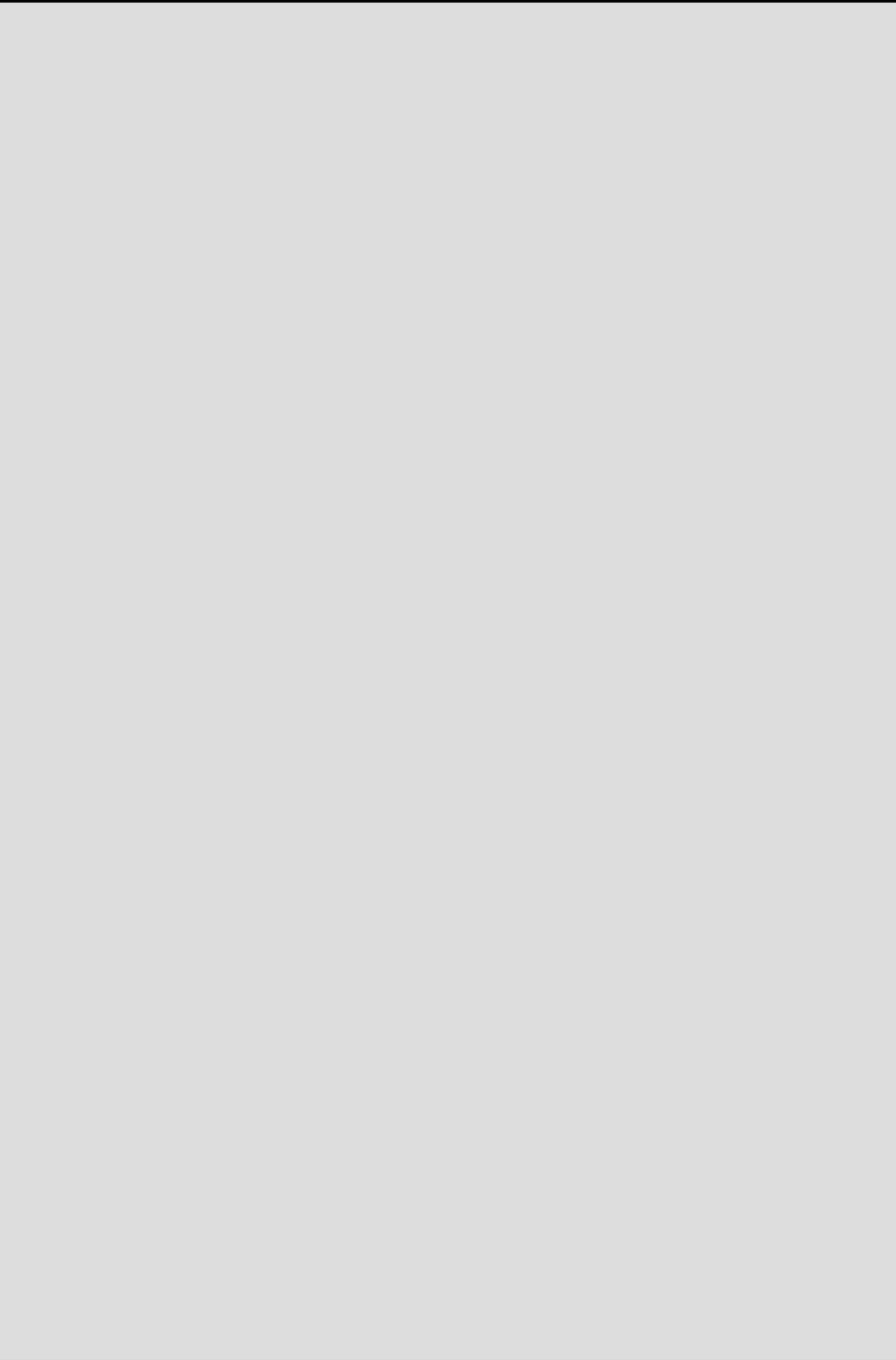


Plano de Assistência à Saúde

**SulAmérica Administrado
Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia
mais Odontológico
Condições Gerais**

ANS - nº 416428

Contrato nº 0064.0067.0097



Índice

SulAmérica Administrado Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia mais Odontológico

1.	Qualificação da Contratada.....	1
2.	Qualificação do Contratante.....	1
3.	Objeto do Contrato.....	1
4.	Natureza do Contrato.....	1
5.	Tipo de Contratação.....	2
6.	Tipo de Segmentação Assistencial	2
7.	Área Geográfica de Abrangência.....	2
8.	Formação do Preço.....	2
9.	Planos.....	2
10.	Coberturas e Serviços Adicionais	3
11.	Contratação do Plano de Saúde e Odontológico	3
12.	Inclusão de Beneficiários	4
13.	Documentos necessários para a contratação do plano e inclusão de beneficiários:	5
14.	Formas de Inclusão.....	5
15.	Coberturas e Procedimentos Garantidos	6
16.	Exclusões de Cobertura.....	15
17.	Vigência e Condições de Renovação Automática do Contrato	18
18.	Carências	19
19.	Doenças e Lesões Preexistentes.....	20
20.	Atendimento de Urgência e Emergência.....	22
21.	Reembolso.....	23
22.	Rede Credenciada	29
23.	Validação Prévia de Procedimentos Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia ...	30
24.	Aprovação de Orçamento	31
25.	Divergências Odontológicas	31
26.	Divergências Médicas	31
27.	Coparticipação	31
28.	Pagamentos Mensais.....	32

29.	Extensão de Cobertura Assistencial para demitidos e/ou aposentados.....	35
30.	Exclusão do Beneficiário.....	37
31.	Cancelamento do Plano de Saúde e Odontológico.....	38
32.	Disposições Gerais.....	39
33.	MECSAS: Movimentação Eletrônica de Cadastro.....	40
34.	Glossário.....	43
35.	Disposições Finais.....	47
36.	Foro.....	48

SUL AMÉRICA SERVIÇOS DE SAÚDE S.A
Registro na ANS nº 41642-8

**Condições Gerais do Contrato de Plano de Saúde e Odontológico
Coletivo Empresarial**

SulAmérica Administrado
Modalidade Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia mais Odontológico

1. Qualificação da Contratada

SulAmérica Serviços de Saúde S.A, pessoa jurídica de direito privado, legalmente autorizada a operar Planos de Assistência à Saúde, registrada sob o n.º 41642-8 na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, classificada como Medicina de Grupo, inscrita no CNPJ/MF n.º 02.866.602/0001-51, com sede na cidade de São Paulo, Estado de São Paulo, na Rua Pedro Avancine n.º 73 (parte), Morumbi, CEP 05679-170.

2. Qualificação do Contratante

Razão Social da Empresa Contratante, pessoa jurídica com sede na cidade _____, Estado _____, na Rua _____, n.º _____, Bairro _____, CEP _____, inscrita no CNPJ/MF sob n.º _____, neste ato representada por diretores abaixo assinados, na forma de seu estatuto social.

3. Objeto do Contrato

O objeto deste contrato, em conformidade com a Lei 9656/98 visa a prestação continuada de serviços de assistência à saúde na forma do art.1º, inciso I da Lei 9656/98, por meio da faculdade de acesso à rede credenciada colocada à disposição pela Contratada, podendo utilizar alternativamente o reembolso das despesas Contratadas, nos limites fixados em contrato. A prestação continuada de serviços de assistência à saúde corresponde aos serviços médico-hospitalares e odontológicos, na segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia mais Odontológico, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vigente na época do evento, para o tratamento de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a Saúde da Organização Mundial de Saúde.

4. Natureza do Contrato

Trata-se de um Contrato de Administração de Plano de Saúde regido pela Lei n.º 9.656, de 1998. É contrato de adesão e bilateral, que gera direitos e obrigações para ambas as partes, a ele se aplicando o Código Civil Brasileiro, bem como o Código de Defesa do Consumidor, de forma subsidiária.

5. Tipo de Contratação

O Plano de Saúde SulAmérica tem, como tipo de contratação de que tratam as Resoluções Normativas n.º 195/2009, 200/2009 e 204/2009, a modalidade Coletivo Empresarial.

6. Tipo de Segmentação Assistencial

Garantia ao Beneficiário da cobertura dos itens constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS na segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia mais Odontológico.

7. Área Geográfica de Abrangência

Região estabelecida pela Contratada para atendimento médico-hospitalar e odontológico ao Beneficiário. A abrangência geográfica deste plano de saúde e odontológico, com base na Lei n.º 9.656/98 e sua regulamentação é Nacional.

8. Formação do Preço

A formação do preço deste plano de saúde e odontológico é pós estabelecido, ou seja, o valor da mensalidade é calculado após a utilização das coberturas contratadas.

9. Planos

9.1 Os planos estão devidamente registrados na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, conforme descrito a seguir.

9.2 Os planos disponíveis para contratação são:

Nome Registrado na ANS	Registro ANS
Executivo Administrado Tradicional AHO+O QP	445118030
Especial Administrado Tradicional AHO+O QP	445115035
Básico Administrado Tradicional AHO+O QC	445114037

9.3 Os Beneficiários dos planos Especial e Executivo serão acomodados em apartamento.

9.4 Os Beneficiários do plano Básico serão acomodados em quarto coletivo.

9.5 Em casos de indisponibilidade de leito hospitalar na rede credenciada na acomodação contratada é garantido ao Beneficiário o acesso à acomodação, em nível superior, sem ônus adicional, conforme determina a Lei nº 9656/98.

9.6 Os planos dos dependentes beneficiários serão sempre os mesmos do Beneficiário Titular, inclusive, no que refere-se à acomodação hospitalar.

9.7 Transferência de Planos

9.7.1 A transferência de um ou mais Beneficiários para plano superior poderá ocorrer a qualquer tempo, quando solicitada formalmente pelo Contratante com antecedência de 30 (trinta) dias.

9.7.2 Caso o Contratante tenha estabelecido no momento da contratação planos 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 Operadora, pelo Contratante, em até 30 (trinta) dias da data da promoção, respeitando ainda, a condição dos demais Beneficiários de igual cargo ou função.

9.7.3 Não será permitida a transferência de Beneficiário para plano inferior.

10. Coberturas e Serviços Adicionais

São aquelas oferecidas pela Contratada, adicionais ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.

10.1 As coberturas e serviços adicionais, quando oferecidas pela Contratada, serão descritos em **Termo Aditivo Contratual**.

11. Contratação do Plano de Saúde e Odontológico

11.1 Este plano destina-se a Grupos de Beneficiários a partir de _____ (_____) vidas.

11.2 O Grupo Beneficiável definido para este plano são pessoas vinculadas à pessoa jurídica Contratante por relação empregatícia ou estatutária, podendo abranger ainda:

a) os sócios ou acionistas da pessoa jurídica Contratante, conforme o caso;

b) os administradores da pessoa jurídica Contratante;

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) Grupo familiar/dependente: exclusivamente o cônjuge ou companheiro(a), os filhos solteiros ou adotivos do Beneficiário Titular, menores de 24 (vinte e quatro) anos ou inválidos. Equiparam-se a filhos, o enteado e o menor que esteja sob a guarda ou tutela do Beneficiário Titular por determinação judicial

e1) A adesão do grupo familiar dependerá exclusivamente da participação do Beneficiário titular.

- 11.3** O Contratante deverá fornecer à Contratada, quando da contratação e durante a vigência do plano, lista com eventuais funcionários afastados das atividades regulares de trabalho e os motivos do afastamento, quando houver.
- 11.4 Não será aceita a inclusão de Beneficiário que não faça parte do grupo beneficiável definido na proposta de plano de saúde e odontológico.**
- 11.5** O Contratante é responsável pelas informações prestadas na proposta de plano e cartões proposta do grupo de beneficiários.
- 11.6** O Contratante é o responsável por prestar informações referentes a suas subcontratantes, que eventualmente venham aderir ao plano os quais tornar-se-ão automaticamente cientes e solidários às condições Contratadas.
- 12. Inclusão de Beneficiários**
- 12.1** O Beneficiário incluído dentro do prazo de 30 (trinta) dias da data da contratação, admissão, casamento, ou outro evento que habilite seu ingresso no plano, terá como data de início de vigência a mesma data do evento que caracterizou sua condição de proponente ou dependente beneficiável e/ou o mesmo dia de vigência do plano, e estará isento do cumprimento dos prazos de carência e cobertura parcial temporária para doenças e/ou lesões preexistentes.
- 12.2** O filho natural e/ou adotivo recém-nascido do Beneficiário Titular, cujo parto tenha sido coberto pela Contratada, incluído no plano em até 30 (trinta) dias do seu nascimento ou adoção, estará isento do cumprimento dos prazos de carência e Cobertura Parcial Temporária.
- 12.3** O filho natural e/ou adotivo recém-nascido do Beneficiário Titular, cujo parto não tenha sido coberto pela Contratada, incluído no plano em até 30 (trinta) dias do seu nascimento ou adoção, terá aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelos pais e estará sujeito a Cobertura Parcial Temporária.
- 12.4** Entende-se como parto coberto, quando o Beneficiário Titular está isento ou já cumpriu o prazo de 300 (trezentos) dias de carência para parto.
- 12.5** O Beneficiário incluído após o prazo de 30 (trinta) dias da data da contratação, admissão, casamento, ou outro evento que habilite seu ingresso no plano de saúde, terá como data de início de vigência o mesmo dia de vigência do plano no mês subsequente, e deverá cumprir os prazos de carência e estará sujeito a cobertura parcial temporária para doenças e/ou lesões preexistentes.
- 12.6** O filho adotivo, menor de 12 (doze) anos de idade, poderá ser incluído no plano com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo Beneficiário adotante, desde que a inclusão ocorra em até 30 (trinta) dias da adoção e estará sujeito a Cobertura Parcial Temporária.
- 12.7** O Contratante deverá indicar a data de início de vigência do Beneficiário no cartão proposta.

12.8 O Contratante deverá disponibilizar a Contratada, sempre que for solicitado, toda e qualquer documentação necessária que comprove a legitimidade da pessoa jurídica Contratante, e a elegibilidade de todos os beneficiários incluídos no plano.

13. Documentos necessários para a contratação do plano e inclusão de beneficiários:

- a) Contrato Social ou Estatuto Social, conforme o caso, devidamente registrado no órgão competente;
- b) Proposta Comercial, devidamente assinada, sob carimbo, pelo representante legal da empresa mediante apresentação de procuração registrada em cartório com poderes específicos para contratar ou outro documento que comprove a legitimidade das pessoas que assinaram o documento;
- c) Carta original em papel timbrado de nomeação de corretor assinada, sob carimbo, pelo representante legal da empresa mediante documentação que comprove tal representação;
- d) Proposta de Seguro, assinada, sob carimbo, pelo corretor e pelo representante legal da empresa, mediante procuração;
- e) Condições Gerais assinada, sob carimbo pelo representante legal da empresa, mediante procuração;
- f) Cartões-Proposta assinados pelo representante legal da empresa e pelo proponente ou arquivo magnético em linguagem txt cujo layout é fornecido pela Contratada;
- g) Cópia da relação atualizada de Fundo de Garantia por Tempo de Serviço – FGTS acompanhada da última Guia de Recolhimento quitada;
- h) Cópia do Contrato de Estágio assinado pelo estagiário e pelo representante legal da empresa, mediante procuração, e pela Instituição de ensino sob carimbo;
- i) Cópia do Contrato de Aprendiz assinado pelo aprendiz e pelo representante legal da empresa e/ou Registro de Emprego assinado pelo empregado e pelo empregador, sob carimbo da empresa e documento que comprove a inscrição/matricula em Escola/Instituição de Ensino Técnico;
- j) Registro de Emprego em papel timbrado, certidão de nascimento, casamento, escritura declaratória lavrada em cartório, tutela ou guarda judicial, passaporte (expatriados) e Diário Oficial, outros documentos que a Contratada julgar necessários;
- k) Escritura Declaratória de União Estável lavrada em Tabelionato, Tutela ou Guarda Judicial, Passaporte (expatriados) e Diário Oficial;
- l) Outros documentos que a Contratada julgar necessário, que comprovem oficialmente e financeiramente a constituição da Empresa, o vínculo entre o Grupo Beneficiário e o Contratante e o vínculo entre Beneficiário e Dependente.

14. Formas de Inclusão

14.1 Movimentação Eletrônica de Cadastro

A empresa ou corretor efetuará o registro da inclusão no sistema da Contratada e através das informações fornecidas será definido de forma automática o início de vigência. No ato da inclusão, o aplicativo/sistema, indicará a necessidade do envio de documentos a Contratada para liberação da inclusão, quando necessário.

14.2 Movimentação Manual de Cadastro

A Empresa utilizará a movimentação manual, oportunidade na qual deverá entregar à Contratada na ocasião da inclusão do Beneficiário, o formulário fornecido pela Contratada, denominado cartão proposta e declaração de saúde se houver, devidamente preenchido e assinado pelo representante legal do Contratante, sob carimbo da empresa, com os documentos definidos pela Contratada.

14.2.1 Os cartões proposta/declaração de saúde preenchidos em desacordo com as condições estabelecidas e contratadas, serão devolvidos ao Contratante, que terá 10 (dez) dias para a regularização, contados a partir da data de devolução pela Contratada.

14.2.2 Ultrapassado o prazo para regularização, a partir da reapresentação dos Cartões Proposta/declaração de saúde a Contratada iniciará novo prazo de 15 (quinze) dias para análise da inclusão, considerando nova data para início de vigência do plano.

15. Coberturas e Procedimentos Garantidos

Estão cobertos todos os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vigor na data da realização do evento para a segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia mais Odontológico na área de abrangência estabelecida no contrato, independente do local de origem do evento, para todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial da Saúde.

15.1 Cobertura Assistencial

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

15.1.2 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.

15.1.3 Cobertura de todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões autoinfligidas.

15.1.4 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, respeitadas os prazos de carência e Cobertura Parcial Temporária – CPT.

15.1.4.1 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 cobertura.

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

15.2 Cobertura Ambulatorial

15.2.1 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.

15.2.2 Cobertura de serviço de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico ou cirurgião dentista assistente, devidamente habilitado.

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

15.2.4 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.

15.2.5 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.

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

15.2.7 Cobertura de hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;

15.2.8 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;

- 15.2.8.1** 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.
- 15.2.9** Cobertura dos procedimentos de radioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e suas atualizações.
- 15.2.10** 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.
- 15.2.11** Cobertura de hemoterapia ambulatorial.
- 15.2.12** Cobertura das cirurgias oftalmológicas ambulatoriais listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e suas atualizações.
- 15.3** Cobertura Hospitalar
- 15.3.1** Cobertura de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.
- 15.3.1.1** Nos casos das internações exclusivamente psiquiátricas, quando ultrapassar 30 (trinta) dias de internação no transcorrer de 1 (um) ano de vigência do beneficiário, haverá coparticipação de 50% (cinquenta por cento) ou o percentual máximo permitido pela ANS, definido em normativos vigente
- 15.3.2** 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;
- 15.3.3** Cobertura das despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação do beneficiário, durante o período de internação;
- 15.3.3.1** Define-se honorários médicos como aqueles honorários do cirurgião, auxiliares e anestesista, de acordo com os serviços realizados durante o período de internação do Beneficiário, bem como serviços gerais de enfermagem e alimentação.
- 15.3.4** Cobertura de honorários referentes à visita médica durante os períodos de internação hospitalar, conforme justificativa do médico assistente.
- 15.3.5** Cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;

- 15.3.6 Cobertura do atendimento por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico assistente;**
- 15.3.7 Cobertura de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos.**
- 15.3.7.1** 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.
- 15.3.7.2** O profissional requisitante deve, quando assim solicitado pela Contratada, 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
- 15.3.7.3** Em caso de divergência entre o profissional requisitante e a Contratada, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com as despesas arcadas pela Contratada.
- 15.3.8 Cobertura de diárias e taxas hospitalares, de acordo com o serviço realizado, incluindo os materiais cobertos utilizados, durante período de internação.**
- 15.3.9 Cobertura das despesas relativas a um acompanhante, que incluem:**
- a)** acomodação e alimentação necessárias à permanência do acompanhante, para crianças e adolescentes menores de 18 (dezoito) anos; As despesas com alimentação, somente serão cobertas quando fornecidas pelo Hospital.
- b)** acomodação e alimentação, conforme indicação do médico ou cirurgião dentista assistente e legislações vigentes, para acompanhantes de idosos a partir do 60 (sessenta) anos de idade, e pessoas portadoras de necessidades especiais. As despesas com alimentação somente serão cobertas quando fornecidas pelo Hospital.
- c)** exclusivamente a acomodação, para os beneficiários maiores de dezoito anos, que optaram por planos com acomodação em apartamento.
- 15.3.10 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;**

15.3.11 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;

15.3.11.1 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.

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

15.3.13 Cobertura dos seguintes procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada como internação hospitalar:

- a) Hemodiálise e diálise peritoneal CAPD;
- b) Quimioterapia oncológica ambulatorial;
- c) Radioterapia: todos os procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente;
- 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.

15.3.14 É assegurada a cobertura para transplante de órgãos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e suas atualizações, 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.

15.3.14.1 O Beneficiário 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.

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

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

CID 10 da OMS	Diagnóstico
F10 e F14	Transtornos mentais e comportamentais devidos 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.

15.3.16.1 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 Beneficiário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar.

15.4 Cobertura Obstétrica

Além de todas as coberturas citadas na Cobertura Hospitalar, fica acrescido os itens a seguir.

15.4.1 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 beneficiário titular ou dependente, durante os primeiros trinta dias após o parto.

15.4.1.1 A cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário titular ou dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias, ocorrerá desde que o parto tenha sido coberto pela Contratada.

15.4.1.2 Entende-se como parto coberto, quando o Beneficiário Titular está isento ou já cumpriu o prazo de 300 (trezentos) dias de carência para parto.

15.4.2 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 beneficiário pela Lei 11.108, de 7 de abril de 2005, ou outra que venha substituí-la.

15.4.2.1 Entende-se pós-parto imediato como as primeiras 24 (vinte e quatro) horas após o parto.

15.5 Remoção

Só será coberta quando realizada por via terrestre e desde que justificada pelo médico assistente, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos neste contrato, respeitado ainda, a necessidade de validação prévia.

15.5.1 A remoção estará coberta após atendimentos de urgência e emergência, conforme condições descritas na cláusula 19 – Atendimentos de Urgência e Emergência.

15.6 Cobertura Odontológica**15.6.1 Consultas**

a) Condicionamento em Odontologia

15.6.2 Diagnóstico

a) Consulta odontológica inicial

b) Procedimento diagnóstico anatomopatológico em peça cirúrgica, material de punção/biópsia e citologia esfoliativa da região buco-maxilo-facial

c) Teste de fluxo salivar

15.6.3 Urgência

a) Colagem de fragmentos dentários

- b)** Controle de hemorragia com ou sem aplicação de agente hemostático
- c)** Exodontia de raiz residual
- d)** Exodontia simples de decíduo
- e)** Exodontia simples de permanente
- f)** Incisão e drenagem (intra ou extra oral) de abscesso, hematoma ou flegmão da região buco-maxilo-facial
- g)** Recimentação de peça/trabalho protético
- h)** Reimplante de dente avulsionado com contenção
- i)** Restauração temporária/tratamento expectante
- j)** Sutura de ferida buco-maxilo-facial
- k)** Tratamento de abscesso periodontal
- l)** Tratamento de alveolite
- m)** Tratamento de odontalgia aguda

15.6.4 Radiologia

- a)** Radiografia interproximal (bite wing)
- b)** Radiografia oclusal
- c)** Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia)
- d)** Radiografia periapical

15.6.5 Prevenção em Saúde Bucal

- a)** Adequação do meio bucal
- b)** Aplicação de cariostático
- c)** Aplicação de selante
- d)** Aplicação tópica de flúor
- e)** Atividade educativa em Saúde Bucal
- f)** Controle de Biofilme Dental (Placa Bacteriana)
- g)** Profilaxia - Polimento Coronário
- h)** Raspagem subgingival e alisamento radicular/curetagem de bolsa periodontal
- i)** Raspagem supra gengival e polimento coronário
- j)** Remineralização Dentária
- k)** Tratamento restaurador atraumático

15.6.6 Dentística

- a)** Coroa unitária provisória com ou sem pino/provisório para preparo de RMF
- b)** Faceta direta em resina fotopolimerizável

- c) Núcleo de preenchimento
- d) Reabilitação com coroa de acetato, aço ou policarbonato
- e) Reabilitação com coroa total de cerômero unitária - inclui peça protética
- f) Reabilitação com coroa total metálica unitária - inclui peça protética
- g) Reabilitação com núcleo metálico fundido/núcleo pré-fabricado – inclui a peça protética
- h) Reabilitação com restauração metálica fundida (RMF) unitária – inclui a peça protética
- i) Restauração em amálgama
- j) Restauração em ionômero de vidro
- k) Restauração em resina fotopolimerizável

15.6.7 Periodontia

- a) Ajuste oclusal
- b) Amputação radicular com ou sem obturação retrógrada
- c) Aumento de coroa clínica
- d) Cirurgia periodontal a retalho
- e) Cunha proximal
- f) Dessensibilização Dentária
- g) Gengivectomia/gengivoplastia
- h) Imobilização dentária
- i) Odontosecção
- j) Remoção de fatores de retenção de biofilme dental (placa bacteriana)

15.6.8 Endodontia

- a) Capeamento pulpar direto - excluindo restauração final
- b) Pulpotomia
- c) Remoção de corpo estranho intra canal
- d) Remoção de núcleo intra canal
- e) Remoção de peça/trabalho protético
- f) Retratamento endodôntico em dentes permanentes
- g) Tratamento de perfuração (radicular/câmara pulpar)
- h) Tratamento endodôntico em dente com rizogênese incompleta
- i) Tratamento endodôntico em dentes decíduos
- j) Tratamento endodôntico em dentes permanentes

15.6.9 Cirurgia

- a) Alveoloplastia

- b) Apicetomia com ou sem obturação retrógrada
- c) Aprofundamento/aumento de vestibulo
- d) Biópsia de boca
- e) Biópsia de glândula salivar
- f) Biópsia de lábio
- g) Biópsia de língua
- h) Biópsia de mandíbula/maxila
- i) Bridectomia/bridotomia
- j) Cirurgia para tórus/exostose
- k) Exérese de pequenos cistos de mandíbula/maxila
- l) Exérese ou excisão de mucocele, rânula ou cálculo salivar
- m) Exodontia a retalho
- n) Frenotomia/frenectomia labial
- o) Frenotomia/frenectomia lingual
- p) Punção aspirativa com agulha fina/coleta de raspado em lesões ou sítios específicos da região buco-maxilo-facial
- q) Redução de fratura alvéolo dentária
- r) Redução de luxação da ATM
- s) Remoção de dentes retidos (inclusos, semi inclusos ou impactados)
- t) Tratamento cirúrgico de fístulas buco-nasais ou buco-sinusais
- u) Tratamento cirúrgico de tumores benignos e hiperplasias de tecidos ósseos/cartilaginosos na mandíbula/maxila
- v) Tratamento cirúrgico de tumores benignos e hiperplasias de tecidos moles da região buco-maxilo-facial
- w) Tratamento cirúrgico de tumores benignos odontogênicos s/ reconstrução
- x) Ulectomia/Ulotomia

16. Exclusões de Cobertura

Estão expressamente excluídas da Cobertura deste plano Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia mais Odontológico, as despesas relacionadas a seguir:

16.1 Exclusões de Cobertura Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

16.1.1 Tratamento médico e/ou hospitalar decorrente de casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;

- 16.1.2 Internações Hospitalares, tratamentos ambulatoriais, mesmo que decorrentes de situações de Emergência e 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;
- 16.1.3 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;
- 16.1.4 Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- 16.1.5 Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios, não ligados ao ato cirúrgico ou com finalidade estética;
- 16.1.6 Enfermagem particular, seja em hospital ou residência, assistência domiciliar de qualquer natureza, consultas domiciliares e Home Care, mesmo que as condições de saúde do Beneficiário exijam cuidados especiais ou extraordinários;
- 16.1.7 Consultas, avaliações, sessões, tratamentos e quaisquer outros procedimentos de Medicina Ortomolecular;
- 16.1.8 Tratamentos clínicos, cirúrgicos com finalidade estética;
- 16.1.9 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;
- 16.1.10 Curativos, materiais e medicamentos de qualquer natureza ministrados ou utilizados fora do atendimento ambulatorial ou regime de internação hospitalar, ou seja, em domicílio;
- 16.1.11 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;
- 16.1.12 Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;
- 16.1.13 Vacinas e autovacinas;
- 16.1.14 Inseminação artificial;
- 16.1.15 Internações clínicas ou cirúrgicas, exames e terapias não prescritos ou não solicitados pelo médico assistente;

- 16.1.16 Equipamentos e aparelhos, alugados ou adquiridos, após a alta concedida pelo médico assistente, mesmo que relacionados com o atendimento médico-hospitalar e/ou necessários a continuidade do tratamento do beneficiário;
- 16.1.17 Quaisquer despesas extraordinárias não relacionadas com o atendimento médico-hospitalar do beneficiário durante o período de Internação Hospitalar, tais como serviços telefônicos, itens do frigobar, jornais, TV, estacionamento, etc.;
- 16.1.18 Remoções realizadas por via aérea ou marítima.
- 16.1.19 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.
- 16.1.20 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;
- 16.1.21 Despesas com a internação após a alta hospitalar concedida pelo Médico assistente;
- 16.1.22 Exames Admissionais, Periódicos e Demissionais, bem como aqueles para a prática de esportes, para academias de ginástica ou aquisição ou renovação da Carteira Nacional de Habilitação - CNH;
- 16.1.23 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.

16.2 Exclusões de Coberturas Odontológicas

- 16.2.1 Procedimentos buco-maxilares que necessitem de internação hospitalar, constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e Odontológico, vigente à época do evento e suas despesas hospitalares;
- 16.2.2 As despesas com internação hospitalar oriundas da realização de procedimentos odontológicos que, não fosse por imperativo clínico, seriam executados em consultório;
- 16.2.3 Assistência domiciliar de qualquer natureza;

- 16.2.4 Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
 - 16.2.5 Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
 - 16.2.6 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;
 - 16.2.7 Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;
 - 16.2.8 Tratamento odontológico decorrente de casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
 - 16.2.9 Tratamentos odontológicos, mesmo que decorrentes de situações de Emergência e Urgência, exames, terapias e consultas odontológicas realizadas ou prescritas por profissionais de especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Odontologia - CFO ou não habilitados legalmente no Conselho Regional de Odontologia - CRO;
 - 16.2.10 Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico/odontológico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
 - 16.2.11 Exames não solicitados pelo Odontólogo assistente;
 - 16.2.12 Remoções do beneficiário;
 - 16.2.13 Todo e qualquer atendimento médico hospitalar;
 - 16.2.14 Todos os procedimentos não constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde na segmentação Odontológica, vigente à época do evento;
- 16.3 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 mais Odontológico vigente na data de realização do Evento.
17. Vigência e Condições de Renovação Automática do Contrato
- 17.1 A vigência deste plano é de 12 (doze) meses.
 - 17.2 Este plano 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.

17.3 Não haverá a cobrança de qualquer taxa no ato da renovação deste contrato.

18. Carências

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

Ficará a critério da Contratante adotar carência, para as inclusões após os prazos descritos na cláusula 12. Inclusão de Beneficiários deste contrato.

18.1 Grupos de Carência Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

a) Grupo de carência 0 : 0 (zero) hora da data de vigência do beneficiário para acidente pessoal e 24 (vinte e quatro) horas da data de vigência do beneficiário, para atendimentos de urgência e/ou emergência, incluindo os decorrentes de complicações gestacionais;

b) Grupo de carência 1: 15 (quinze) dias da data de vigência do beneficiário para consultas médicas, cirurgias ambulatoriais (porte anestésico zero), serviços auxiliares de diagnose em regime externo, exceto os serviços descritos nos itens subsequentes;

c) Grupo de carência 2: 180 (cento e oitenta) dias da data de vigência do beneficiário 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 plano de saúde, exceto os descritos para os grupos de carência subsequentes;

d) Grupo de carência 3: 300 (trezentos) dias da data de vigência do beneficiário para parto a termo; Este prazo servirá também como condição de análise para inclusão de filho natural e/ou adotivo recém-nascido do Beneficiário Titular, bem como assistência ao recém-nascido;

e) Grupo de carência 4: 180 (cento e oitenta) dias da data de vigência do beneficiário para transplantes, implantes, próteses e órteses ligadas ao ato cirúrgico e as sem finalidade estética;

f) Grupo de carência 5: 180 (cento e oitenta) dias da data de vigência do beneficiário para internações psiquiátricas, diálise peritoneal, hemodiálise e cirrose hepática, cirurgias de refração em oftalmologia, acupuntura, psicoterapia e obesidade mórbida

18.2 Grupos de Carência Odontológico

a) Grupo de carência 0: 0 (zero) hora da data de vigência do Beneficiário para urgências/emergências.

- b) Grupo de carência 1: 15 (quinze) dias da data de vigência do Beneficiário para diagnóstico, radiologia, prevenção em saúde bucal, dentística e cirurgia.
- c) Grupo de carência 2: 180 (cento e oitenta) dias da data de vigência do Beneficiário para endodontia e periodontia.
- d) Grupo de carência 3: 180 (cento e oitenta) dias da data de vigência do Beneficiário para ortodontia, prótese e implante e coberturas opcionais, se houver.

19. Doenças e Lesões Preexistentes

Doenças ou Lesões Preexistentes são aquelas que o beneficiário, ou seu representante legal, saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação do plano de saúde.

- 19.1 O proponente deverá informar à Contratada, 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.
- 19.2 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 credenciados, sem qualquer ônus.
- 19.3 Caso o proponente opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da Contratada, poderá fazê-lo, desde que assumo o ônus financeiro dessa orientação.
- 19.4 O objetivo da entrevista qualificada é orientar o proponente para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde devem ser declaradas as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação do plano de saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.
- 19.5 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 Contratada oferecerá a cobertura parcial temporária, e, reserva-se o direito de não oferecer o agravo.
- 19.6 Cobertura Parcial Temporária - CPT é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da vigência do beneficiário no plano de saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo proponente ou seu representante legal.

- 19.7** Na hipótese de Cobertura Parcial Temporária, a Contratada 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.
- 19.7.1** 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.
- 19.8** Nos casos de Cobertura Parcial Temporária, findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses contados a partir da vigência do beneficiário no plano de saúde, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme a segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia, prevista na Lei nº 9.656/1998.
- 19.9** Identificado indício de fraude por parte do Beneficiário, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da contratação do plano de saúde, a Contratada deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao Beneficiário através de Termo de Comunicação ao Beneficiário e solicitará abertura de processo administrativo junto a ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do Beneficiário à Cobertura Parcial Temporária.
- 19.9.1** Instaurado o processo administrativo na ANS, à Contratada caberá o ônus da prova.
- 19.10** A Contratada poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do Beneficiário sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão preexistente.
- 19.11** A ANS efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação.
- 19.12** Após julgamento, e acolhida à alegação da Contratada pela ANS, o Beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação da constatação da doença e lesão preexistente, pela Contratada, bem como poderá ser excluído do contrato.
- 19.13** Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de doença ou lesão preexistente, bem como a suspensão ou rescisão unilateral do contrato até a publicação, pela ANS, do encerramento do processo administrativo.
- 19.14** A Cobertura Parcial Temporária, nos casos de Doença e Lesão Preexistente, somente poderá ser aplicada se o Contratante formalizar o ingresso do beneficiário no plano de saúde após o prazo de 30 (trinta) dias da data do evento que caracterizou a sua condição de beneficiário.

20. Atendimento de Urgência e Emergência

20.1 A partir do início de vigência do plano de saúde, 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 Hospitalar com Obstetrícia mais Odontológico.

20.2 Atendimento de Urgência e Emergência Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

20.2.1 Emergência é o evento que implique em risco imediato de vida ou lesões irreparáveis para o Beneficiário, caracterizada em declaração do médico assistente.

20.2.2 Urgência é o evento resultante de Acidentes Pessoais ou complicações no processo gestacional que exija avaliação ou atendimento médico imediato.

20.2.3 Acidente Pessoal é o 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 Beneficiário.

20.2.4 Nos casos de emergência e urgência, durante o cumprimento dos períodos de carência descritos nestas condições gerais, o Beneficiário terá cobertura ambulatorial assegurada até as primeiras 12 (doze) horas de atendimento ou até que ocorra a necessidade de internação.

20.2.5 Nos casos de urgência referente ao processo gestacional, durante o cumprimento dos períodos de carência, a Beneficiária terá cobertura ambulatorial assegurada até as primeiras 12 (doze) horas de atendimento ou até que ocorra a necessidade de internação.

20.2.6 Nos casos de emergência e urgência quando houver acordo para Cobertura Parcial Temporária, o Beneficiário 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.

20.2.7 A partir da constatação da necessidade de realização de procedimentos exclusivos de internação e cobertura hospitalar para os Beneficiários 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 Beneficiário para uma unidade do SUS.

- 20.2.8** Após atendimento de urgência e emergência será garantida a remoção, quando necessário por indicação médica para outra unidade credenciada ou para o SUS, quando não há cobertura para a continuidade do tratamento.
- 20.2.9** Após atendimento de urgência e emergência será garantida a remoção do beneficiário para unidade da rede credenciada, quando caracterizada pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade do atendimento do beneficiário.
- 20.2.10** Nos casos de atendimento de urgência exclusivamente decorrente de acidente pessoal, após decorridas 24 (vinte e quatro) horas da vigência do beneficiário, é garantida a cobertura sem restrições.
- 20.2.11** Nos casos em que não for possível o atendimento de urgência e emergência, em unidade credenciada, será garantido o reembolso, de acordo com o plano e os múltiplos contratados. O valor do reembolso não será inferior ao valor praticado pela Contratada à rede credenciada para o plano do beneficiário.
- 20.2.12** Os documentos necessários para a solicitação do reembolso, estão especificados na cláusula 21, bem como os prazos de pagamento e do envio da documentação.

20.3 Atendimento de Urgência e Emergência Odontológico

- 20.3.1** Urgência em odontologia, este termo é aplicável somente ao atendimento imediato, motivado por processo doloroso ou de desconforto momentâneo, decorrente ou não de acidente.
- 20.3.2** Os atendimentos de urgência previstos neste contrato estão descritos na Cláusula de Coberturas e Procedimentos Garantidos.
- 20.3.3** Nos casos em que não for possível o atendimento de urgência em unidade credenciada, será garantido o reembolso de acordo com o plano e os múltiplos contratados. O valor do reembolso não será inferior ao valor praticado pela Operadora à rede credenciada para o plano do Beneficiário.
- 20.3.4** 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.

21. Reembolso

- 21.1** O Beneficiário Titular e seus Dependentes poderão solicitar o reembolso das despesas médicas, hospitalares e odontológicas cobertas comprovadamente pagas, as quais serão reembolsadas de acordo com o plano contratado e a Tabela SulAmérica Saúde e Tabela de Honorários Odontológico SulAmérica Saúde, quando optarem por não utilizar a rede credenciada.

- 21.1.1 O reembolso também será garantido nos casos em que não for possível o atendimento de urgência e emergência na rede credenciada, de acordo com o plano contratado.**
- 21.2** Para garantir o reembolso das despesas cobertas, o Beneficiário deverá solicitar com antecedência à realização do evento, a validação prévia da Operadora, exceto para urgência e emergência.
- 21.3** Os valores a serem reembolsados não têm qualquer vínculo com os preços negociados pelo Beneficiário diretamente com os médicos, instituições médicas, dentistas ou clínicas odontológicas não pertencentes à rede credenciada, não havendo obrigatoriedade contratual de reembolso integral.
- 21.4** Será garantido aos Beneficiários o reembolso das despesas médicas, hospitalares e odontológicas cobertas realizadas no exterior de acordo com o plano contratado e a Tabela SulAmérica Saúde e Tabela de Honorários Odontológico SulAmérica Saúde - THOSA, limitado aos custos médios praticados pelos credenciados constantes na rede credenciada do plano contratado.
- 21.4.1 O reembolso das despesas cobertas, comprovadamente pagas, realizadas no Exterior será feito em moeda corrente nacional. Para a conversão será utilizada a taxa de câmbio oficial de venda, vigente na data da quitação do atendimento realizado.**
- 21.5** O valor correspondente à coparticipação será deduzido do valor a ser reembolsado ao Beneficiário Titular.
- 21.6** O reembolso será efetuado diretamente ao Beneficiário Titular, em até 30 (trinta) dias contados a partir da data do recebimento dos documentos originais específicos para cada procedimento.
- 21.7** A Contratada manterá em seu poder os recibos e notas fiscais originais referentes às despesas ressarcidas total ou parcialmente.
- 21.8** O valor reembolsado não será, sob nenhuma hipótese, superior ao valor efetivamente pago pelo beneficiário pelas respectivas despesas.
- 21.9** É facultado ao Beneficiário Titular solicitar a revisão dos valores de reembolso em até 180 (cento e oitenta) dias de seu efetivo pagamento pela Contratada.
- 21.10** Antes do recebimento do Cartão SulAmérica Saúde e Odontológico para acesso a Rede Credenciada, será garantido ao Beneficiário, respeitadas as opções de reembolso Contratadas, o reembolso das despesas cobertas realizadas.
- 21.11** Ainda que o Beneficiário tenha, na mesma Operadora, mais de um plano, 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 plano, perdendo o Beneficiário o excesso de prêmios eventualmente pagos.

21.12 O prazo máximo para a apresentação dos pedidos de reembolso será de 1 (um) ano para os serviços realizados no Brasil e de 2 (dois) anos para os serviços realizados no Exterior, a contar da data da realização dos eventos cobertos.

21.13 Reembolso dos serviços Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

21.13.1 Diárias Hospitalares, para efeito de reembolso:

- 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;
- c) partos incluem: a permanência da parturiente e do recém-nascido em instalações adequadas e todos os cuidados necessários durante o trabalho de parto.

21.13.2 Taxas de Sala: para efeito de reembolso são consideradas taxas de sala:

- a) As taxas de sala cirúrgica, previstas na Tabela SulAmérica 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 SulAmérica Saúde para o procedimento realizado;
- d) As taxas de sala são pagas conforme a cirurgia, baseando-se no porte anestésico apresentado na Tabela SulAmérica Saúde. Porte anestésico zero significa a não participação do anestesista, caso em que a taxa de sala não é devida;
- 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.

21.13.3 Medicamentos e Materiais

O reembolso de medicamentos e materiais cirúrgicos será efetuado com base nos preços negociados na rede credenciada do plano, vigentes na data de sua utilização, de forma a garantir o que determina a CONSU 08, alterada pela CONSU 15.

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

21.13.4.1 O reembolso de honorários profissionais será efetuado com base na Tabela SulAmérica Saúde, obedecida à quantidade de auxiliares e o porte anestésico, previstos para cada procedimento.

21.13.5 Tabela SulAmérica Saúde

21.13.5.1 Os procedimentos médicos estão contemplados na Tabela SulAmérica 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 Contratada.

21.13.5.2 A Tabela SulAmérica Saúde está registrada no Cartório do 3º Oficial de Registros e Títulos e Documentos da Capital-SP, e está disponível a todos os Beneficiários no web site sulamerica.com.br/saudeonline de acordo com a segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia, disponibilizada para realizar download.

21.13.6 Para o cálculo de reembolso, serão necessários os dados descritos a seguir:

21.13.6.1 Unidade de Serviço (US): É o quantitativo definido para cada procedimento, que está descrito na Tabela SulAmérica Saúde.

21.13.6.2 Múltiplos de Reembolso - São os coeficientes a serem aplicados sobre a quantidade de US apresentadas na Tabela SulAmérica Saúde, e variam de acordo com o plano contratado. Os múltiplos de reembolso estão demonstrados na cláusula 21.13.8 Tabela de Múltiplos de Reembolso.

21.13.6.3 Unidade de Serviço de Reembolso (USR) - É o coeficiente expresso em moeda corrente nacional, definido no momento da contratação do plano de saúde.

21.13.6.4 O valor da USR está definido, respeitando o critério constante da Resolução CONSU nº 08, alterada pela CONSU nº 15, a qual, diz que o reembolso das despesas garantidas pelo plano contratado com profissionais e instituições não credenciadas, não serão inferiores aos praticados na rede credenciada.

21.13.6.5 O valor da USR será reajustado sempre que necessário, para garantir que o valor reembolsado ao Beneficiário titular não seja inferior ao valor praticado na rede credenciada.

21.13.7 O valor do reembolso será efetuado em moeda corrente nacional e calculado conforme fórmula abaixo.

$$VR = \text{Quantidade de US}^* \times \text{Múltiplo de Reembolso} \times \text{Valor da USR}^{**}$$

* Prevista na Tabela SulAmérica Saúde para o Procedimento realizado

** Vigente na data de atendimento médico e/ou hospitalar

21.13.8 Tabela de Múltiplos de Reembolso

O Contratante deverá indicar na Proposta, a opção de reembolso, conforme demonstrado na tabela abaixo.

Planos de seguro	Beneficiário não Internado		Beneficiário Internado		
	Consultas Médicas	Diagnose/Terapia e Demais Procedimento Ambulatoriais	Honorários Médicos	Diárias e Despesas Hospitalares	SADT *
Executivo	3,0	3,0	4,0	4,0	3,0
Especial	1,0	1,0	2,0	1,0	1,0
Básico	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0

(*) SADT = Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia

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

a) Cópia do cartão de identificação;

b) Recibo original em formulário próprio do prestador de serviços com CPF e endereço e/ou nota fiscal original, constando:

- Descrição do serviço realizado, quantidade com valor unitário, datas de atendimento, especialidade e CRM do médico;
- Descrição de materiais e medicamentos com valor unitário se houver; laudos de exames, se necessário.

c) Para os casos de solicitação de reembolso dos serviços de remoção, na nota fiscal deverá constar o total de quilômetros rodados, hospital de origem e destino, especificação do tipo de ambulância (UTI ou simples) e relatório do médico assistente justificando a necessidade da remoção.

21.13.9.1 Se os documentos apresentados não possibilitarem a comprovação de despesas específicas e análise técnica necessária para o reembolso das despesas médico-hospitalares realizadas, a Operadora solicitará documentos ou informações complementares, o que acarretará a recontagem do prazo estabelecido nestas condições gerais.

21.14 Reembolso dos serviços Odontológicos

21.14.1 Tabela de Honorários Odontológico SulAmérica Saúde - THOSA

Os procedimentos odontológicos estão contemplados na Tabela de Honorários Odontológicos SulAmérica Saúde - THOSA que está em conformidade com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

21.14.2 A THOSA está registrada no Cartório do 3º Oficial de Registros e Títulos e Documentos da Capital-SP, e está disponível à todos os Beneficiários no web site sulamerica.com.br/saudeonline.

21.14.3 Para o cálculo de reembolso, serão necessários os dados descritos a seguir:

21.14.3.1 Unidade de Serviço (US): É o quantitativo definido para cada procedimento, que está descrito na Tabela SulAmérica Saúde.

21.14.3.2 Múltiplos de Reembolso: São os coeficientes a serem aplicados sobre a quantidade de US apresentadas na Tabela de Honorários Odontológicos SulAmérica Saúde, e variam de acordo com o plano contratado. Os múltiplos de reembolso estão demonstrados na cláusula Tabela de Múltiplos de Reembolso.

21.14.3.3 Unidade de Serviço de Reembolso (USR) – É o coeficiente expresso em moeda corrente nacional, definido no momento da contratação do seguro.

21.14.3.4 O valor unitário de cada procedimento será reajustado considerando exclusivamente a variação dos custos odontológicos da carteira de contratos da SulAmérica Odontológico, respeitado o critério constante da Resolução CONSU nº 08, alterada pela CONSU nº 15, a qual diz que o reembolso das despesas garantidas pelo seguro contratado com profissionais e instituições não credenciadas não serão inferiores aos praticados na rede credenciada.

O valor do reembolso será efetuado em moeda corrente nacional e calculado da seguinte forma:

$$\text{VR} = \text{Quantidade de US}^* \times \text{Múltiplo de Reembolso} \times \text{Valor da USR}^{**}$$

(*) Previsto na Tabela de Honorários Odontológico SulAmérica Saúde para o procedimento realizado, de acordo com o plano contratado.

(**) Vigente na data de atendimento médico e/ou hospitalar

21.14.4 Documentos necessários para reembolso das despesas odontológicas.

Os documentos necessários são:

a) Cópia do cartão de identificação;

b) Recibo original em formulário próprio do prestador de serviços com CPF, endereço e/ou nota fiscal original, constando:

- Número de inscrição no CRO (Conselho Regional de Odontologia);
- Valor da consulta inicial e descrição de cada um dos procedimentos realizados com as respectivas datas e valores;
- Formulário próprio da Operadora denominado Prévia de Reembolso, com aprovação do orçamento, se houver;

c) Para os casos de reembolso dos exames complementares de radiografias, no recibo e/ou nota fiscal deverá constar nome de cada exame realizado com preço unitário, partes radiografadas, número de incidências e formulário próprio da Operadora com autorização do orçamento.

21.14.4.1 Se os documentos apresentados não possibilitarem a comprovação de pagamento e a análise técnica necessárias para o reembolso das despesas odontológicas realizadas, a Operadora solicitará documentos ou informações complementares, o que acarretará na recontagem do prazo estabelecido para reembolso.

22. Rede Credenciada

22.1 A Rede Credenciada consiste no conjunto de médicos, dentistas, laboratórios, clínicas, prontos socorros e hospitais opcionalmente colocados à disposição dos Beneficiários pela Contratada, para prestar atendimento médico-hospitalar e odontológico de acordo com o plano contratado.

22.2 A Contratada efetuará, por conta e ordem do Beneficiário, o pagamento aos profissionais ou instituições da Rede Credenciada pelos serviços médico-hospitalares e odontológicos cobertos realizados.

22.3 Nestas situações, o beneficiário não desembolsará para os eventos cobertos, desde que observadas as condições do contrato, inclusive os casos previstos de Validação Prévia, e o plano contratado.

22.4 As solicitações de serviços diagnósticos, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais podem ser solicitados por médico assistente ou cirurgião-dentista não pertencente a rede credenciada.

22.5 Rede Credenciada poderá ser alterada, em qualquer época, por iniciativa dos próprios credenciados ou da Contratada, respeitando os critérios estabelecidos na legislação vigente, em especial o Art. 17 da Lei n.º 9.656/98.

- 22.6** Os estabelecimentos hospitalares da Rede Credenciada são classificados por especialidade médica e disponibilizados aos Beneficiários de acordo com o plano contratado.
- 22.7** Para utilização dos serviços de profissionais ou instituições da Rede Credenciada será indispensável à apresentação do Cartão SulAmérica Saúde e Odontológico, documento de identidade e validação prévia de procedimentos quando necessária.
- 22.8** A relação da rede credenciada será disponibilizada por meio da web site www.sulamerica.com.br, ou ainda por meio de telefone, na Central de Serviços SulAmérica Saúde e Odontológico.

23. Validação Prévia de Procedimentos Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

- 23.1** Para a realização dos procedimentos abaixo relacionados, será necessária a solicitação de validação prévia, a qual será concedida pela Contratada após análise das solicitações especificadas pelo Médico Assistente.

23.1.1 Internações: clínicas, cirúrgicas, obstétricas ou psiquiátricas.

23.1.2 Remoções.

23.1.3 Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapias.

a) Serviços auxiliares de diagnose, tais como: eletrocardiografia dinâmica (Holter), eletrococleografia, eletromiografia, eletroneuromiografia, ecocardiografia, tomografia computadorizada, angiografia, arteriografia, bioimpedanciometria, "tilt tests" e seus derivados, polissonografias, endoscopias, teste de função pulmonar, ressonância magnética, estudo hemodinâmico e estudos de medicina nuclear (cintilográficos ou não);

b) Serviços auxiliares de terapia, tais como: fisioterapia, oxigenoterapia hiperbárica, quimioterapia anti-neoplásica, radioterapia, braquiterapia, litotripsia, diálise, hemodiálise, hemofiltrações, psicoterapia, psicomotricidade, fonoaudiologia, terapia ocupacional, monitorização de pressão intracraniana e acupuntura.

23.1.4 Serviços ambulatoriais, tais como: cirurgias ambulatoriais com porte anestésico maior que zero e cirurgias de refração em oftalmologia, tanto unilaterais quanto bilaterais, conforme estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS à época da realização do evento.

- 23.2** Na validação prévia de procedimentos para internação será prevista a quantidade de diárias de acordo com o tipo de tratamento. Quando necessária a permanência hospitalar por um período maior, a prorrogação da validação prévia de procedimentos deverá ser solicitada e submetida à apreciação da Contratada.

23.3 Para análise adequada da validação prévia de procedimentos, a Contratada 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 Beneficiário anteriormente.

24. Aprovação de Orçamento

24.1 Para que o Beneficiário inicie o tratamento odontológico, será necessário que o prestador referenciado solicite a aprovação do orçamento na Guia de Tratamento Odontológico, exceto para consultas iniciais e consultas de urgência.

24.1.1 **A liberação da Guia de Tratamento Odontológico aprovada ocorrerá após análise da Operadora, do orçamento fornecido pelo cirurgião-dentista, após a consulta inicial.**

24.2 A aprovação do orçamento não elimina a obrigatoriedade da apresentação de radiografias, quando necessárias para a comprovação da realização do tratamento.

25. Divergências Odontológicas

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

26. Divergências Médicas

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

27. Coparticipação

27.1 Os Beneficiários da Contratante terão coparticipação financeira na realização de consultas, exames, terapias e demais procedimentos médicos e/ou hospitalares, e odontológicos cobertos pelo Plano. O percentual será definido na proposta do plano Administrado que é parte integrante deste contrato.

27.2 Os valores referentes à coparticipação dos Beneficiários na rede credenciada serão informados à Contratante mediante envio de relatório mensal.

27.3 A coparticipação não é considerada como contribuição para os fins previstos nos artigos 30 e 31 da Lei n.º 9.656/98.

28. Pagamentos Mensais

28.1 Os pagamentos mensais incluem a totalidade das despesas assistenciais e taxas que são de responsabilidade da Contratante, que serão cobradas por meio de fatura. Caso a data e vencimento das faturas coincida com dias em que não haja expediente bancário, o pagamento deverá ser feito no primeiro dia útil subsequente.

28.1.1 Os valores decorrentes de acertos oriundos de inclusão e/ou exclusão de beneficiários, serão contabilizados no mês subsequente às movimentações.

28.1.2 Pelo atraso no pagamento de qualquer importância devida à Contratada, seja referente à taxa de administração e/ou custo operacional, a Contratante ficará sujeita aos juros de mora legais de 1% (um por cento) ao mês, calculados pro rata dia, bem como multa de 2% (dois por cento) exigível sobre o total do débito, tudo acrescido, até o efetivo pagamento da dívida, da correção monetária, quando permitida por lei, com base na variação de índice oficial.

28.1.3 O atraso no pagamento de qualquer importância devida a Contratada, implicará na suspensão automática dos serviços prestados pela Contratada.

28.1.4 O direito à prestação dos serviços pela Contratada será readquirido a partir da 0 (zero) hora do dia subsequente à regularização dos pagamentos devidos.

28.1.5 O atraso no pagamento da importância devida por período superior a 30 (trinta) dias, resultará no cancelamento automático do contrato pela Contratada.

28.1.6 O pagamento da importância mensal, não quita eventuais débitos anteriores.

28.1.7 Se a Contratante não identificar o pagamento da importância devida a Contratada de qualquer mês vencido, poderá solicitar a comprovação do pagamento devidamente validado por estabelecimento bancário.

28.2 Composição da Mensalidade

Conforme mencionado na cláusula anterior, o pagamento da mensalidade é a totalidade das despesas assistenciais, as quais estão incluídas as seguintes despesas e taxas:

- Totalidade das despesas com os serviços odontológicos, médico-hospitalares e laboratoriais da rede credenciada e reembolso;
- Taxa de reembolso;
- Taxa Administrativa;
- Taxa ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar;

- INSS;
- Cobrança do Ressarcimento ao SUS;
- Despesas judiciais (quando houver).

28.2.1 Totalidade das despesas com os serviços médico-hospitalares e odontológicos

Serão integralmente custeadas pela Contratante todas as despesas com o atendimento odontológico, médico-hospitalar e laboratorial previstas no Plano contratado.

28.2.1.1 As despesas com os serviços médicos e odontológicos serão custeadas pela Contratante com base nos preços negociados com a rede credenciada, de acordo com o plano contratado. O pagamento pela Contratante será efetuado de acordo com o Cronograma de Pagamento à Rede Credenciada. O Cronograma de Pagamento é parte integrante deste contrato de plano de saúde e odontológico e será atualizado anualmente.

28.2.1.2 A Contratada apresentará à Contratante relatório detalhado de todos os atendimentos realizados para pagamento o conforme cronograma de pagamento.

28.2.1.3 Todos os documentos comprobatórios dos atendimentos ficarão à disposição da Contratante para verificação e auditoria.

28.2.2 Despesas de Reembolso

28.2.3 A Contratada adiantará o pagamento do reembolso das despesas odontológicas, médica-hospitalares e laboratoriais despendidas pelos Beneficiários da Contratante durante cada mês e encaminhará para esta, a fatura com o valor total reembolsado, descontado devidamente corrigido pela variação do Certificado de Depósito Interbancário – CDI, do respectivo período reembolsado.

28.2.3.1 Todos os documentos comprobatórios dos reembolsos pagos ficarão sob a guarda da Contratada à disposição da Contratante para verificação e auditoria pelo período de 5 (cinco) anos.

28.2.4 Taxa ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar

Será cobrada taxa trimestral por beneficiário do Plano de Saúde e Odontológico. O valor da Taxa definida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, será aquele vigente na época do pagamento pela Contratante e deverá ser pago até o último dia útil do respectivo mês.

28.2.5 Taxa Administrativa

É a importância paga antecipadamente pela Contratante à Contratada, em moeda corrente nacional, pela gestão e operacionalização do Plano de Saúde e Odontológico, devendo seu pagamento ser realizado mensalmente até o dia 10 (dez) de cada mês. O valor para cada Beneficiário cadastrado e data de vencimento estão definidos em Proposta Comercial, que é parte integrante deste Contrato.

28.2.6 INSS

Nas despesas realizadas, haverá incidência de INSS no valor de 20% (vinte por cento) por Credenciado, quando este for pessoa física, devendo o pagamento ser realizado pela Contratante até o último dia útil de cada mês.

28.2.7 Cobrança do Ressarcimento ao SUS – Sistema Único de Saúde

A Contratante reconhece como despesas deste contrato os atendimentos e/ou eventos realizados em seus beneficiários oriundos das cobranças apresentadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, pertinentes ao Ressarcimento ao SUS (Sistema Único de Saúde), cuja obrigação legal encontra-se prevista no artigo 32, da Lei n.º 9.656/98.

28.2.7.1 A Contratante restituirá a Contratada das despesas relacionadas na cláusula anterior no mês imediatamente posterior ao pagamento/ recolhimento destas junto a ANS, desde que devidamente comprovadas.

28.3 A Contratante compromete-se a arcar com todas e quaisquer despesas decorrentes de processos judiciais relativos ao plano de saúde objeto da presente avença, obrigando-se a Contratante a ressarcir a Contratada, na íntegra, todos os custos ocorridos com demandas propostas pelos beneficiários principais e/ou dependentes.

28.3.1 A Contratante efetuará o ressarcimento de tais despesas em até 10 (dez) dias a contar da data do recebimento da solicitação, por escrito, da Contratada.

28.3.2 A Contratante envidará esforços para responder a eventuais questionamentos da Contratada, bem como para fornecer subsídios para defesa ou resposta em processos judiciais em que a Contratada for demandada.

28.4 Remuneração da Contratada e Reajustes

28.4.1 Pela coordenação e administração do Plano de Saúde e Odontológico, a Contratante pagará à Contratada a importância de R\$ _____ (_____) de taxa de administração, por Beneficiário Ativo.

28.4.1.1 Para os anos subsequentes, a remuneração será reajustada a cada 12 (doze) meses de vigência deste contrato com base na variação do INPC ou dissídio da categoria securitária acumulado no período de vigência, o que será definido em Termo Aditivo Contratual.

- 28.4.2** As despesas com os serviços odontológicos e médicos serão custeadas pela Contratante com base nos preços negociados com a rede credenciada, de acordo com o plano contratado. Os preços na rede credenciada poderão ser reajustados anualmente.
- 28.4.3** Toda e qualquer alteração dar-se-á mediante consulta prévia e mútuo entendimento entre as partes, e será formalizado através de Termo Aditivo Contratual.
- 28.4.4** A Contratante ficará isenta do pagamento à Contratada da Taxa de Implantação no ato da implantação do Plano de Saúde e Odontológico.

29. Extensão de Cobertura Assistencial para demitidos e/ou aposentados

- 29.1** Será de inteira responsabilidade do Contratante oferecer a Extensão de Cobertura Assistencial ao exonerado, aposentado ou demitido sem justa causa, que tenha contribuído com o plano de saúde e odontológico nos termos previstos no art. 30 e 31 da Lei nº 9.656/98.
- 29.1.1** Não serão consideradas como contribuição as Franquias e Coparticipações do Beneficiário.
- 29.2** Por rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa.
- 29.2.1** Ao Beneficiário Titular que contribuiu para o plano de saúde e odontológico, em decorrência do vínculo empregatício, é garantido o direito de manter a sua condição de Beneficiário deste plano nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava na vigência do contrato de trabalho, desde que continue pagando integralmente a mensalidade e faça sua opção em até 30 (trinta) dias após o seu desligamento, em resposta à comunicação da empresa empregadora, formalizada no ato da rescisão contratual.
- 29.2.2** O período de manutenção desta condição será de um terço do tempo de permanência no plano como Empregado, com um mínimo assegurado de 6 (seis) meses e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses.
- 29.2.3** Esta condição é extensiva a todo o Grupo Familiar inscrito na data da opção pela extensão da cobertura assistencial.
- 29.2.4** Em caso de morte do Beneficiário Titular, é garantido aos Beneficiários Dependentes o direito de manter a sua condição de beneficiário do plano de saúde e odontológico, pelo período remanescente da extensão da cobertura, desde que continuem pagando integralmente a mensalidade.
- 29.2.5** O direito assegurado neste item não exclui vantagens obtidas pelos Empregados, decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

29.2.6 A condição prevista neste item deixará de existir quando da admissão do Beneficiário Titular em novo emprego, pelo cancelamento do plano de saúde pelo Contratante ou inadimplência superior a 30 (trinta) dias.

29.3 Por Aposentadoria

29.3.1 Ao Aposentado que contribuiu para o pagamento do plano de saúde e odontológico em decorrência do vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de 10 (dez) anos, é garantido o direito de manter a sua condição de Beneficiário deste plano de saúde, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava na vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral das mensalidades.

29.3.2 Ao Aposentado que contribuiu para o pagamento do plano de saúde e odontológico, por período inferior a 10 (dez) anos, é garantido o direito de manter a sua condição de Beneficiário do plano, à razão de 1 (um) ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral da mensalidade.

29.3.3 Esta condição é extensiva a todo o Grupo Familiar inscrito na data da opção pela extensão da cobertura assistencial.

29.3.4 Em caso de morte do Beneficiário Titular, é garantido, aos Beneficiários Dependentes o direito de manter a sua condição de beneficiário do plano de saúde e odontológico, pelo período remanescente da extensão da cobertura, desde que continuem pagando integralmente as mensalidades.

29.3.5 O direito assegurado neste item não exclui vantagens obtidas pelos empregados, decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

29.3.6 A condição prevista neste item deixará de existir quando da admissão do Beneficiário Titular em novo emprego ou pelo cancelamento do plano de saúde e odontológico pelo Contratante ou inadimplência superior a 30 (trinta) dias.

29.3.7 A cobrança direta da mensalidade ao aposentado, exonerado e/ou demitido, quando da extensão do benefício em razão dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98, poderá ser realizada pela Contratada, desde que por conta e ordem do Contratante, quando indicado na proposta de plano de saúde e odontológico.

29.3.8 Mesmo que haja acordo entre Contratada e Contratante para que a cobrança deste benefício seja direta, por conta e ordem do Contratante, os Beneficiários continuarão vinculados ao plano coletivo para todos os fins, dentre os quais, a apuração do sinistro.

29.4 O Contratante deverá comunicar por escrito à Contratada, em até 30 (trinta) dias após o desligamento, a opção do Beneficiário pela Extensão de Cobertura Assistencial, apresentando os seguintes documentos:

- a) Carta modelo padrão definida pela Contratada, devidamente assinada pelo Contratante e ex-funcionário demitido;
- b) Se demitido cópia da Rescisão Contratual;
- c) Se aposentado, cópia da Rescisão Contratual e Concessão de Aposentadoria.

29.5 Quando houver cancelamento do benefício, o Beneficiário poderá optar por um plano individual, no prazo de 30 (trinta) dias, com aproveitamento dos períodos de carência, desde que a Contratada sob o registro nº 41642-8, esteja comercializando produto individual.

30. Exclusão do Beneficiário

30.1 O beneficiário titular será excluído do plano de saúde e odontológico nos seguintes casos:

- a) Término do vínculo com o Contratante, resguardado, quando for o caso de término de vínculo empregatício, o direito de extensão de cobertura assistencial previsto na legislação vigente. É de responsabilidade do Contratante informar à Contratada sobre a extinção do vínculo do beneficiário titular;
- b) Infrações ou fraudes comprovadas com o objetivo de obter vantagens ilícitas do plano de saúde ou da Contratada, praticadas por qualquer dos beneficiários.

30.2 O beneficiário dependente será excluído do plano de saúde e odontológico nos casos de:

- a) Perda da condição de dependência definida nas condições gerais deste plano de saúde e odontológico;
- b) Exclusão do beneficiário titular.

30.3 Caberá tão somente ao Contratante solicitar a suspensão ou exclusão do Beneficiário.

30.4 Somente ocorrerá exclusão ou suspensão da assistência à saúde dos Beneficiários, sem a anuência do Contratante, nas seguintes hipóteses:

- a) fraude
- b) por perda dos vínculos do titular com a Contratante ou de dependência conforme o disposto no contrato, ressalvados os dispostos nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98.

30.5 Formas de Exclusão

30.5.1 Movimentação Eletrônica de Cadastro

A empresa ou corretor efetuará o registro da exclusão no sistema da Contratada "MECSAS" e através das informações fornecidas serão definidas de forma automática o fim de vigência, sem a necessidade de envio de formulários e documentos no momento da exclusão.

30.5.2 Movimentação Manual de Cadastro

A Empresa deverá entregar à Contratada, na ocasião da exclusão do Beneficiário, o formulário fornecido pela Contratada, denominado Cadastro de Beneficiários, devidamente preenchido e assinado pelo representante legal da Contratante, sob carimbo da empresa. O fim de vigência será o último dia que antecede o novo mês de vigência, com base no protocolo de entrega na Contratada.

31. Cancelamento do Plano de Saúde e Odontológico**31.1 Cancelamento imotivado do plano por iniciativa da Contratada e/ou Contratante**

a) O cancelamento imotivado do plano de saúde e odontológico por iniciativa da Contratada e/ou do Contratante, sem direito a devolução das mensalidades pagas, somente poderá ocorrer após a vigência do período de 12 (doze) meses e mediante comunicação por escrito por qualquer das partes, com mínimo de 60 (sessenta dias) de antecedência.

31.2 Cancelamento do Plano de Saúde e Odontológico por iniciativa da Contratada

31.2.1 O plano de saúde estará sujeito ao cancelamento a qualquer momento por iniciativa da Contratada, sem direito a devolução das mensalidades pagas, nas seguintes situações:

a) Quando a natureza dos riscos do Grupo Beneficiário sofrer alteração, tornando inviável a sua manutenção pela Contratada, que comunicará ao Contratante por escrito com no mínimo 60 (sessenta) dias de antecedência;

b) Quando o Grupo Beneficiário reduzir-se a número inferior definido no produto;

c) Inadimplência superior a 30 (trinta) dias;

d) Quando o Contratante, Proponente ou seu responsável legal não fizer declarações verdadeiras e completas na Proposta de Plano de Saúde e Odontológico ou no Cartão Proposta/Declaração de Saúde, omitindo circunstâncias que possam influir na aceitação do plano de saúde e odontológico ou no valor da mensalidade, conforme estabelecido no Código Civil Brasileiro.

e) Quando for identificado pela Contratada infrações ou fraudes de qualquer natureza, com o objetivo de obter vantagens ilícitas.

32. Disposições Gerais

- 32.1** Fazem parte destas Condições Gerais, os formulários denominados Cartão Proposta, Cadastro de Beneficiário, Carta de Orientação ao Beneficiário e Declaração de Saúde, Cartões SulAmérica Saúde, Proposta de Plano de Saúde e Odontológico, Manual de Orientação para Contratação do Plano – MPS e o Guia de Leitura Contratual.
- 32.2** Será de responsabilidade do Contratante, além de outras já estabelecidas nestas Condições Gerais a entrega do Manual de Orientação para Contratação – 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 Beneficiário Titular o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde – MPS, previamente à sua inclusão no plano de saúde e odontológico;
 - b)** entregar, junto com o Cartão de Identificação do Beneficiário Titular o Guia de Leitura Contratual – GLC;
 - c)** disponibilizar sempre que solicitado pelo Beneficiário titular cópia das Condições Gerais, contemplando, no mínimo, os temas referenciados no GLC.
- 32.3** O MPS e o GLC são instrumentos destinados a informar ao Beneficiário os principais aspectos a serem observados no momento da contratação de planos de saúde e odontológico e a facilitar a compreensão do conteúdo do contrato, por meio da indicação das referências aos seus tópicos mais relevantes.
- 32.4** A Contratada disponibiliza o MPS e o GLC por meio do web site www.sulamerica.com.br, com o objetivo de facilitar o acesso pelo Contratante e Beneficiário, e devem ser seguidos em sua íntegra, conforme determina a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.
- 32.5** O Contratante será responsável pelo recolhimento e destruição dos Cartões SulAmérica Saúde e Odontológico nos casos de desligamento dos Beneficiários ou após o cancelamento do plano de saúde e odontológico.
- 32.6** O Contratante será responsável pelo pagamento de todas as despesas médico-hospitalares e odontológicas efetuadas indevidamente após o desligamento do Beneficiário ou cancelamento do plano de saúde e odontológico.
- 32.7** O Contratante deverá disponibilizar a Contratada sempre que solicitado, toda e qualquer documentação necessária que comprovem a relação de vínculo empregatício entre empregado e empregador, a relação de dependência financeira entre empregado e dependente e outras relações de trabalho definidas no momento da contratação do plano de saúde e odontológico, para preservar a integridade do contrato e validação do grupo beneficiável definido no momento da contratação.

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

32.7.2 O Contratante será o responsável pelo pagamento do valor integral de todos os sinistros por atendimento em rede credenciada, reembolsos e validações prévias ocorridas durante o período de vigência deste Beneficiário, acrescidas de despesas administrativas e financeiras.

32.7.3 A Contratada providenciará, imediatamente à constatação de divergências, a exclusão do Beneficiário que será para o último dia que antecede o dia da vigência do Contratante.

33. MECASAS: Movimentação Eletrônica de Cadastro

É uma ferramenta eletrônica disponibilizada pela Contratada que possibilita a Empresa ou Corretora realizar movimentações cadastrais bem como inclusões e exclusões dos funcionários inscritos no plano de saúde.

33.1 A Contratante poderá optar pela utilização da ferramenta e deverá assinalar na proposta.

33.1.1 A opção assinalada pelo Contratante na proposta de plano de saúde indica o aceite do Termo de Aceitação e Responsabilidade MECASAS conforme descrito a seguir.

33.2 Termo de Aceitação e Responsabilidade MECASAS

33.2.1 A Contratante identificada na proposta de plano de saúde, ou a Corretora por ela designada, que receberá a denominação de Corretora Nomeada, declara-se ciente que o aplicativo fornecido pela Contratada - Sul América Serviços de Saúde S.A., sem ônus de custo de implantação, com denominação de Meio Eletrônico de Cadastro SulAmérica, deverá ser utilizado de forma exclusiva e concorda em não ceder o aplicativo para uso de terceiros, nem mesmo para cópias, e a não permitir violações nos programas e códigos, excetuadas as alterações feitas pela Contratada.

33.2.2 O MECASAS do sistema de movimentação habilita a Contratante ou a Corretora Nomeada a realizar, após cadastrar seu login e senha, procedendo de acordo com as regras estabelecidas nas condições gerais da apólice em vigor e os prazos, informações e restrições constantes da Ajuda/Help do próprio aplicativo, as movimentações disponíveis no cadastro de beneficiários e através do Tráfego de Arquivos.

- a) Inclusões;
- b) Exclusões;
- c) Alteração de Sexo;
- d) Alteração de Nome;

- e) Alteração de Data de Nascimento;
- f) Transferência para Condição de Remido;
- g) Alteração de Dados Cadastrais;
- h) Alteração de Dados Bancários;
- i) Alteração de Plano;
- j) Transferência para Condição de Demitido e/ou Aposentado;
- k) Transferência de Empresas;
- l) Reabertura de Matrícula.

33.2.3 As movimentações não enquadradas nas regras para a Movimentação por Meio Eletrônico devem ser encaminhadas à Contratada através de formulários próprios preenchidos, assinados, carimbados e acompanhados da documentação de apoio.

33.2.4 A Contratada fornecerá o suporte necessário ao perfeito funcionamento do sistema de informação, informará eventuais alterações na base de dados e o resultado do processamento encaminhado. Além disso, a Contratada gerenciará periodicamente todas as movimentações realizadas com o intuito de resguardar o equilíbrio econômico–financeiro do contrato.

33.2.5 Após o preenchimento dos dados dos beneficiários (titulares e/ou dependentes) é de única e total responsabilidade da Contratante, ou a Corretora Nomeada, enviar os dados à Contratada para que as movimentações sejam processadas, bem como acompanhar e realizar as conferências dos movimentos processados, por meio da funcionalidade "Receber Movimentos", que disponibiliza o resultado dos arquivos de movimentos que foram remetidos para processamento pela Contratante. A conferência dos movimentos processados deve ser realizada diariamente pela Contratante e, em sendo identificadas quaisquer inconsistências e/ou divergências, deve manifestar-se, no máximo, até o último dia do mês do envio, sob pena de não fazer jus a ressarcimentos eventualmente devidos em relação à operação não processada.

33.2.6 A Contratada disponibilizará o serviço de atendimento HELPSAS, que através do número 3003-6596 (Capitais e regiões Metropolitanas) e 0800-721-6596 (demais regiões) dará o suporte e informações necessárias para a correta utilização do aplicativo do sistema.

33.2.7 O Contratante ou a Corretora Nomeada deverá manter em seu poder, pelo prazo mínimo de 5 (cinco) anos, a documentação oficial que comprove a elegibilidade dos beneficiários cadastrados, a saber: sócios, empregados e seus respectivos dependentes, e, também, os comprovantes da perda de direito ao plano de saúde e da opção pelo mesmo, devendo, ainda, e fornecer à Contratada quando solicitado, no prazo de 5 (cinco) dias, sob pena de bloqueio do aplicativo e da cobertura ao Grupo de Beneficiários.

- 33.2.7.1** Os documentos acima poderão ser solicitados pela Contratada seja para auditoria, simples verificação ou para apoio nas defesas em eventuais ações judiciais ou reclamações administrativas junto aos órgãos de fiscalização da Contratada.
- 33.2.8** A ANS (Agencia Nacional de Saúde Suplementar), por meio da Resolução Normativa 195 de 14 de julho de 2009, Resolução Normativa nº 200 de 13 de agosto de 2009 e Resolução Normativa 204 de 02 de outubro de 2009, determina que a partir de 03/11/2009, os beneficiários elegíveis previstos contratualmente devem estar de acordo com o que determina os art. 5º e 9º da RN 195. Não sendo, portanto, permitido a inclusão de beneficiários que não preencham os requisitos de elegibilidade previstos na referida norma e nas Condições Gerais, tais como, Prestadores de Serviços. A identificação posterior de eventuais beneficiários, incluídos por meio deste aplicativo, não elegíveis nos termos da referida norma e do contrato, serão automaticamente excluídos e a utilização da ferramenta será temporariamente bloqueada, sem prejuízo de eventuais ressarcimentos por sanções judiciais ou administrativas em razão de tais condutas.
A ferramenta só poderá ser novamente utilizada após a devida regularização do processo.
- 33.2.9** A Contratante ou a Corretora Nomeada escolherá seu login e senha para uso do aplicativo, e se responsabilizarão: pela confidencialidade de sua senha, por toda e qualquer movimentação cadastral realizada e inclusive pelo ressarcimento de eventuais custos decorrentes de despesas por uso indevido.
- 33.2.10** Considera-se uso indevido do sistema toda e qualquer movimentação que não estiver de acordo com as Condições Gerais, com as condições do presente termo e com as restrições constantes na Ajuda/Help do aplicativo, cabendo nestes casos o bloqueio do SISTEMA por parte da Contratada e/ou o cancelamento da operação efetuada.
- 33.2.11** Contratada oferece duas opções para o processamento das movimentações através do sistema. Cabe a Contratante, no item 18 deste Termo, definir qual a opção adequada para a sua Empresa.
- 33.2.12** Movimentação agrupada: A ferramenta será instalada em uma única Empresa do Grupo, a qual é responsável por processar as movimentações das suas subcontratantes/filiais, em função de possuírem um único departamento de Recursos Humanos, ou;
- 33.2.13** Movimentação desagrupada: Cada Empresa do Grupo terá a ferramenta instalada em sua unidade, por serem individualmente responsáveis por suas movimentações e possuírem cada qual o seu departamento de Recursos Humanos.

33.2.13.1 Para qualquer das movimentações, a Contratada, oferece ainda a opção de multiusuário, por meio da qual cada Empresa usuária poderá enviar, eletronicamente, as suas movimentações, desde que haja a permissão do administrador do servidor.

33.2.14 A Contratante ou a Corretora Nomeada compromete-se ainda:

- a)** A comunicar a Contratada, imediata e formalmente, toda e qualquer ocorrência relacionada com uso indevido do MECSAS;
- b)** A manter confidencialidade sobre a existência do MECSAS e resultados obtidos;
- c)** A comunicar a Contratada quando houver troca de Corretor e, devido a esta troca, caso este seja o usuário do aplicativo, enviar um novo termo assinado pela Contratante e a nova Corretora.
- d)** A cobrança da mensalidade referente ao mês de inclusão é integral independentemente da data de inclusão do beneficiário no plano de saúde.
- e)** A Contratante ou a Corretora Nomeada está sendo licenciada por parte da Contratada para o uso do aplicativo MECSAS.
- f)** Caso a Corretora seja nomeada para operar o MECSAS, esta transferência não exime a Contratante de fornecer e responsabilizar-se pelas informações cadastradas.

33.2.15 A Contratante e a Corretora Nomeada declaram terem lido e que estão de acordo com as cláusulas e condições acima e comprometem-se com seu cumprimento.

33.2.16 A utilização do MECSAS será de responsabilidade da Contratante e/ou da Corretora.

33.2.16.1 No momento da contratação a Contratante deverá assinalar uma das opções, na proposta.

33.2.16.2 Nos casos em que houver alteração de responsabilidade de utilização da ferramenta, durante a vigência do plano de saúde, a Contratada formalizará por meio de aditivo contratual

33.2.17 As movimentações poderão ser processadas no MECSAS de duas formas, sendo Agrupada ou Desagrupada. O Contratante deverá optar no momento da contratação e indicar na proposta.

34. Glossário

34.1 Abrangência Geográfica

Região estabelecida pela Contratada para atendimento médico-hospitalar ao Beneficiário.

34.2 Acidente Pessoal

Em saúde evento com data e ocorrência caracterizadas, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só e independente-mente de qualquer outra causa, torne necessária a internação hospitalar ou o atendimento em regime ambulatorial do Beneficiário.

Em odontologia evento com data e ocorrência caracterizadas, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão bucal que, por si só e independentemente de qualquer outra causa, torne necessário o tratamento odontológico.

34.3 Assistência Domiciliar / Home Care

Assistência ao Beneficiário, realizada por profissionais da área de saúde, em ambiente doméstico, não hospitalar.

34.4 Atendimento Ambulatorial

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

34.5 Autorização Prévia Orçamento

Registro formal na Contratada do pedido do cirurgião-dentista para realização de determinados procedimentos odontológicos.

34.6 Carência

Período durante o qual, mesmo ocorrendo o pagamento da mensalidade pelo Contratante, o Beneficiário não tem direito a determinadas coberturas.

34.7 Cartão Proposta

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

34.8 Cartão SulAmérica Saúde e Odontológico

Cartão individual e personalizado, que servirá para identificar o Beneficiário junto à Contratada e Rede Credenciada.

34.9 Categoria Funcional

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

34.10 Cobertura Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia mais Odontológico

Garantia ao Beneficiário da cobertura dos itens constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, na Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia. mais Odontológico.

34.11 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.

34.12 Coparticipação

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

34.13 Dependentes Beneficiáveis

Grupo familiar; exclusivamente o cônjuge ou companheiro (a), os filhos solteiros ou adotivos do Beneficiário Titular, menores de 24 (vinte e quatro) anos ou inválidos. Equiparam-se a filhos, o enteado e o menor que esteja sob a guarda ou tutela do Beneficiário Titular por determinação judicial.

34.14 Doenças e Lesões Preexistentes

Aquelas, inclusive as congênitas, que o Proponente ou seu responsável legal saiba ser portador ou sofredor na época da contratação do plano de saúde.

34.15 Emergência

Evento que implique em risco imediato de vida ou lesão irreparável para o Beneficiário.

34.16 Entrevista Qualificada

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

34.17 Contratante

Pessoa jurídica, legalmente constituída, que contrata o plano de saúde com a Contratada, responsável pelo pagamento da mensalidade, investida dos poderes de representação dos Beneficiários perante a Contratada.

34.18 Grupo de Beneficiários

Conjunto de pessoas efetivamente incluído no plano de saúde SulAmérica Saúde.

34.19 Grupo Beneficiável

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

34.20 Hospital-Dia

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

34.21 Internação Hospitalar

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

34.21.1 Internação Clínica: motivada por uma causa não cirúrgica;

34.21.2 Internação Cirúrgica: motivada por cirurgia ou que no decurso da internação clínica tenha sido necessária a realização de procedimento cirúrgico.

34.22 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.

34.23 Médico Assistente

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

34.24 Planos

Conjunto composto pela abrangência geográfica, padrão de acomodação hospitalar, múltiplos de reembolso, rede credenciada e prêmio mensal.

34.25 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.

34.26 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 plano de saúde. Quando o Proponente for menor de idade, assim legalmente reconhecido, deverá ser representado por responsável legal.

34.27 Proposta

Parte integrante das Condições Gerais do Plano de Saúde e Odontológico Administrado é o documento preenchido com informações que qualificam o Contratante e através do qual expressa a sua intenção de contratação do plano de saúde odontológico.

34.28 Rede Credenciada

Conjunto de profissionais e instituições, opcionalmente colocado à disposição do Beneficiário para prestar atendimento médico-hospitalar e odontológico.

34.29 Reembolso

Ressarcimento ao Beneficiário Titular das despesas médico-hospitalares e odontológicas cobertas pelo plano, efetuadas e comprovadamente pagas por ele ou por seus dependentes, com profissionais ou instituições que não façam parte da Rede Credenciada. O ressarcimento será de acordo com a Tabela SulAmérica Saúde e Odontológico do plano contratado.

34.30 Beneficiário

Pessoa física a favor da qual o Contratante contrata com a Contratada o Plano de Saúde e Odontológico, sendo:

a) Beneficiário Titular

Pessoa com vínculo concreto empregatício, bem como o sócio, o administrador/diretor, o estagiário e o aprendiz, devidamente incluída no plano de saúde, responsável pelas informações prestadas no Cartão Proposta;

b) Beneficiário Dependente

Dependente Beneficiável efetivamente incluído no plano de saúde e odontológico.

34.31 Contratada

SulAmérica Serviços de Saúde S.A, pessoa jurídica de direito privado, legalmente autorizada a operar Planos de Saúde, registrada sob o n.º 41642-8 na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, classificada como Medicina de Grupo, inscrita no CNPJ n.º 02.866.602/0001-51, situada à Rua Pedro Avancine n.º 73 (parte), Morumbi São Paulo, SP, CEP 05679-170.

34.32 Sinistro

Toda despesa médico e/ou hospitalar e odontológica efetuada pelo Beneficiário e coberta pelo plano de saúde e odontológico.

34.33 Subcontratante

Pessoa jurídica que, direta ou indiretamente, controle o Contratante, ou que, direta ou indiretamente, seja controlada pelo Contratante, ou ainda, esteja sob o controle, direto ou indireto, da(s) mesma(s) pessoa(s) física(s) ou jurídica(s) que controle(m) o Contratante.

34.34 Validação Prévia de Procedimentos

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

35. Disposições Finais

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

35.1 Qualquer alteração nas cláusulas deste contrato, serão tratadas por meio de Termo Aditivo Contratual.

36. Foro

Fica eleito o Foro da Comarca de domicílio do Contratante para dirimir qualquer dúvida advinda do presente contrato de plano de saúde e odontológico.

Local/Data: _____, _____ de _____ de _____.

Contratante
Nome e Assinatura do Representante Legal
(Sob Carimbo/CNPJ da Empresa / Procuração Registrada em Cartório
com poderes específicos para contratar)

Contratada
Sul América Serviços de Saúde S.A