias da data da promoção, respeitando ainda, a condição dos demais Segurados de igual cargo ou função.

Ao Estipulante cabe fornecer à Seguradora, quando da contratação e durante a vigência do seguro, lista com eventuais funcionários afastados das atividades regulares de trabalho e os motivos do afastamento, quando houver.

Não será aceita a inclusão de Proponente que não faça parte do Grupo Segurável definido no item 4.

A aceitação inicial da apólice de seguro será feita em até 15 (quinze) dias da data do protocolo dos documentos entregues na Seguradora.

A Proposta de Seguro/Cartões Proposta com preenchimento incorreto ou documentos incompletos serão devolvidos ao Estipulante, que terá 10 (dez) dias para a regularização.

I - Ultrapassado o prazo para regularização, a Seguradora iniciará a partir do último protocolo novo prazo de 15 (quinze) dias para aceitação da apólice, considerando nova data para início de vigência do seguro.

O Estipulante é responsável pelas informações prestadas na Proposta de Seguro e Cartões Proposta do Grupo Segurado, ciente do que dispõe o Código Civil Brasileiro, (artigo 766 e § único):

“Se o Segurado, por si ou por seu representante, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio, perderá o direito à garantia, além de ficar obrigado ao prêmio vencido. Se a inexatidão ou omissão nas declarações não resultar de má-fé do Segurado, o Segurador terá direito a resolver o contrato, ou a cobrar, mesmo após o sinistro, a diferença do prêmio”.

O Estipulante é o responsável por prestar informações referentes a seus Subestipulantes, que eventualmente venham aderir ao seguro, os quais tornar-se-ão automaticamente cientes e solidários às condições contratadas.

Esta apólice é de adesão compulsória ou livre, por decisão do Estipulante, quando do preenchimento da proposta de seguro.

Poderá ser cobrada taxa de emissão de segunda via do Cartão Individual de Identificação, inserida na mensalidade do mês subsequente ou paga na sede da Seguradora, no valor previsto na Proposta de Seguro deste contrato.

6. INCLUSÃO DE SEGURADOS

O Segurado incluído dentro do prazo de 30 (trinta) dias da data da contratação, admissão, casamento, ou outro evento que habilite seu ingresso no Seguro, terá como data de início de vigência a mesma data do evento que caracterizou sua condição de proponente ou dependente segurável e/ou o mesmo dia de vigência do seguro, e estará isento do cumprimento dos prazos de carência e cobertura parcial temporária para doenças e/ou lesões preexistentes.

I - A inclusão de Segurados após esse prazo implicará no cumprimento das carências estabelecidas no item 11.

Não será aceita a inclusão de Proponente que não faça parte do Grupo Segurável definido na Proposta de Seguro.

O Segurado incluído após o prazo de 30 (trinta) dias da data da contratação, admissão, casamento, ou outro evento que habilite seu ingresso no Seguro, terá como data de início de vigência o mesmo dia de vigência do seguro no mês subsequente, deverá cumprir os prazos de carência e estará sujeito a cobertura parcial temporária para doenças e/ou lesões preexistentes.

O Segurado incluído dentro do prazo de 30 (trinta) dias da data de aniversário do Seguro, terá como data de início de vigência o mesmo dia de vigência do seguro, e estará isento do cumprimento dos prazos de carência.

O Estipulante deverá indicar a data de início de vigência do Segurado no cartão proposta, que é parte integrante das Condições Gerais.

No caso de cancelamento ou rescisão do presente CONTRATO, não será permitida qualquer movimentação cadastral no período da denúncia prévia até o efetivo cancelamento do CONTRATO, salvo os casos de inclusões de recém-nascido, menores sobre guarda, tutela, curatela, filhos adotivos ou novos cônjuges, mantidas as demais condições de ingresso.

7. DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA A CONTRATAÇÃO DO SEGURO E INCLUSÃO DOS SEGURADOS

No caso de Sociedade Comercial: Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica - CNPJ; Contrato Social da Sociedade Comercial atualizado e registrado na Junta Comercial.

No caso de Sociedade Civil: Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica - CNPJ; Contrato Social da Sociedade Civil atualizado e registrado em cartório.

No caso de Sociedade Anônima: Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica - CNPJ; Estatuto Social da Sociedade Anônima, atualizado e publicado no Diário Oficial.

Proposta de Seguro, devidamente assinada, sob carimbo, pelo representante legal da empresa. Para a comprovação da representação legal da empresa deve ser apresentada a ata de eleição em que o mesmo tomou posse, comprovando poderes para a contratação, se houver, ou de procuração registrada em cartório com poderes específicos para contratar.

Carta original em papel timbrado de nomeação de corretor assinada, sob carimbo, pelo representante legal da empresa.

Proposta de Seguro, assinada, sob carimbo, pelo corretor e pelo representante legal da empresa.

Condições Gerais assinada, sob carimbo, pelo representante legal da empresa.

Cartões-Proposta assinados pelo representante legal da empresa e pelo proponente e arquivo magnético em linguagem txt cujo layout é fornecido pela Seguradora.

Para funcionários com vínculo empregatício será necessário:

- a) relação atualizada do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço - FGTS acompanhada da última Guia de Recolhimento quitada; ou
- b) atestado de saúde ocupacional (ASO); ou
- c) cópia da carteira de registro profissional; ou
- d) registro de empregados em papel timbrado.

Para sócios e administradores: documento societário comprobatório do vínculo com o estipulante.

Para estagiários e menores aprendizes: contrato de estágio ou de aprendizagem, com o respectivo prazo de validade.

Para trabalhadores temporários: contrato de trabalho temporário entre o estipulante, a empresa cedente da mão de obra e o funcionário temporário.

Para estatutários: nomeação publicada no Diário Oficial ou documento similar de vinculação ao estipulante.

Para agentes políticos: nomeação publicada no Diário Oficial ou documento similar de vinculação ao estipulante.

Para comprovação e ingresso dos dependentes será necessário o seguinte:

I - Para o cônjuge a certidão de casamento.

II - Para o (a) companheiro (a):

- a) escritura pública de declaração de união estável registrada em cartório; ou
- b) escritura emitida pelo cartório, na qual ambos os companheiros declarem a união estável; ou
- c) certidão de nascimento de filho em comum; ou
- d) designação em carteira profissional.

III - Para o(a) filho(a) a certidão de nascimento ou documento de identidade com foto.

IV - Para o(a) filho(a) inválido(a):

- a) certidão de nascimento ou documento de identidade com foto; e
- b) laudo médico comprobatório recente da incapacidade permanente.

V - Para o enteado(a) ou tutelado(a):

- a) certidão de nascimento ou documento de identidade com foto; e
- b) termo de tutela ou guarda.

Outros documentos que a Seguradora julgar necessário, para comprovar oficialmente e financeiramente a existência e solvabilidade da Empresa, o vínculo entre o Grupo Segurado e o Estipulante e o vínculo entre Segurado e Dependentes.

O Estipulante deverá disponibilizar à Seguradora, sempre que for solicitado, toda e qualquer documentação necessária que comprove a legitimidade da pessoa jurídica contratante e a elegibilidade de todos os Segurados incluídos no seguro.

O Estipulante tem ciência de que o não fornecimento, o fornecimento incompleto, incorreto e/ou a não atualização dos dados cadastrais dos Segurados, poderá acarretar a rejeição do cadastro por parte da ANS, constituindo, ainda, infração às normas editadas pela agência reguladora, bem como de que as inconsistências

nos dados cadastrais poderão impedir a movimentação dos Segurados, com a obrigatoriedade de pagamento de taxas e ressarcimentos ao SUS desnecessários pela Seguradora junto a ANS.

Em razão do disposto na cláusula acima, as PARTES acordam que, quando da implantação do contrato, se após a análise dos dados cadastrais dos Segurados enviados à Seguradora forem detectadas informações incompletas ou incorretas, o Estipulante se compromete a regularizar as pendências existentes no prazo máximo de 30 (trinta) dias a contar da comunicação pela Seguradora, assumindo e isentando a Seguradora de todos os ônus e/ou penalidades, inclusive pecuniárias, decorrentes do fornecimento incompleto, incorreto e/ou da não atualização dos dados cadastrais dos Segurados a esta vinculados.

O Estipulante responsabiliza-se, ainda, pelos ônus e/ou penalidades, inclusive pecuniárias, que eventualmente sejam imputados à Seguradora pela ANS, pela inobservância das obrigações acima citadas, mesmo após o encerramento do contrato.

8. COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

A Seguradora assegurará aos Segurados, regularmente inscritos e satisfeitas as respectivas condições, a cobertura de todos os procedimentos listados para a segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS na área de abrangência estipulada em Contrato. As coberturas previstas neste capítulo visam o tratamento de todas as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde (artigo 10 da Lei 9656/1998) e Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento.

8.1 Cobertura Médico-hospitalar

As ações de planejamento familiar que envolvem as atividades de educação, aconselhamento e atendimento clínico, previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigente a época da realização do evento.

Cobertura da participação de profissional médico anesthesiologista nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, caso haja indicação clínica.

O atendimento, obedecido à segmentação assistencial e da área de abrangência geográfica estabelecida no presente Contrato, será assegurado independentemente do local de origem do evento.

8.2 Cobertura Ambulatorial

Cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, efetuadas por profissionais legalmente registrados no Conselho Regional de Medicina - CRM, em especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM.

Cobertura de serviço de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico, devidamente habilitado.

Cobertura de consulta e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo de acordo com número estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e suas atualizações.

Cobertura de psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e suas atualizações, que poderá ser realizada tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitados, de acordo com a indicação do médico assistente.

Cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que podem ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, em número ilimitado de sessões por ano.

Cobertura de medicamentos registrados/regularizados na ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.

Cobertura de Hemodiálise e diálise Peritoneal - CAPD.

Cobertura de quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de Saúde.

I - Definem-se adjuvantes como medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento.

Cobertura dos procedimentos de radioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e suas atualizações.

Cobertura dos procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais que prescindam de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e suas atualizações.

Cobertura de hemoterapia ambulatorial.

Cobertura das cirurgias oftalmológicas ambulatoriais listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e suas atualizações.

O atendimento às emergências psiquiátricas, assim consideradas as situações que impliquem em risco de morte ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros (incluindo as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão) e/ou risco de danos morais e patrimoniais importantes.

A 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.

8.3 Cobertura Hospitalar

Cobertura de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

A Seguradora somente admitirá a transferência de Seguro do Segurado Titular e de seu(s) respectivo(s) dependente(s) para outro inferior ou superior no mês de aniversário do contrato, desde que o Segurado Titular esteja no Seguro anterior há pelo menos 1 (um) ano.

I - Para fins do disposto neste item não será necessário o cumprimento de novas carências, porém tal manifestação deverá ser precedida de solicitação, por escrito, no prazo mínimo de 30 (trinta) dias do aniversário do contrato a ser feita diretamente à Estipulante.

Em casos de indisponibilidade de leito hospitalar na rede referenciada na acomodação contratada, é garantido ao Segurado o acesso à acomodação, em nível superior, sem ônus adicional, conforme determina a Lei nº 9.656/98.

Cobertura de internações hospitalares em Centro de Terapia Intensiva ou Similar, vedada à limitação de prazo, valor máximo e quantidade a critério do médico assistente.

Cobertura das despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação do Segurado, durante o período de internação.

I - Define-se honorários médicos como aqueles honorários do cirurgião, auxiliares e anestesista, de acordo com os serviços realizados durante o período de internação do Segurado.

II - Cobertura de honorários referentes à visita médica durante os períodos de internação hospitalar, conforme justificativa do médico assistente.

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.

Cobertura dos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho.

Cobertura de diárias e taxas hospitalares, de acordo com o serviço realizado, incluindo os materiais cobertos utilizados, durante período de internação.

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

Cobertura das despesas relativas a um acompanhante, nos casos de pacientes menores de dezoito anos e com idade igual ou superior a sessenta anos, bem como aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente. As despesas com alimentação, somente serão cobertas quando fornecidas pelo Hospital.

Cobertura dos procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico, utilizados durante o período de internação hospitalar.

Cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação, utilizados durante o período de internação hospitalar.

I - Em se tratando de atendimento odontológico, o cirurgião-dentista assistente e/ou o médico assistente irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao paciente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados; os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que, nas situações de imperativo clínico, necessitem ser realizados em ambiente hospitalar, não estão incluídos na cobertura.

Cobertura do atendimento por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico assistente.

Cobertura dos seguintes procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:

- a) hemodiálise e diálise peritoneal CAPD;
- b) quimioterapia oncológica ambulatorial;
- c) radioterapia: todos os procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente;
- 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 reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde; e
- k) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigente à época do evento, exceto fornecimento de medicação de manutenção.

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.

Cobertura de cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções conforme Rol de Procedimentos e Eventos em saúde vigente à época do evento.

Nos casos das internações exclusivamente psiquiátricas, quando ultrapassar 30 (trinta) dias de internação no transcorrer de 1 (um) ano de vigência do Segurado, haverá coparticipação de 50% (cinquenta por cento) ou o valor máximo permitido pela ANS, definido em normativos vigentes.

É garantida a cobertura de assistência para procedimentos hospitalares na modalidade de hospital-dia, ficando a critério do médico assistente do Segurado a sua indicação.

Cobertura de hospital-dia para transtornos mentais, para tratamento dos seguintes diagnósticos:

CID 10 da OMS	Diagnóstico
F10 e F14	Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substância psicoativa
F20 a F29	Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes
F30 e F31	Transtornos do Humor
F84	Transtornos globais do desenvolvimento

I - Entende-se hospital-dia para transtornos mentais como recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional, e proporcionando ao Segurado a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar.

É assegurada a cobertura para transplante de órgãos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, e dos procedimentos a eles vinculados, incluindo:

- a) as despesas assistenciais com doadores vivos;

- b) os medicamentos utilizados durante a internação;
 - c) o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção; e
 - d) as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS;
- I - O Segurado candidato a transplante de órgão proveniente de doador cadáver deverá estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs, sujeito ao critério de fila única de espera e de seleção conforme legislação vigente.

Estão cobertos os procedimentos necessários ao tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas, decorrentes de procedimentos não cobertos, quando constarem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, respeitados os prazos de carência e Cobertura Parcial Temporária - CPT.

- I - Procedimentos necessários ao seguimento de eventos excluídos da cobertura, como internação em leito de terapia intensiva após transplante não coberto, não são considerados tratamento de complicações, mas parte integrante do procedimento inicial, não havendo obrigatoriedade de sua cobertura.

Cobertura de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos cobertos pelo seguro:

- a) cabe ao médico assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das Órteses, Próteses e Materiais Especiais – OPME necessários à execução dos procedimentos contidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e suas atualizações;
- b) o profissional requisitante deve, quando assim solicitado pela Seguradora, justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos 03 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas; e
- c) em caso de divergência entre o profissional requisitante e a Seguradora, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com as despesas arcadas pela Seguradora.

8.4 Cobertura Obstétrica

Além de todas as coberturas citadas na Cobertura Hospitalar, ficam acrescidos os itens a seguir:

- I - Procedimentos relativos ao pré-natal, da assistência ao parto e ao puerpério, bem como a cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do Segurado Titular ou dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto.
 - I.I - A cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do Segurado Titular ou dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias, ocorrerá desde que o parto tenha sido coberto por esta Seguradora.
 - I.II - Entende-se como parto coberto, quando o Segurado Titular está isento ou já cumpriu o prazo de 300 (trezentos) dias de carência de parto a termo.
- II - Cobertura das despesas, conforme indicação do médico assistente e legislações vigentes, relativas a um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, conforme assegurado pela Lei 11.108, de 7 de abril de 2005, ou outra que venha substituí-la.
 - II.I - Entende-se pós-parto imediato as primeiras 24 (vinte e quatro) horas após o parto.

9. EXCLUSÕES DE COBERTURA

Estão expressamente excluídas da cobertura deste seguro, as despesas relacionadas a seguir:

- I - Tratamento médico e/ou hospitalar decorrente de casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.
- II - Internações Hospitalares, tratamentos ambulatoriais, mesmo que decorrentes de situações de Emergência e/ou Urgência, exames, terapias e consultas médicas realizadas ou prescritas por profissionais de especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM ou não habilitados legalmente no Conselho Regional de Medicina – CRM.
- III - Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes e tratamentos cirúrgicos para alterações do corpo, exceto os previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde à época do evento.
- IV - Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética.
- V - Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios, não ligados ao ato cirúrgico ou com finalidade estética.
- VI - Consultas, avaliações, sessões, tratamentos e quaisquer outros procedimentos de Medicina Ortomolecular.
- VII - Tratamentos clínicos, cirúrgicos com finalidade estética.
- VIII - Tratamentos realizados em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, spas, estabelecimento para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar.
- IX - Curativos, materiais e medicamentos de qualquer natureza ministrados ou utilizados fora do atendimento ambulatorial ou regime de internação hospitalar, ou seja, em domicílio.
- X - Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados, não nacionalizados, ou seja, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na Agência Nacional de Vigilância Sanitária;
- XI - Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar.
- XII - Vacinas e autovacinas.
- XIII - Inseminação artificial.
- XIV - Internações clínicas ou cirúrgicas, exames e terapias não prescritos ou não solicitados pelo médico assistente.
- XV - Equipamentos e aparelhos, alugados ou adquiridos, após a alta concedida pelo médico assistente, mesmo que relacionados com o atendimento médico-hospitalar e/ou necessários à continuidade do tratamento do Segurado.
- XVI - Quaisquer despesas extraordinárias não relacionadas com o atendimento médico-hospitalar do Segurado durante o período de Internação Hospitalar, tais como serviços telefônicos, itens do frigobar, jornais, TV, estacionamento, etc.
- XVII - Remoções realizadas por via aérea ou marítima.
- XVIII - Tratamentos ou procedimentos odontológicos de qualquer natureza, inclusive os decorrentes de Acidente Pessoal, exceto os procedimentos cirúrgicos odontológicos buco-maxilo-faciais constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e ocorridos em regime de internação hospitalar.

- XIX - Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, isto é, aquele que emprega medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados no país ou considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina – CFM, ou cujas indicações não constem da bula/manual registrada na Agência Nacional de Vigilância Sanitária.
- XX - Despesas com a internação após a alta hospitalar concedida pelo médico assistente.
- XXI - Exames Admissionais, Periódicos, Demissionais, de retorno ao trabalho, de mudança de função, bem como aqueles para a prática de esportes, para academias de ginástica, aquisição ou renovação da Carteira Nacional de Habilitação – CNH.
- XXII - Fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela CITEC - Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde.
- XXIII - Procedimentos que não constem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS para a Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia, vigente na data de realização do evento.

10. DURAÇÃO DO CONTRATO

Este Contrato terá prazo indeterminado e o início de vigência será à partir da data definida pelo Estipulante na Proposta de Seguro, desde que devidamente ratificada pela Seguradora.

- I - Para os Segurados titulares e respectivos dependentes que já integravam o grupo segurável na época da contratação do seguro, o início da cobertura ocorrerá na mesma data do início de vigência da apólice.

A vigência mínima desse seguro será de 24 (vinte e quatro) meses, contados a partir da data definida na Proposta de Seguro.

Este seguro será renovado automaticamente por período indeterminado, respeitado o período inicial de vigência, salvo manifestação em contrário por escrito, com 60 (sessenta) dias de antecedência, de qualquer das partes.

Sempre que este seguro for renovado, não caberá cobrança de qualquer valor destinado a este fim.

11. PERÍODOS DE CARÊNCIA

Entende-se por carência o período ininterrupto durante o qual o Segurado não terá direito a determinadas coberturas previstas no Contrato, sendo que os prazos de Carência não se confundem com o prazo de Cobertura Parcial Temporária - CPT, conforme detalhado no item 12 a seguir, correndo cada qual de forma independente e não podendo ser somados.

- I - No seguro coletivo empresarial com número de participantes igual ou superior a trinta beneficiários, não haverá exigência do cumprimento de prazos de carência, conforme estabelecido pela Resolução Normativa nº 195/2009.

- II - Os Segurados que resolvam aderir ao contrato fora dos prazos regulamentares previstos no item 6, exigir-se-á o cumprimento das carências estipuladas neste item.

A carência somente será aplicada aos Segurados elegíveis para esta condição, nos seguintes prazos:

- 24 (vinte e quatro) horas da data de vigência do Segurado, para atendimentos de urgência e/ou emergência, incluindo os decorrentes de complicações gestacionais, nos termos da lei;
- 30 (trinta) dias da data de vigência do Segurado para consultas médicas;
- 30 (trinta) dias da data de vigência do Segurado para exames;

- d) 180 (cento e oitenta) dias da data de vigência do Segurado para cirurgias ambulatoriais, exceto os serviços descritos nos itens subsequentes;
- e) 30 (trinta) dias da data de vigência do Segurado para serviços auxiliares de diagnose em regime externo, exceto os serviços descritos nos itens subsequentes;
- f) 180 (cento e oitenta) dias da data de vigência do Segurado para internações hospitalares, ultrassonografias com Doppler, ultrassonografias coloridas, tomografias computadorizadas, teste de função pulmonar, bioimpedanciometria, “tilt tests” e seus derivados, ressonância magnética, medicina nuclear (mapeamentos, cintilografias e terapias), ecocardiografias, eletrocardiografia dinâmica, estudo hemodinâmico, angiografias e arteriografias, endoscopias e laparoscopias, fisioterapia, oxigenoterapia hiperbárica, quimioterapia do câncer, radioterapia, litotripsias e todos os demais procedimentos cobertos pelo seguro, exceto os descritos para os grupos de carência subsequentes;
- g) 300 (trezentos) dias da data de vigência do Segurado para parto a termo. Este prazo servirá também como condição de análise para inclusão de filho natural e/ou adotivo recém-nascido do Segurado Titular, bem como assistência ao recém-nascido;
- h) 180 (cento e oitenta) dias da data de vigência do Segurado para transplantes, implantes, próteses e órteses ligadas ao ato cirúrgico e as sem finalidade estética, salvo aquelas decorrentes de utilização de técnica de tratamento de câncer, conforme previsto no artigo 10-A da Lei n.º 9.656/98; e
- i) 180 (cento e oitenta) dias da data de vigência do Segurado para internações psiquiátricas, diálise peritoneal, hemodiálise e cirrose hepática, cirurgias de refração em oftalmologia, acupuntura, psicoterapia e obesidade mórbida.

12. DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

Doenças ou Lesões Preexistentes - DLP são aquelas, que o Segurado ou seu representante legal, saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao seguro saúde.

No seguro coletivo empresarial com número de participantes igual ou superior a trinta beneficiários que formalizarem o ingresso em até 30 dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante, não haverá exigência do cumprimento da Clausula de Cobertura Parcial Temporária - CPT ou Agravo, nos casos de Doença e Lesão Preexistente - DLP conforme estabelecido pela Resolução Normativa nº 195/2009.

O proponente deverá informar à Seguradora, quando expressamente solicitado na documentação contratual por meio da Declaração de Saúde, ou a qualquer tempo, o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes à época da adesão ao presente contrato, sob pena de caracterização de fraude, que poderá ensejar a rescisão contratual.

O proponente tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada, orientado por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de referenciados, sem qualquer ônus.

Caso o proponente opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da Seguradora, poderá fazê-lo, desde que assumo o ônus financeiro dessa orientação.

Sendo constatada por perícia, entrevista qualificada ou através de declaração expressa do Proponente, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a Seguradora oferecerá a Cobertura Parcial Temporária, e, reserva-se o direito de não oferecer o agravo.

A Cobertura Parcial Temporária é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, a partir da data da vigência do Segurado no seguro saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade - PAC, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente à Doenças ou Lesões Preexistentes - DLP declarada pelo Segurado ou seu representante legal.

Constatado a Cobertura Parcial Temporária, a Seguradora suspenderá somente 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.

I - Os Procedimentos de Alta Complexidade – PAC encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no site www.ans.gov.br.

II - Findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses, para os casos de Cobertura Parcial Temporária, a cobertura assistencial passa a ser integral, conforme a segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia, prevista na Lei nº 9.656/1998.

Constatados indícios de fraude por parte do Segurado, referente à omissão de conhecimento de Doenças ou Lesões Preexistentes - DLP, não informadas no devido Instrumento, a Seguradora notificará imediatamente, através de Termo de Comunicação ao Segurado, a alegação de omissão de informação ao Estipulante e solicitará abertura de processo administrativo junto a ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do Segurado à Cobertura Parcial Temporária.

I - Não será efetuada a negativa de cobertura assistencial, assim como a suspensão ou rescisão unilateral do Contrato, quando submetido o caso à ANS, até a publicação pela ANS do encerramento do processo administrativo.

II - Após o 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 Doenças ou Lesões Preexistentes - DLP, desde a data da efetiva comunicação da constatação da doença e lesão preexistente, pela Seguradora, bem como poderá ser excluído do contrato.

O cumprimento da Cobertura Parcial Temporária não exclui a obrigatoriedade do cumprimento dos prazos de Carência previstos no item 11, caso devidos.

13. ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

A partir do início de vigência do Segurado e respeitadas as disposições previstas nestas Condições Gerais, a cobertura para os atendimentos de urgência e emergência será aquela estabelecida no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, instituído pela ANS para a segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia.

Para o referido Seguro, fica garantida a cobertura integral ambulatorial e hospitalar para urgência e emergência, depois de decorridas as 24 (vinte e quatro) horas do início de vigência do contrato.

Estarão cobertas as despesas com os atendimentos de urgência e emergência, que impliquem em risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis a saúde do Segurado, incluindo os resultantes de acidentes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional, de modo que seja garantida a preservação da vida, órgãos e funções.

Nos atendimentos de urgência e emergência decorrentes de acidente pessoal, será garantido o atendimento sem restrições, depois de decorridas as 24 (vinte e quatro) horas do início de vigência do contrato.

Em caso de necessidade de atendimento de urgência e emergência, decorrente do processo gestacional, será garantido o atendimento sem restrições, depois de decorridas as 24 (vinte e quatro) horas do início de vigência do contrato.

Nos casos de emergência e urgência quando houver acordo para Cobertura Parcial Temporária, o Segurado terá cobertura ambulatorial assegurada até as primeiras 12 (doze) horas de atendimento ou até que resultem na

necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados a Doenças e Lesões Preexistentes.

A partir da constatação da necessidade de realização de procedimentos exclusivos de internação e cobertura hospitalar para os Segurados que estão em cumprimento dos períodos de carência, ou para aqueles que estão em acordo para CPT e que o atendimento resulte na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados a Doenças e Lesões Preexistentes, ainda que dentro do período de 12 (doze) horas e na mesma unidade de atendimento, será garantida a remoção do Segurado para uma unidade do SUS.

Após atendimento de urgência e emergência será garantida a remoção quando necessária, por indicação médica, para outra unidade referenciada ou para o SUS, quando não houver cobertura para a continuidade do tratamento.

Se não for possível a remoção do Segurado, em decorrência de risco eminente de morte e não havendo cobertura contratual para o evento, o custeio das despesas médicas será de exclusiva responsabilidade do Segurado, do estipulante ou de terceiro(s) responsável(is) perante o prestador do serviço, estando a Seguradora isenta de qualquer ônus ou responsabilidade.

Após atendimento de urgência e emergência será garantida a remoção do Segurado para unidade da rede referenciada, quando caracterizada pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade do atendimento do Segurado.

Não haverá cobertura de custos para remoção do Segurado de sua residência ou local de trabalho para um hospital, nem de um hospital para sua residência ou local de trabalho.

Nos casos em que não for possível o atendimento de urgência e emergência em unidade referenciada, será garantido o reembolso de acordo com o Seguro e os coeficientes de reembolso/múltiplos contratados. O valor do reembolso não será inferior ao valor praticado pela Seguradora à rede referenciada para o Seguro contratado.

I - Os documentos necessários para a solicitação do reembolso estão especificados na cláusula a seguir, bem como os prazos de pagamento e do envio da documentação.

14. ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES (REEMBOLSO)

O Segurado Titular e seus Dependentes poderão solicitar o reembolso das despesas médicas e hospitalares cobertas, comprovadamente pagas, às quais serão reembolsadas de acordo com o Seguro contratado e a Tabela de Reembolso Caixa Seguro Saúde, quando optarem por não utilizar a rede referenciada.

I - O reembolso também será garantido nos casos em que não for possível o atendimento de urgência e emergência na rede referenciada, de acordo com o Seguro contratado.

II - Não se aceitará, para efeito de Reembolso, pedidos de despesas particulares de procedimentos e/ou serviços contratados incorridos em prestadores pertencentes à Rede Referenciada da Seguradora para o referido Seguro.

Os valores a serem reembolsados não têm qualquer vínculo com os preços negociados pelo Segurado diretamente com os médicos ou instituições médicas não pertencentes à rede referenciada, não havendo obrigatoriedade contratual de reembolso integral.

Diárias Hospitalares: para efeito de reembolso as diárias hospitalares, de UTI e de parto incluem:

- a) diárias hospitalares incluem: registros hospitalares, alojamento, alimentação do paciente, alimentação do acompanhante de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, banho no leito, administração de medicamentos e todos os outros serviços de enfermagem;
- b) diárias de UTI incluem: além dos serviços da diária normal, a monitorização cardiorespiratória e toda a assistência respiratória; e
- c) partos incluem: a permanência da parturiente e do recém-nascido em instalações adequadas e todos os cuidados necessários durante o trabalho de parto.

Taxas de Sala: para efeito de reembolso são consideradas:

- a) as taxas de sala cirúrgica, previstas na Tabela de Reembolso Caixa Seguro Saúde, só serão cobertas quando a cirurgia for realizada em centro cirúrgico devidamente instalado e equipado;
- b) as taxas de sala cirúrgica incluem: assepsia, utilização das instalações, dos equipamentos, do instrumental cirúrgico e de roupas, além da esterilização do material e os serviços de enfermagem;
- c) as demais taxas de sala (observação, recuperação pós-anestésica, cirurgia ambulatorial, gesso e exames/tratamentos especializados) serão pagas de acordo com o constante na Tabela de Reembolso Caixa Seguro Saúde para o procedimento realizado;
- d) as taxas de sala são pagas conforme a cirurgia, baseando-se no porte anestésico apresentado na Tabela de Reembolso Caixa Seguro Saúde. Porte anestésico zero significa a não participação do anestesista, caso em que a taxa de sala não é devida; e
- e) quando dois ou mais atos cirúrgicos forem realizados simultaneamente, pela mesma equipe cirúrgica, ou por equipes distintas, é devida somente uma taxa de sala, correspondente à cirurgia de maior porte.

Medicamentos e Materiais: o reembolso de medicamentos e materiais cirúrgicos será efetuado com base nos preços negociados na rede referenciada do Seguro, vigentes na data de sua utilização.

Serão reembolsadas as Consultas, Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia, Honorários Profissionais de Atendimento Ambulatorial e Internações Hospitalares.

- I - O reembolso de honorários profissionais será efetuado com base na Tabela de Reembolso Caixa Seguro Saúde, obedecida à quantidade de auxiliares e o porte anestésico, previstos para cada procedimento.

Os procedimentos médicos estão contemplados na Tabela de Reembolso Caixa Seguro Saúde que está em conformidade com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e poderá ser atualizada com inclusões e/ou exclusões, além das coberturas adicionais definidas pela Seguradora.

- I - A Tabela de Reembolso CAIXA SEGUROS SAÚDE está devidamente registrada em cartório de Brasília-DF e disponível a todos os Segurados no website www.caixasegurossaude.com.br de acordo com a segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia, disponibilizada para realizar download ou na sede da Contratante.

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 na Proposta de Seguro.

- I - Os Coeficientes de Reembolsos do Seguro servem como base para determinar os limites de reembolso de cada despesa hospitalar ou médica incorrida, em quantidade de CRS-DH para despesas hospitalares junto a Tabela de Serviços Hospitalares ("TSH") ou em CRS-HM, na Tabela de Honorários Médicos ("THM") da SEGURADORA.
- II - Os valores dos Coeficientes serão readequados periodicamente para garantir que o valor reembolsado ao Segurado titular, não seja inferior ao valor praticado na Rede Referenciada, como previsto em legislação.

O reembolso dos valores gastos pelos Segurados será obtido consoante as previsões das sub-cláusulas seguintes.

Despesas com Honorários Médicos serão apuradas mediante a multiplicação dos seguintes fatores:

- I - O valor do CRS-HM, na data do evento, expresso em moeda corrente nacional e conforme fixado na Proposta de Seguro.
- II - A quantidade de CRS-HM referente ao Procedimento Médico, prevista na THM da Seguradora.
- III - O Fator Multiplicador para o padrão de Seguro Contratado para o procedimento médico a ser reembolsado, estabelecido na proposta de seguro.
- IV - A quantidade de vezes que o procedimento foi realizado.

Despesas Hospitalares serão apuradas mediante a multiplicação dos seguintes fatores:

- I - O valor do CRS-DH na data do evento, expresso em moeda corrente nacional e conforme definido na Proposta de Seguro.
- II - A quantidade de CRS-DH referente aos Serviços Hospitalares, previstos na TSH da Seguradora.
- III - O Fator Multiplicador, para o padrão de Seguro Contratado para o procedimento médico a ser reembolsado, estabelecido na proposta de seguro.
- IV - A quantidade de vezes que o item ou serviço foi prestado.

O valor correspondente a coparticipação nas internações psiquiátricas ou em tratamentos de dependência química, quando previstos, será deduzido do valor a ser reembolsado ao Segurado titular.

O reembolso será efetuado diretamente ao Segurado Titular, em até 30 (trinta) dias contados a partir da data do recebimento dos documentos originais específicos para cada procedimento.

A Seguradora manterá em seu poder os recibos e notas fiscais originais referentes às despesas ressarcidas total ou parcialmente.

O valor reembolsado não será, sob nenhuma hipótese, superior ao valor efetivamente pago pelo Segurado pelas respectivas despesas.

É facultado ao Segurado Titular solicitar a revisão dos valores de reembolso em até 120 (cento e vinte) dias de seu efetivo pagamento pela Seguradora.

Antes do recebimento do Cartão CAIXA Saúde para acesso à Rede Referenciada, será garantido ao Segurado, o atendimento mediante identificação do Segurado e autorização por telefone e o reembolso das despesas cobertas realizadas, de acordo com o Seguro contratado.

Ainda que o Segurado tenha, na mesma Seguradora, mais de um seguro, em seu nome ou de outra pessoa, no qual seja incluído como dependente, ele terá direito a uma única cobertura, vedada, a acumulação. Nesse caso, serão aplicados os valores de reembolso do maior Seguro.

O prazo máximo para a apresentação dos pedidos de reembolso será de 1 (um) ano a contar da data da realização dos eventos cobertos.

Para solicitação do reembolso das despesas médicas e/ou hospitalares, serão necessários os seguintes documentos:

- a) solicitação de reembolso através de preenchimento de formulário próprio;
- b) relatório do médico assistente, excetuando-se os casos de consultas médicas, declarando o nome do paciente, descrição do tratamento e respectiva justificativa dos procedimentos realizados, data do atendimento e, quando for o caso, período de permanência no hospital e data da alta hospitalar, CID da doença básica, descrição das complicações quando for o caso e relatório de alta;

- c) conta hospitalar discriminando quantidade e tipo de materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com notas fiscais, faturas ou recibos do hospital, quando for o caso;
 - d) recibos individualizados de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, com o respectivo registro nos CRM, discriminando funções e evento a que se referem; e
 - e) comprovantes relativos aos serviços de exames complementares de diagnóstico e terapia, e serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente.
- I - Se os documentos apresentados não possibilitarem a comprovação de despesas específicas e análise técnica necessária para o reembolso das despesas médico-hospitalares realizadas, a Seguradora solicitará documentos ou informações complementares, o que acarretará a recontagem do prazo estabelecido nestas condições gerais.

15. MECANISMOS DE REGULAÇÃO

As demandas de utilização dos serviços de saúde deste Seguro, observados os preceitos legais, estão definidas como segue:

15.1 Rede Referenciada

A Rede Referenciada consiste no conjunto de médicos, laboratórios, clínicas, prontos socorros e hospitais, opcionalmente colocados à disposição dos Segurados pela Seguradora, para prestar atendimento médico-hospitalar de acordo com o Seguro contratado.

A Seguradora efetuará, por conta e ordem do Segurado, o pagamento diretamente aos profissionais ou instituições da Rede Referenciada pelos serviços médico-hospitalares cobertos realizados.

- I - A Seguradora realizará a comunicação prévia nos casos de substituição de rede hospitalar e obterá a autorização da ANS nos casos de redimensionamento por redução de rede hospitalar.

Nestas situações, o Segurado não desembolsará qualquer importância para os eventos cobertos, desde que observadas as condições do contrato, inclusive os casos previstos de Autorização Prévia de Procedimento - APP e o Seguro contratado.

A Rede Referenciada poderá ser alterada, em qualquer época, por iniciativa dos próprios referenciados ou da Seguradora, respeitando os critérios estabelecidos na legislação vigente, em especial o Art. 17 da Lei n.º 9.656/98.

Os estabelecimentos hospitalares da Rede Referenciada são classificados por especialidade médica e disponibilizados aos Segurados de acordo com o Seguro contratado.

Para utilização dos serviços de profissionais ou instituições da Rede Referenciada será indispensável a apresentação do Cartão Individual de Identificação, documento de identidade com foto e autorização prévia de procedimentos quando necessária e conforme prevista no item 0.

A relação da rede referenciada será disponibilizada por meio do *web site* www.caixasegurossaude.com.br, por meio de telefone na Central de Serviços CAIXA Saúde ou na sede da Contratante.

15.2 Autorização Prévia de Procedimentos - APP

Atendimentos clínicos ou cirúrgicos ambulatoriais que demandem quaisquer cobrança de auxiliares, anestesistas ou acomodação em *day clinic*, estarão sujeitos à obtenção de autorização prévia (senha) junto a Seguradora.

Serviços Complementares de Diagnóstico ou Terapia (“SADT”) serão prestados desde que solicitados por profissional médico, observando-se a regulação prévia com necessidade de autorização prévia (senha) para os seguintes procedimentos e terapias auxiliares considerados especiais:

I - Exames considerados Especiais e sujeitos à autorização/regulação prévios:

- a) citogenética;
- b) ultrassonografia e ecografias em geral;
- c) tomografia computadorizada, ressonância nuclear magnética e *pet-scan*;
- d) hemodinâmica diagnóstica;
- e) medicina nuclear in vivo (cintilografias);
- f) procedimentos realizados por via endoscópica ou video-assistidos, tais como endoscopia digestiva alta, colonoscopia, toracoscopia, nasofibrolaringoscopia, mediastinoscopia, artroscopia, etc; e
- g) polissonografia, eletroneuromiografia, potenciais evocados, mapeamento cerebral e EEG computadorizado.

II - Terapias Ambulatoriais consideradas Especiais e sujeitas à autorização/regulação prévios:

- a) fisioterapia, reeducação postural global (RPG), hidroterapia e acupuntura;
- b) psicoterapia, fonoaudioterapia e terapia ocupacional;
- c) quimioterapia e radioterapia;
- d) hemoterapia;
- e) hemodiálise e diálise peritoneal;
- f) terapias por ondas de choque;
- g) medicina hiperbárica;
- h) hemodinâmica cirúrgica;
- i) radiologia intervencionista e cirurgias vídeo-assistidas por endoscopia; e
- j) quaisquer terapias ambulatoriais que demandem cobrança de auxiliares, anestesistas ou acomodação em *day clinic*.

Atendimentos de Urgência e Emergência e Internações: serão prestados nos pronto-socorros e hospitais, observando:

- a) as internações deverão ser solicitadas pelo médico e serão processadas mediante pedido firmado por médico assistente e senha de Internação expedida pela Seguradora, sendo esta última solicitada e emitida a posteriori nos casos de Urgência ou Emergência;
- b) o Segurado obriga-se, ao se internar, a fornecer à administração do hospital, juntamente com a senha de internação, o documento oficial de identidade com foto e o documento individual de identificação emitido pela Seguradora, com validade não vencida;
- c) o prazo de internação, é acompanhado pela Seguradora, mediante senha inicialmente expedida, em todos os casos de internações, que corresponderá à média de dias utilizados para patologias semelhantes sendo que, em caso de necessidade de prorrogação do prazo de internação previamente autorizado, o médico responsável, o prestador hospitalar ou o Segurado, ou quem por ele responda, deverá apresentar à Seguradora a respectiva solicitação do médico assistente de prorrogação; e
- d) para as internações de procedimentos de alto custo, notadamente transplantes, cirurgias bariátricas, neurocirurgias, cirurgias ortopédicas e cirurgias cardiovasculares, poderá a Seguradora fazer o direcionamento (referenciamento) a prestador preferencial a seu critério.

A Seguradora se reserva o direito, dentro do processo de autorização prévia voltado a qualquer procedimento eletivo, a solicitar eventuais detalhamentos ou esclarecimentos para o procedimento ou terapia proposta, sempre em compatibilidade aos preceitos do código de ética profissional e aos prazos e ritos da legislação em vigor, utilizando-se eventualmente de processos de regulação especiais, notadamente nos casos de:

- a) cirurgias plásticas e bariátricas: mediante a solicitação de relatórios e eventual sujeição à perícia médica e autorização junto a diretrizes de utilização;
- b) cirurgias com uso de Órteses e Próteses de implante cirúrgico (“OPM”): solicitação de justificativa médica, detalhamento do material solicitado e oferecimento, pelo profissional requisitante, de pelo menos 3(três) marcas de produtos de diferentes fabricantes, quando disponíveis, entre aquelas regularizadas para uso em território nacional pela ANVISA;
- c) tratamentos quimioterápicos e/ou radioterápicos: solicitação de preenchimento de formulário, pelo médico requerente ou clínica executante, de detalhamento do caso e do plano terapêutico objetivando a avaliação e regulação mediante critérios de Medicina Baseada em Evidências (“MBE”); e
- d) transplantes, neurocirurgias, novos procedimentos e cirurgias com uso de OPM: solicitação eventual de segunda opinião médica, que diferentemente da perícia, caracteriza-se por consulta particularmente ajustada e paga pela SEGURADORA, junto a renomado especialista no procedimento ou patologia, para emissão de avaliação personalizada, sendo, por oportuno, vedado a este Profissional, “assumir” o caso a ele referenciado para opinião.

Para análise adequada da autorização prévia de procedimentos, a Seguradora reserva-se o direito de, sempre que julgar necessário, solicitar informações complementares ao médico assistente, a hospitais, clínicas, laboratórios e outros médicos que tenham tratado o Segurado anteriormente.

A Seguradora, em processos de autorização prévia, sempre disponibiliza os canais Internet (WEB), Central Telefônica de Autorização (*Call Center*), e Unidade de Resposta Audível (“URA”), voltados preferencialmente para que a solicitação de autorização prévia, seja feita através do profissional requisitante do atendimento, sendo que a autorização também poderá ser solicitada pelo prestador executante ou pelo próprio Segurado.

I - Independentemente dos procedimentos sujeitos à autorização/ regulação prévia, é disponibilizado e sugerido ao prestador participante da rede referenciada da Seguradora, a proceder a autorização da elegibilidade eletrônica do Segurado, a todo e qualquer procedimento, através dos diversos canais acima citados, como Internet, URA ou celular.

A resposta à solicitação de autorização prévia de procedimentos - APP será fornecida no prazo máximo de um dia útil, a contar do momento da solicitação. A se verificar a urgência do procedimento necessário a referida autorização será concedida em prazo inferior ao estabelecido anteriormente.

15.3 Divergência Médica

As divergências e dúvidas de natureza médica relacionadas aos serviços cobertos no seguro serão resolvidas por Junta Médica. A Junta Médica será constituída pelo profissional solicitante, ou nomeado pelo usuário, por médico da Seguradora, e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados e cuja remuneração ficará a cargo da Seguradora.

16. FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

O valor do prêmio a ser pago pelo seguro contratado é pré-estabelecido.

A responsabilidade pelo pagamento total do prêmio será da pessoa jurídica contratante, salvo os casos dos artigos 30 e 31, da Lei 9656/98.

A CONTRATANTE obriga-se a pagar à SEGURADORA, em pré-pagamento, os valores relacionados na Proposta de Admissão, por segurado, para efeito de inscrição e mensalidade, através da emissão de faturas.

As parcelas relativas ao prêmio serão pagas até seus respectivos vencimentos, conforme acordado na proposta de Admissão.

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

As faturas emitidas pela SEGURADORA serão baseadas na comunicação de movimentação de pessoal enviada pela CONTRATANTE. A fatura se baseará nos dados disponíveis, realizando-se os acertos nas faturas subsequentes.

Se a CONTRATANTE não receber documento que possibilite realizar o pagamento de sua obrigação até cinco dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente à SEGURADORA, para que não se sujeite a consequência da mora.

Ocorrendo impontualidade no pagamento do prêmio, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso, além de multa de 2% (dois por cento).

A Contratada não poderá fazer distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os segurados que vierem a ser incluídos no seguro e aqueles a este já vinculados.

17. REAJUSTES

Estão previstos para o contrato, os reajustes dos prêmios nas seguintes modalidades: financeiro, técnico e por sinistralidade, nas formas estabelecidas a seguir.

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.

Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo seguro em um determinado contrato.

Para fins de cálculo, a base de dados será apurada dois meses antes do mês de aniversário do contrato.

Nenhum contrato poderá receber reajuste em periodicidade inferior a 12 meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária, migração e adaptação do contrato à Lei 9656/98.

Os reajustes efetuados serão comunicados à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), conforme determinado pela legislação em vigor.

17.1 Reajuste Financeiro do Prêmio

O prêmio será reajustado com base na variação dos custos médicos e hospitalares, de administração, de comercialização e de outras despesas incidentes sobre a operação do seguro.

17.2 Reajuste Técnico do Prêmio

A Seguradora reserva-se o direito de analisar e reajustar o prêmio mensal nas situações abaixo:

- a) caso ocorra inclusões ou exclusões de segurados que pertençam a Unidade Federativa não contempladas no estudo inicial/cotação, o prêmio será recalculado; e
- b) se o grupo segurável sofrer alterações que descaracterize as condições acordadas na contratação, como o tamanho dos grupos.

17.3 Reajuste por Sinistralidade

Caso seja verificado o desequilíbrio econômico-atuarial do contrato, este será reavaliado.

O desequilíbrio é constatado quando o nível de sinistralidade da carteira ultrapassar o índice de sinistralidade acordado para a apólice, cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do seguro, apuradas no período de 12 meses consecutivos, anteriores à data base de aniversário.

A Seguradora poderá opcionalmente ao Reajuste por Sinistralidade, oferecer a Estipulante, após a apuração dos índices de sinistralidade obtidos através dos cálculos expostos nos itens subsequentes, a possibilidade de um aporte financeiro suficiente para saldar os valores das despesas atribuíveis ao excedente ao Índice Ideal.

Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, o mesmo deverá ser procedido de forma complementar ao Reajuste Financeiro do Prêmio e na mesma data, de forma a garantir a anualidade dos reajustes.

17.3.1 Reajustes do Prêmio em Função da Sinistralidade para Grupos de 5 (cinco) a 99 (noventa e nove) vidas

O prêmio do seguro será reajustado anualmente sempre que o índice de sinistralidade apurada estiver acima de 0,70 (setenta centésimos).

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

Serão considerados todos os contratos que contemplem de 5 (cinco) a 99 (noventa e nove) vidas, conforme os critérios definidos a seguir.

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

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

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

O cálculo do prêmio novo será obtido conforme a seguinte fórmula:

$$RS = \text{Máximo} \left[\left(\frac{ISPC}{0,7} - 1 \right); 0 \right]$$

Onde:

RS = Reajuste por Sinistro

ISPC = Índice de Sinistro Prêmio da Carteira, composto por Sinistro Pago + Sinistro Avisado da Carteira / Prêmio da Carteira

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

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.

17.3.2 Reajustes do Prêmio em Função da Sinistralidade para Grupos de 100 (cem) a 499 (quatrocentos e noventa e nove) vidas

O prêmio do seguro será reajustado sempre que o índice de sinistralidade apurada estiver acima do índice de sinistralidade acordado para a apólice, conforme Proposta de Seguro.

Na apuração da sinistralidade serão considerados os valores de sinistros pagos, mais sinistros avisados e não pagos, 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 100 (cem) a 499 (quatrocentos e noventa e nove) vidas e, 50% (cinquenta por cento) do resultado do próprio contrato.

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

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

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

O cálculo do prêmio novo será obtido conforme a seguinte fórmula:

$$RS = \text{Máximo} \left[\left(0,5 \times \left[\frac{ISPA}{ISA} \right] + 0,5 \times \left[\frac{ISPC}{ISA} \right] \right) - 1; 0 \right]$$

Onde:

RS = Reajuste por Sinistro

ISA = Índice de sinistralidade acordada para a Apólice

ISPA = Índice de Sinistro Prêmio do Contrato, composto por Sinistro Pago + Sinistro Avisado do Contrato / Prêmio do Contrato

ISPC = Índice de Sinistro Prêmio da Carteira, composto por Sinistro Pago + Sinistro Avisado da Carteira / Prêmio da Carteira

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

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.

17.3.3 Reajustes do Prêmio em Função da Sinistralidade para Empresas/Estipulante que contemplem 500 (quinhentas) vidas ou mais

O prêmio do seguro será reajustado sempre que o índice de sinistralidade apurada estiver acima do índice de sinistralidade acordado para a apólice, conforme Proposta de Seguro.

Para os contratos com 500 (quinhentas) vidas ou mais, o índice de sinistralidade será avaliado individualmente, ou seja, por contrato.

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

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

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

O cálculo do prêmio novo será obtido conforme a seguinte fórmula:

$$RS = \text{Máximo} \left[\left(\frac{ISP}{ISA} - 1 \right); 0 \right]$$

Onde:

RS = Reajuste por Sinistro

ISA = Índice de sinistralidade acordada para a Apólice

ISP = Índice de Sinistro Prêmio, composto por Sinistro Pago + Sinistro Avisado / Prêmio

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

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.

17.4 Reajuste Anual Total

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.

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

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 17.5.

17.5 Adequação do Prêmio por Mudança de Faixa Etária

O valor do prêmio será adequado em função da mudança de faixa etária dos os Segurados, aplicando o percentual indicado na Tabela de Percentual por Mudança de Faixa Etária disposta no item 18 a seguir, sobre o valor do último prêmio individual. O referido ajuste será aplicado no mês seguinte àquele que ocorrer a movimentação.

A adequação de que trata este item também será realizada nos casos de inclusão e exclusão de segurados na apólice de seguro, bem como nos casos de movimentações entre os Seguros oferecidos pela Seguradora, independente do motivo desta movimentação.

Os percentuais da Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa Etária estão definidos de acordo com as regras da RN 63/03, Artigo 3º, Incisos I e II, instituída pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

Os prêmios serão readequados quando os Segurados mudarem de faixa etária, conforme percentuais indicados na Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa Etária, com apuração mensal.

A readequação por mudança de faixa etária, não é considerada como reajuste nos termos do artigo 22 da RN 195, instituída pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

As atualizações das tabelas serão incorporadas ao contrato a título de aditamento pré-consentido, e serão enviadas aos titulares do contrato.

18. FAIXAS ETÁRIAS

Reajuste do Prêmio por Mudança de Faixa Etária.

O valor do prêmio mensal será reajustado no mês subsequente em que os segurados mudarem de faixa etária, aplicando o percentual indicado 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.

As faixas etárias e os percentuais de reajuste são:

Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa Etária

Faixa Etária	Seguro Saúde Vital Enfermaria
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%

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

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

19. REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE SEGUROS COLETIVOS

Do direito de manutenção da condição de segurado para ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados.

19.1 A CONTRATANTE assegura ao segurado titular que contribuir para o plano privado de assistência à saúde no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho, sem justa causa, ou aposentadoria, o direito de manter sua condição de segurado - e dos segurados dependentes a ele vinculados - nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma junto à CONTRATANTE o pagamento integral dos prêmios, conforme disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656, de 1998, observada a Resolução nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações.

19.1.1 O período de manutenção da condição de segurado para ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa será de um terço do tempo de contribuição ao plano, ou sucessor, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses.

19.1.2 O período de manutenção da condição de segurado para o ex-empregado aposentado será:

a) indeterminado, se o ex-empregado contribuiu para o plano pelo prazo mínimo de dez anos; ou

b) à razão de um ano para cada ano de contribuição, se o ex-empregado contribuiu por período inferior a dez anos.

19.2 A manutenção da condição de segurado está assegurada a todos os dependentes do segurado demitido ou aposentado inscritos quando da vigência do contrato de trabalho (artigo 30, § 2º, e artigo 31, § 2º da Lei nº 9656, de 1998), podendo o direito ser exercido individualmente pelo ex-empregado ou com parte do seu grupo familiar (artigo 7º, § 1º da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações);

19.3 O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado deve optar pela manutenção do benefício no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da comunicação inequívoca do empregador sobre a opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho formalizada no ato da concessão do aviso prévio, a ser cumprido ou indenizado, ou da comunicação da aposentadoria (artigo 10 da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações);

19.4 O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado poderá incluir novo cônjuge e filhos no período de manutenção da condição de segurado (artigo 7º, § 2º da RN nº 279, de 2011);

19.5 Em caso de morte do ex-empregado demitido ou aposentado, o direito de permanência no plano é assegurado aos dependentes nos termos do disposto no artigos 30 e 31 da Lei nº 9656, de 1998, e no artigo 8º da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações);

19.6 O direito de manutenção assegurado ao segurado demitido ou aposentado não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas ou acordos coletivos de trabalho (artigo 30, § 4º e artigo 31, § 2º da Lei nº 9656, 1998 e artigo 9º da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações);

19.7 A condição de segurado deixará de existir:

- a) pelo decurso dos prazos de manutenção previstos nos parágrafos únicos dos artigos 4º e 5º da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações; ou
- b) pela admissão do segurado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado em novo emprego considerado novo vínculo profissional que possibilite o ingresso do ex-empregado em um plano de assistência à saúde coletivo empresarial, coletivo por adesão ou de autogestão (artigo 30, § 5º e artigo 31, § 2º da Lei nº 9656, 1998 c.c inciso II e § 1º do artigo 26 e inciso III do artigo 2º da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações); ou
- c) pelo cancelamento pelo empregador do benefício do plano privado de assistência à saúde concedido aos seus empregados ativos e ex-empregados (inciso III do artigo 26 da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações).

19.8 É assegurado ao ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado ou seus dependentes vinculados ao plano, durante o período de manutenção da condição de segurado garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998, o direito de exercer a portabilidade especial de carências para plano individual ou familiar ou coletivo por adesão, em operadoras nos termos do disposto no artigo 28 da RN nº 279, de 2011, c.c artigo 7º - C da RN nº 186, de 2009, e suas posteriores alterações.

19.9 Ao empregado aposentado que continua trabalhando na mesma empresa e dela vem a se desligar é garantido o direito de manter sua condição de segurado nos termos do disposto no artigo 31 da Lei 9656/1998 e na RN 279, 2011 e suas posteriores alterações.

Do cancelamento do benefício do plano privado de assistência à saúde.

No caso de cancelamento do benefício do plano privado de assistência à saúde oferecido aos empregados e ex-empregados da CONTRATANTE, os segurados poderão optar, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o

cancelamento do benefício, em ingressar em um plano Individual ou Familiar da Contratada, sem a necessidade do cumprimento de novos prazos de carência, desde que:

- a) A contratada disponha de um plano individual ou familiar;
- b) O segurado titular se responsabilize pelo pagamento de seus prêmios e de seus dependentes;
- c) O valor do prêmio corresponderá ao valor da Tabela Vigente na data de adesão ao plano Individual Familiar;

Incluem-se no universo de segurados todo o grupo familiar vinculado ao segurado titular.

20. CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

A perda da qualidade de segurado poderá ocorrer nas seguintes situações:

20.1 Perda da qualidade de segurado titular:

- a) pela rescisão do presente contrato;
- b) pela perda do vínculo com a pessoa jurídica contratante, ressalvadas as condições previstas nos artigos nº 30 e nº 31 da Lei nº 9.656/98;
- c) fraude praticada pelo segurado titular, apurada de acordo com a legislação vigente.

20.2 Perda da qualidade de segurado dependente:

- a) pela perda da condição de dependência prevista nas condições gerais deste contrato;
- b) a pedido do segurado titular;
- c) fraude praticada pelo segurado dependente, apurada de acordo com a legislação vigente.

20.3 Caberá tão-somente à pessoa jurídica contratante solicitar a suspensão ou exclusão de segurados.

20.4 A contratada só poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos segurados, sem a anuência da pessoa jurídica contratante, nas seguintes hipóteses:

- a) fraude;
- b) perda do vínculo do titular com a pessoa jurídica contratante, ou de dependência, previstos neste contrato, ressalvado o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98.

21. RESCISÃO

A apólice de seguro estará sujeita a rescisão, sem direito à devolução dos prêmios pagos, nos seguintes casos:

- a) quando a apólice coletiva reduzir-se a um número inferior de pessoas sob sua cobertura, que aquele exigido pelo Seguro contratado;
- b) Inadimplência superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses;
- c) por fraude ou dolo, mediante comunicação escrita por parte da Seguradora; e
- d) por inobservância das obrigações convencionadas nestas Condições Gerais.

21.1 Quanto ao cancelamento das partes

- a) somente poderá ocorrer nos primeiros 24 (vinte e quatro) meses de vigência, por parte da Seguradora, desde que motivadamente, assim consideradas as razões expostas acima; e

- b) decorridos 24 (vinte e quatro) meses, poderá ocorrer imotivadamente, por iniciativa de qualquer das partes, desde que previamente notificado à outra parte, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias do término de sua vigência.

Nas situações previstas nas alíneas “a” e “b” acima o cancelamento deverá ser precedido de notificação, à outra parte, com 60 (sessenta) dias de antecedência.

Ocorrendo o cancelamento motivado pelo estipulante, na forma prevista na alínea “a”, ou ainda, caso o estipulante solicite o cancelamento do seguro imotivadamente, antes do prazo mínimo estipulado no item 10, este deverá pagar à Seguradora uma multa equivalente a 3 (três) vezes o valor da última fatura paga.

- I - A multa também será cobrada, nos casos em que a Seguradora cancelar o contrato por inadimplência do Estipulante antes do término do período mínimo de vigência, além dos prêmios vencidos.
- II - O pagamento da multa deverá ocorrer até o 5º (quinto) dia do mês subsequente ao mês de cancelamento do contrato, sendo que no caso de atraso haverá incidência de multa e correção monetária, conforme previsto na cláusula de Prêmios.

21.2 Quanto ao cancelamento do certificado de seguro

- a) em caso de morte do Segurado titular que não tenha dependente incluído no seguro, na data do falecimento, e cujo pedido tenha sido encaminhado pelo Estipulante;
- b) em caso de o Segurado deixar de pertencer ao grupo segurável, informação esta que deverá ser encaminhada pelo Estipulante à Seguradora; ou
- c) por inexatidão ou omissão, no preenchimento da proposta de seguro ou do cartão-proposta, que tenha influenciado na aceitação do seguro, especialmente no que concerne à idade do Segurado titular, ou de seus dependentes do grupo Segurado;

Na hipótese de encerramento do seguro contratado, seja qual for o motivo, caberá ao Estipulante:

- a) Assumir a responsabilidade por todos os custos decorrentes de sinistros, a partir da data de encerramento da apólice, bem como por penalidades ou multas, honorários, custas judiciais, juros, etc, em decorrência de qualquer medida judicial e/ou administrativa contra a Caixa Seguradora Especializada em Saúde S/A, que envolva os Segurados desta apólice, obrigando-se a ressarcir-la, após a comunicação da respectiva ocorrência, de todos os valores que a Caixa Seguradora Especializada em Saúde S/A venha a despendar em razão de condenações judiciais ou administrativas decorrentes de ações propostas por quaisquer dos Segurados; e
- b) Assumir a responsabilidade por todos os custos decorrentes de sinistros, penalidades ou multas, honorários, custas judiciais, juros oriundos das ações judiciais intentadas por Segurados que por determinação judicial, venham a ser mantidos na qualidade de Segurados da Caixa Seguradora Especializada em Saúde S/A, após o término de vigência da apólice.

Ainda na hipótese de rescisão deste contrato, por qualquer motivo, o estipulante compromete-se a transferir todos os Segurados ativos e inativos para a Seguradora de Saúde e/ou Operadora de Seguros por ele escolhido, de modo que os atendimentos assistenciais, inclusive aqueles decorrentes de ordem judicial, sejam integralmente assumidos pela nova Seguradora/ Operadora. Caso tal não ocorra, o 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) e demais custas decorrentes de processos judiciais ou administrativos interpostos ou originados pelos Segurados contra a Seguradora para esse fim.

22. RESPONSABILIDADES DO ESTIPULANTE

Fazem parte destas Condições Gerais, os formulários denominados Cartão Proposta, Cadastro de Beneficiário, Carta de Orientação ao Segurado, Declaração de Saúde, Cartão CAIXA Seguro Saúde, Guia Prático do Segurado, Proposta de Seguro, Manual de Orientação para Contratação de Plano de Saúde - MPS e o Guia de Leitura Contratual - GLC.

Será de responsabilidade do Estipulante, além de outras já estabelecidas nestas Condições Gerais, a entrega do Manual de Orientação para Contratação de Plano de Saúde – MPS, Guia de Leitura Contratual e cópia das Condições Gerais, de acordo com as exigências da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, conforme segue:

- a) entregar ao Segurado Titular o Manual de Orientação para Contratação de Plano de Saúde - MPS, previamente à sua inclusão no seguro;
- b) entregar, junto com o Cartão CAIXA Seguro Saúde, o Guia de Leitura Contratual - GLC; e
- c) disponibilizar sempre que solicitado pelo Segurado Titular cópia das Condições Gerais, contemplando, no mínimo, os temas referenciados no GLC.

O MPS e o GLC são instrumentos destinados a informar ao Segurado os principais aspectos a serem observados no momento da contratação de Seguros de saúde e a facilitar a compreensão do conteúdo do contrato, por meio da indicação das referências aos seus tópicos mais relevantes.

A Seguradora disponibiliza o MPS e o GLC por meio da *web site* www.caixasegurossaude.com.br, com o objetivo de facilitar o acesso pelo Estipulante e Segurado, e devem ser seguidos em sua íntegra, conforme determina a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

O Estipulante será responsável pelo recolhimento e destruição dos Cartões CAIXA Seguro Saúde nos casos de desligamento dos Segurados ou após o cancelamento do seguro.

O Estipulante será responsável pelo pagamento de todas as despesas médico-hospitalares efetuadas indevidamente após o desligamento do Segurado ou cancelamento do seguro, corrigidas pelo IGPM acumulado no período.

O Estipulante deverá disponibilizar à Seguradora sempre que solicitado, toda e qualquer documentação necessária que comprove a relação de vínculo empregatício entre empregado e empregador, a relação de dependência financeira entre empregado e dependente e outras relações profissionais definidas no momento da contratação do seguro, para preservar a integridade do contrato e validação do grupo segurável definido no momento da contratação.

Na ocorrência de constatação da divergência encontrada entre o Grupo Segurável previsto neste contrato e o Grupo Segurado efetivamente coberto, serão tomadas as providências a seguir:

- I - O Estipulante da apólice será o responsável pelo pagamento do valor integral de todos os sinistros por atendimento em rede referenciada, reembolsos e validações prévias ocorridas durante o período de vigência deste Segurado, acrescidas de despesas administrativas e financeiras.
- II - A Seguradora providenciará, imediatamente à constatação de divergências, a exclusão do Segurado.

Independentemente de manifestação do Estipulante, a Seguradora poderá promover a exclusão de Segurados ou suspensão de cobertura, em consonância com os dispositivos contratuais, nas seguintes situações:

- I - Fraude;
- II - Perda do vínculo do Segurado titular conforme previsto no contrato, ressalvado o direito à permanência assegurado nos termos dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98 e suas regulamentações; ou

III - Perda do enquadramento na condição de dependente, conforme previsto no contrato.

23. COBERTURAS ADICIONAIS

I - Cobertura de Remissão por Morte do Segurado Titular Ativo: garante, sem pagamento de prêmio, a permanência no seguro, por até 01 (um) ano daqueles dependentes que se enquadram na definição do item 5 dessa apólice, ou até quando durar a vigência da apólice na Seguradora, desde que:

- a) o falecimento tenha decorrido de evento passível de cobertura pelo seguro;
- b) a cobertura contratual não esteja suspensa por motivo de atraso no pagamento de algum prêmio; e
- c) o vínculo previsto no item 5, esteja mantido com o Estipulante na data do falecimento, e que possa ser comprovado.

O benefício da remissão não implicará dispensa do cumprimento de prazos de carência que estejam sendo cumpridos em decorrência do que prevê o item 11.

O Segurado perderá o benefício da remissão nas seguintes situações:

- a) quando o beneficiário, durante o período de remissão, perder a condição que o caracterizava como dependente do titular;
- b) aos beneficiários, de uma maneira geral, após o decurso do período de remissão; ou
- c) se verificada a ocorrência de qualquer das situações previstas no item 21 Não terão direito à cobertura especial de remissão os dependentes incluídos na apólice nos 12 (doze) meses anteriores ao falecimento do Segurado titular, a não ser que a morte tenha decorrido de acidente pessoal. Exceção será feita ao(à) filho(a) do titular que tiver nascido ou sido efetivamente adotado(a) nesses 12 (doze) meses ou após a data de seu óbito, e ao cônjuge comprovadamente elegível nesse período e incluído no seguro no prazo previsto no item 4.

Enquanto perdurar o benefício da remissão, não serão admitidas alterações na apólice do grupo Segurado remido.

Esta cobertura é concedida a Segurados titulares de qualquer padrão de seguro contratado.

Se tiver ocorrido aumento no padrão de acomodação, a remissão, será indenizada ou reembolsada com base nos níveis de coberturas anteriores ao referido aumento, para os benefícios decorrentes desta cláusula, consideram-se dependentes apenas aqueles Segurados que se enquadram na definição do item 5.

II - Home Care: cobertura adicional para internação domiciliar, a critério exclusivo da Seguradora, como alternativa à internação hospitalar, que, quando oferecida, contemplará medicamentos e todos os materiais necessários ao atendimento.

Nos casos em que a atenção domiciliar não substitua a internação, poderá ser oferecida, também a critério da Seguradora, cobertura dos serviços de assistência domiciliar, mediante a apresentação de relatório médico com justificativa e após a aprovação da auditoria médica da Seguradora.

24. GLOSSÁRIO

Abrangência Geográfica

Região estabelecida pela Seguradora, para prestar atendimento médico-hospitalar ao Segurado e seus dependentes, independente do local de origem do evento.

Acidente Pessoal

Evento com data e ocorrência caracterizadas, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só e independentemente de qualquer outra causa, torne necessária a internação hospitalar ou o atendimento em regime ambulatorial do Segurado.

Agravo

É assim definido o acréscimo no valor da contraprestação do seguro privado de assistência à saúde, para que o Segurado tenha direito integral à cobertura segura, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais.

Atendimento Ambulatorial

Regime de atendimento médico caracterizado por não exigir complexidade da assistência hospitalar.

Carência

Período durante o qual, mesmo ocorrendo o pagamento do prêmio mensal pelo Estipulante, o Segurado não tem direito a determinadas coberturas.

Cartão Proposta

Documento que formaliza a intenção de ingresso do proponente ao seguro contratado, que deverá ser preenchido e assinado pelo proponente titular e pelo representante legal do Estipulante, sob carimbo da empresa.

Cartão CAIXA Seguro Saúde

Cartão individual e personalizado, que servirá para identificar o Segurado junto à Seguradora e Rede Referenciada.

Categoria Funcional

Conjunto de pessoas que façam parte de um mesmo patamar funcional na empresa.

Cobertura Parcial Temporária

Suspensão da cobertura dos eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e dos procedimentos de alta complexidade relacionados no índice que compõe o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, pelo prazo de até 24 (vinte e quatro) meses, para as doenças e lesões preexistentes informadas no cartão proposta/declaração de saúde.

Coparticipação

É a parte efetivamente paga pelo Segurado destinada a custear parte da realização de um determinado procedimento.

Corretor de Seguros

Profissional autônomo ou pessoa jurídica, habilitado pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, para intermediar e promover contratos de seguros. A escolha do corretor é da inteira e exclusiva responsabilidade do Estipulante, conforme previsto na Lei nº 4.594/64, Decreto-lei nº 73/66 e Decreto nº 60.459/67.

Dependentes Seguráveis

Exclusivamente o cônjuge ou companheiro(a), os filhos solteiros ou adotivos do Segurado Titular, menores de 40 (quarenta) anos ou inválidos, de qualquer idade. O enteado e o menor que esteja sob a guarda ou tutela do Segurado Titular por determinação judicial, até 21 anos.

Doenças e Lesões Preexistentes

Aquelas, inclusive as congênitas, que o Proponente ou seu responsável legal saiba ser portador ou sofredor na época de adesão ao seguro.

Emergência

Evento que implique em risco imediato de vida ou lesão irreparável para o Segurado em declaração do médico assistente.

Entrevista Qualificada

É a entrevista realizada por profissional médico, disponibilizado pela Seguradora ou escolhido pelo proponente, para auxiliar no preenchimento do cartão proposta/declaração de saúde.

Estipulante

Pessoa jurídica, legalmente constituída, que contrata o seguro com a Seguradora, responsável pelo pagamento dos prêmios mensais, investida dos poderes de representação dos Segurados perante a Seguradora.

Formação de Preço

A formação de preço é pré-estabelecida, onde o valor da contraprestação pecuniária é pago pelo Estipulante em período prévio à disponibilização dos serviços e coberturas contratadas, assim como anteriormente a utilização das coberturas contratadas.

Grupo Segurado

Conjunto de pessoas efetivamente incluído no seguro.

Grupo Segurável

Conjunto de pessoas devidamente caracterizado pelo vínculo concreto profissional mantido com o Estipulante. O vínculo mantido com o Estipulante poderá abranger os sócios, administradores/diretores, estagiários, aprendizes e seus respectivos dependentes seguráveis, passível de aderir ao seguro.

Hospital-Dia

Regime de internação caracterizado pela permanência do Segurado em unidade hospitalar, por período não superior a 12 (doze) horas diárias, para realização de procedimentos cobertos pelo seguro.

Internação Hospitalar

Período de permanência hospitalar em regime de internação do Segurado para tratamento clínico ou cirúrgico:

- a) Internação Clínica: motivada por uma causa não cirúrgica; e
- b) Internação Cirúrgica: motivada por cirurgia ou que no decurso da internação clínica tenha sido necessária à realização de procedimento cirúrgico.

Leitos de Alta Tecnologia

Destinados ao tratamento intensivo e especializado em unidades ou centros de terapia intensiva, semi-intensiva, coronariana, pediátrica ou neonatal, unidades de isolamento, terapias de pacientes queimados e terapia respiratória.

Médico Assistente

Profissional médico, pertencente ou não à Rede Referenciada, que atende (assiste) ao Segurado e é responsável pela avaliação, indicação e acompanhamento da conduta médica a ser aplicada.

Seguros de Seguro Saúde

Seguro destinado à cobertura de custos assistenciais a preço pré estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor.

Prêmio

É a importância paga mensal e antecipadamente pelo Estipulante à Seguradora, em moeda corrente nacional, para garantia ao Grupo Segurado do direito às coberturas contratualmente estabelecidas.

Procedimentos de Alta Complexidade

Aqueles relacionados no índice de procedimentos de alta complexidade que compõe o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS vigente na data de realização do evento.

Proponente

Pessoa física, devidamente caracterizada pelo vínculo concreto empregatício, bem como o sócio, o administrador/diretor, o estagiário e o aprendiz, que propõe o seu ingresso e o de seus dependentes no seguro. Quando o Proponente for menor de idade, assim legalmente reconhecido, deverá ser representado por responsável legal.

Proposta de Seguro

Parte integrante das Condições Gerais do Seguro Saúde Coletivo Empresarial, é o documento preenchido com informações que qualificam o Estipulante, o beneficiário e seu grupo familiar, e através do qual expressam a sua intenção de contratação do seguro.

Rede Referenciada

Conjunto de profissionais e instituições, opcionalmente colocado à disposição do Segurado para prestar atendimento médico-hospitalar aos Segurados, cujos serviços são diretamente remunerados pela Seguradora, por conta e ordem do Segurado, desde que coberto contratualmente.

Reembolso

Ressarcimento ao Segurado Titular das despesas médico-hospitalares cobertas pelo seguro, efetuadas e comprovadamente pagas por ele ou por seus Dependentes Segurados, com profissionais ou instituições que não façam parte da Rede Referenciada. O ressarcimento será de acordo com a Tabela de Reembolso Caixa Seguro Saúde e Seguro contratado.

Resilição

Dissolução contratual, extinção de um contrato, tornar nulo ou sem efeito o mesmo que rescindir.

Segmentação Assistencial do Seguro

Garantia ao Segurado das coberturas do Seguro de saúde.

Segurado

Pessoa física a favor da qual o Estipulante contrata com a Seguradora o Seguro Saúde Coletivo Empresarial, sendo:

a) Segurado Titular: pessoa com vínculo concreto empregatício, bem como o sócio, o administrador/ diretor, o estagiário e o aprendiz, devidamente incluída no seguro, responsável pelas informações prestadas no Cartão Proposta/Declaração de Saúde.

b) Segurado Dependente: dependente Segurável efetivamente incluído no seguro.

Seguradora

Pessoa jurídica de direito privado, legalmente autorizada a operar Seguros de Assistência à Saúde, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, classificada como Seguradora Especializada em Seguro Saúde.

Sinistralidade

Resultado da divisão do valor total dos sinistros pelo total de prêmios cobrados durante o período de apuração.

Sinistro

Toda despesa médico e/ou hospitalar efetuada pelo Segurado e coberta pelo seguro.

Subestipulante

Pessoa jurídica legalmente constituída pertencente ao grupo econômico do Estipulante e que sendo incluída na apólice ficará subordinada às cláusulas e condições contratadas pelo Estipulante.

Tipo de Contratação

O tipo de contratação deste Seguro é Coletivo Empresarial, conforme normatizado pela Resolução Normativa N.º 195/2009, e suas posteriores alterações.

Urgência

É o evento resultante de acidentes pessoais ou complicações no processo gestacional que exija avaliação ou atendimento médico imediato.

Validação Prévia de Procedimentos - VPP

Registro formal na Seguradora do pedido médico para a realização de determinados procedimentos médico-hospitalares.

25. DISPOSIÇÕES GERAIS

A Seguradora poderá através do profissional médico por ela designado, consultar pessoas físicas ou jurídicas, de direito público ou privado, para obter informações relacionadas às Coberturas deste seguro, resguardando o direito ao Sigilo Médico previsto na legislação vigente.

Nenhuma responsabilidade caberá à Seguradora por atos culposos, dolosos ou acidentais que causem danos físicos ou morais ao Segurado, provocados por profissionais ou instituições prestadoras de serviços médico-hospitalares integrantes de Rede Referenciada ou não. Nenhum desses atos repercuta no contrato de seguro, que será cumprido nos seus exatos termos.

Na eventualidade de insatisfação quanto ao Seguro ou atendimento dos profissionais e empregados da Seguradora, o Estipulante deverá encaminhar reclamação escrita para o endereço da Seguradora.

O Estipulante reconhece e aceita que a operação do Seguro de Saúde sujeita-se às normas e regulamentos da ANS. Desta forma, poderá a Seguradora ser demandada pela referida Agência Reguladora a apresentar documentos, informar dados, realizar ou abster-se de realizar procedimentos, entre outros.

I - As partes deverão observar e respeitar a legislação vigente relativa ao sigilo médico, especialmente o Código de Ética Médica aprovado pelo CFM.

Quaisquer alterações na legislação pertinente, que levem à alteração compulsória presente Contrato, serão adotadas nos prazos estipulados na legislação pela Seguradora, independentemente de solicitação do Estipulante neste sentido.

É obrigação do Estipulante comunicar formalmente qualquer alteração dos dados cadastrais, inclusive mudança de endereço. Assim não procedendo estará isentando a Seguradora de qualquer responsabilidade ou consequência por falha de comunicação.

A autorização, por parte da Seguradora, de eventos não previstos ou excluídos neste Contrato não confere ao Estipulante direito adquirido e/ou extensão da abrangência de coberturas, caracterizando mera liberalidade da Seguradora.

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

A não prestação das informações corretas das exclusões, inclusões e alterações de Segurado ou quaisquer outras de responsabilidade do estipulante sob o presente contrato, desonera completamente a Seguradora de quaisquer ônus delas decorrentes, arcando o estipulante, integralmente, com os custos e despesas eventualmente havidos pela Seguradora por conta das mesmas.

O estipulante, por seus Segurados titulares, bem como pelos dependentes destes, autoriza a Seguradora a prestar todas as informações de natureza cadastral ou não, quando solicitadas pelos órgãos de fiscalização de assistência à saúde, bem como pela Receita Federal do Brasil.

Deverá o estipulante informar a Seguradora, junto à formalização do presente contrato, sobre todos os casos ou pacientes que se encontrem em tratamento continuado, notadamente em casos oncológicos e em internação, para que esta última viabilize a informação à sua rede referenciada quanto ao novo relacionamento comercial referente a estes atendimentos.

I - Nos casos previstos nesta Cláusula, a Seguradora não se obrigará por despesas assistenciais incorridas em prestadores não pertencentes à sua rede referenciada, bem como eventuais diferenças em remuneração acordada com o prestador frente a Operadora de Seguros anterior dos serviços.

II - Caso o Segurado se encontre em tratamento em prestador não referenciado pela Seguradora no momento da conversão para o novo Seguro decorrente deste contrato, a Seguradora poderá exercer esforços para a transferência (remoção ou referenciamento) deste para sua rede referenciada, ou, como alternativa, reembolsar as despesas assistenciais no prestador não referenciado, na forma estipulada neste contrato para o seguro contratado para o Segurado.

O 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, 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.

Compromete-se também o Estipulante a reembolsar a Seguradora de todas as cobranças efetuadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, a título de ressarcimento ao SUS – Sistema Único de Saúde, cuja cobrança tenha sido recebida e não considerada para o cálculo da sinistralidade apurada até a data da efetiva rescisão do contrato.

Caso o Estipulante sofra prejuízos por culpa da Seguradora, e em caso de condenação com trânsito em julgado, a Seguradora obriga-se a reembolsá-la por prejuízos advindos dessa condenação.

O Estipulante obriga-se a reembolsar a Seguradora por quaisquer prejuízos advindos de condenação ocasionados por sua culpa.

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

26. FORO

Fica eleito o Foro da Comarca de domicílio do Estipulante para dirimir qualquer dúvida advinda do presente contrato de seguro.