

ÍNDICE

Da Natureza e Objeto do Contrato	03
Nome Comercial e Número de Registro do Plano na ANS	04
Das Definições	04
Das Características e Segmentação	08
Da Cobertura para Saúde Mental	14
Das Exclusões	15
Das Carências	18
Das Doenças ou Lesões Preexistentes, Agravado e Cobertura Parcial Temporária	19
Da Utilização de Consultas Médicas	22
Dos Atendimentos de Urgência e Emergência	23
Dos Exames Complementares de Diagnóstico	25
Das Internações Hospitalares	29
Do Programa Especial de Acompanhamento Clínico	30
Dos Critérios e Prazos para Admissão ao Plano	31
Do Critério de Custeio	33
Dos Critérios de Atualização, Revisão e Alteração de Valores	33
Da Forma de Pagamento	34
Do Reembolso	35
Das Reclamações	36
Dos Serviços Médicos Credenciados	37
Da Vigência e Renovação do Contrato	38
Da Perda da Qualidade de Beneficiário	40
Da Rescisão	40
Da Documentação e das Disposições Gerais	40
Do Foro	42

Contrato de Prestação de Serviços de Cobertura de Custos de Assistência Médica Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia, pelo regime de contratação individual, que entre si fazem, de um lado, **MEDPLAN ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA**, doravante denominada **MEDPLAN**, empresa de Medicina de Grupo, com segmentação terciária, estabelecida à Rua Coelho Rodrigues, nº 1921, Centro, CEP 64.000-080, Teresina/PI, CNPJ: 01.892.976/0001-89, Certificado de Registro junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS nº 33.7510, e de outro, o **PROPONENTE**, devidamente qualificado na Proposta de Adesão, que anexa ao presente Contrato, faz parte integrante para todos os fins de direito, doravante denominado **CONTRATANTE**, regendo-se pelas seguintes Cláusulas e Condições:

Cláusula 1ª – DA NATUREZA E OBJETO DO CONTRATO

O presente contrato tem por objeto a prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais na forma de plano privado de assistência à saúde prevista no inciso I, do artigo 1º da Lei nº 9.656/98, visando a assistência médico-hospitalar com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial da Saúde, e do Rol de Procedimentos e Eventos em saúde editado pela ANS, vigente à época do evento, prestados nos consultórios próprios ou credenciados, em hospitais e ambulatorios, dentro da rede própria ou contratada pelo **MEDPLAN**, aos beneficiários deste contrato, quando os mesmos forem atingidos por eventos mórbidos, nos limites e condições definidos no presente contrato.

Trata-se de um contrato de adesão, revestido de característica bilateral, gerando direitos e obrigações para ambas as partes, na forma do disposto nos artigos 458 a 461 do Código Civil Brasileiro, estando sujeito também às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

Cláusula 2ª– NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

O plano de assistência médica ambulatorial e hospitalar com obstetrícia regido por este contrato está registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS com o nome de **Global Master** e registro nº **426.193/99-3**.

Cláusula 3ª – DAS DEFINIÇÕES

Para fins deste contrato, considera-se:

I. Acidente Pessoal: é o evento com data caracterizada, exclusiva e diretamente externa, súbita, involuntária e violenta, causador de lesão física que, por si só, e independentemente de toda e qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico, conforme definição da Lei 9.656/98 e resoluções complementares.

II. Agravo: é o acréscimo no valor da contraprestação pecuniária do plano de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carência contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário;

III. Agente de Vendas: é o intermediário, pessoa física ou jurídica, legalmente autorizado a angariar e a promover contratos de plano de saúde.

IV. Atendimento Eletivo: termo usado para designar os atendimentos médicos que podem ser programados. Ou seja, cuja data da realização pode ser previamente determinada, não implicando em riscos à saúde do beneficiário.

V. Beneficiário Dependente: serão considerados Beneficiários Dependentes aqueles regularmente inscritos conforme a Lei nº 9.656/98 (ou conforme a consideração da Operadora).

VI. Beneficiário Titular: qualquer consumidor que adquira um plano de assistência à saúde para si e, opcionalmente, para seus dependentes.

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

VIII. Cobertura Parcial Temporária (CPT): é a suspensão, por um período ininterrupto de até 24 meses, da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal por ocasião da contratação ou adesão ao plano de saúde, conforme definição da Lei 9.656/98 e resoluções complementares.

IX. Contratação Individual ou Familiar: entende-se como planos de assistência à saúde de contratação individual aqueles oferecidos no mercado para a livre adesão de consumidores, pessoas físicas, com ou sem seu grupo familiar. Caracteriza-se o plano como familiar quando facultada ao contratante, a inclusão de seus dependentes ou grupo familiar.

X. Contraprestação Pecuniária: é considerado cada um dos pagamentos periódicos efetuados pelo beneficiário para custeio do plano de assistência à saúde. Não são consideradas contraprestações pecuniárias os valores referentes aos contratos operacionalizados na modalidade de pós-pagamento.

XI. Doença: é o processo mórbido definido, tendo um conjunto característico de sinais e sintomas, que leva o indivíduo a necessitar de tratamento médico.

XII. Doenças e Lesões Preexistentes: aquelas que o consumidor ou seu responsável saiba ser portador ou sofredor, à época da contratação ou adesão ao plano, conforme definição da Lei 9.656/98 e resoluções complementares.

XIII. Emergência: entende-se por emergência tudo que implicar risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis ao paciente, caracterizado em declaração do médico assistente, conforme definição da Lei 9.656/98 e resoluções complementares.

XIV. Emergência Psiquiátrica: considera-se emergência psiquiátrica as situações que impliquem em risco de vida ou danos físicos para o próprio (ou para terceiros),

incluídas as ameaças e tentativas de danos morais e patrimoniais importantes.

XV. Evento: é o conjunto de ocorrências e/ou serviços de assistência médico-hospitalar que tenham como origem ou causa o mesmo dano involuntário à saúde do beneficiário em decorrência de acidente pessoal ou doença.

XVI. Internação de casos psiquiátricos de dependência química: considera-se internação hospitalar de casos psiquiátricos em unidade clínica os quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização.

XVII. Internação Psiquiátrica Hospitalar ou em unidade clínica: considera-se internação psiquiátrica hospitalar ou em unidade clínica todos os transtornos psiquiátricos codificados pela CID-10 em situação de crise (caracterizada como: risco de vida ou danos físicos, risco de danos morais importantes ou risco de incapacitação).

XVIII. Limite Financeiro: é o limite monetário máximo das coberturas contratadas, nos casos de reembolso.

XIX. Plano Referência: plano com cobertura assistencial médico-hospitalar, compreendendo partos e tratamentos realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermagem, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar; cobertura para as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas na legislação vigente.

XX. Procedimento Eletivo: trata-se de procedimento médico cuja data de realização pode ser programada, não implicando em riscos à saúde do beneficiário.

XXI. Proposta de Adesão: é o documento mediante o qual o proponente expressa a intenção de contratar plano de assistência à saúde, manifestando pleno conhecimento de suas obrigações e direitos estabelecidos nas Condições Gerais específicas do produto, que esteja adquirindo.

XXII. Psicoterapia Breve de Crise: considera-se Psicoterapia Breve de Crise como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área de saúde mental, com duração máxima de 12 (doze) semanas, limitadas a 12 (doze) sessões por ano de contrato.

XXIII. Reajuste Financeiro: atualização do valor das contraprestações pecuniárias em função da variação dos custos médico-hospitalares.

XXIV. Reajuste Técnico: reavaliação do valor das contraprestações pecuniárias decorrentes de alteração do risco devido à mudança de faixa etária, migração e adaptação de contrato do **BENEFICIÁRIO** à Lei 9.656/98.

XXV. Reembolso: montante pago ao próprio **BENEFICIÁRIO** referente às despesas pagas por ele, quando realizadas fora da rede credenciada, com o tratamento médico garantido no contrato, até os limites financeiros pré-fixados no contrato.

XXVI. Segmentação: cada um dos tipos de planos, conforme definição da Lei 9.656/98 e resoluções complementares. Ex: ambulatorial, hospitalar, ambulatorial com obstetrícia.

XXVII. Transferência de Planos: procedimento operacional de transferência de um beneficiário entre operadoras distintas ou planos de assistência à saúde de uma mesma operadora.

XXVIII. Urgência: entende-se por urgência os resultados de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional, conforme definição da Lei 9.656/98 e resoluções complementares.

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

CLÁUSULA 4ª - DAS CARACTERÍSTICAS E SEGMENTAÇÃO

PLANO GLOBAL MASTER	Registro ANS nº 426.193/99-3
Acomodação	Apartamento
Segmentação	Ambulatorial e Hosp. Com Obstetria
Área de Abrangência do Plano	Grupo de Municípios (Teresina-PI, Paranaíba-PI, Picos-PI e Floriano-PI)
Formação de Preço	Pré Pagamento
Serviços e coberturas adicionais	Não tem

O **MEDPLAN** assegura ao **BENEFICIÁRIO** a cobertura de custos para despesas com procedimentos de assistência médica ambulatorial e hospitalar com obstetria, constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, nos consultórios próprios ou credenciados, em hospitais e ambulatórios, dentro da rede, por ela mantida ou contratada, e de acordo com as coberturas a seguir :

4.1. Cobertura de consultas médicas em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM;

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

4.3. Cobertura de consulta e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional, conforme indicação do médico assistente, e obedecendo aos quantitativos legais estabelecidos no **Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS** vigente à época do evento.

4.4. Cobertura de psicoterapia, de acordo com o número de sessões estabelecido no **Rol de Procedimento e Eventos em Saúde da ANS** vigente à época do evento, que poderão ser realizadas tanto por psicólogo como

por médico devidamente habilitado, conforme indicação do médico assistente;

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

4.6. Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais:

- a) hemodiálise e diálise peritonial (CAPD);
- b) quimioterapia oncológica ambulatorial;
- c) radioterapia ambulatorial;
- d) procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais;
- e) hemoterapia ambulatorial;
- f) cirurgias oftalmológicas ambulatoriais;

4.7. Cobertura dos atendimentos nos casos de planejamento familiar, de que trata o inciso III do artigo 35-C da Lei 9.656/98, previstos no Anexo I da RN 192/2009, incluindo:

- a) atividades educacionais;
- b) consultas de aconselhamento para planejamento familiar;
- c) atendimento clínico;
- d) dosagem de sulfato de DEHIDROEPIANDROSTERONA (SDHEA);
- e) implante de dispositivo intra-uterino (diu) hormonal incluindo o dispositivo.

4.8. É garantido o atendimento dentro da segmentação e da área geográfica de abrangência estabelecida no presente contrato, independentemente do local de origem do evento.

4.9. Cobertura de internações hospitalares em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina e em Centro de Terapia Intensiva ou similar, a critério do médico assistente, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, bem como o acesso à acomodação em nível superior, sem

ônus adicional em caso de indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou credenciados da **MEDPLAN**;

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

4.11. Cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação do paciente, durante o período de internação hospitalar;

4.12. Cobertura de despesas referentes à nutrição parenteral ou enteral, administradas durante o período de internação hospitalar;

4.13. Medicamentos registrados/regularizados na ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos para a segmentação ambulatorial;

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

4.15. Cobertura de toda e qualquer taxa e materiais utilizados durante as cirurgias;

4.16. Cobertura dos honorários do médico anestesista nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, caso haja indicação clínica;

4.17. O **BENEFICIÁRIO** terá direito à cobertura de despesas de diária(s) de 1 (um) acompanhante, no caso de paciente menor de 18 (dezoito) anos e com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente, no local da internação, excetuado os casos de CTI ou similar. A cobertura de despesas relativas a um acompanhante que incluem:

- a) acomodação e alimentação necessárias à permanência do acompanhante, para crianças e adolescentes de 18 anos;
- b) acomodação e alimentação, conforme indicação do médico ou cirurgião dentista assistente e legislações vigentes, para acompanhantes de idosos e a partir de 60 anos de idade, e pessoas portadoras de deficiências.

4.18. Remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites observados de abrangência geográfica da sua rede de atendimento, em território brasileiro, mediante prévia autorização do **MEDPLAN**;

4.19. Cobertura de cirurgias odontológicas buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar, realizadas por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar;

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

§ 1º – O imperativo clínico caracteriza-se pelos atos que se impõem em função das necessidades do doente.

§ 2º – Em se tratando de atendimento odontológico, o cirurgião-dentista irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento

odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao doente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados. § 3º – Os honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista **não estão incluídos na cobertura da segmentação hospitalar**, à exceção dos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

4.21. Cobertura para os procedimentos considerados especiais, mesmo quando prestados ambulatoriamente, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada como internação hospitalar:

- a) hemodiálise e diálise peritoneal –CAPD;
- b) quimioterapia oncológica intra-tecal ou que demande internação;
- c) embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
- d) radioterapia listada no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- e) radiologia intervencionista;
- f) nutrição parenteral ou enteral;
- g) hemoterapia;
- h) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- i) procedimentos diagnóstico e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em saúde da ANS vigente na época do evento;
- j) procedimentos de fisioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em saúde da ANS vigente na época do evento;

4.22. Cobertura obstétrica incluindo o atendimento pré-natal, correspondendo às consultas obstétricas e exames relacionados à gestação; a cobertura de urgência e emergência obstétrica; cobertura de parto (normal ou cesárea) e puerpério, e a cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, sendo vedada a alegação de DLP ou aplicação de CPT ou agravo.

§ 1º – A continuidade da cobertura de atendimento após o trigésimo dia do nascimento somente será devida quando o recém-nascido tiver sido incluído no contrato dentro do referido prazo de 30 dias após o parto.

§ 2º – Nos planos com cobertura obstétrica, fica assegurada a opção de inscrição do recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou da data da sentença de adoção, e desde que a carência de 300 (trezentos) dias já tenha sido cumprida pelo beneficiário titular ou dependente (pai ou mãe).

§ 3º - Cobertura de um acompanhante indicado pela mulher (parturiente) durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato;

4.23. Transplantes de córnea, rim, transplante autólogo de medula óssea (conforme diretriz de utilização) e transplante alogênico de medula óssea (conforme diretriz de utilização) listados no Rol de Procedimentos da ANS vigente à época do evento, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, sem prejuízo da legislação específica que normatiza estes procedimentos;

§ 1º - Entende-se como despesas com procedimentos vinculados, todas aquelas necessárias à realização do transplante, 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, excluídos os medicamentos de manutenção;
- d) despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.

§ 2º - Os **CONTRATANTES** dos planos com cobertura para os referidos transplantes deverão estar obrigatoriamente inscritos em uma das CNCDOS (CENTRAIS DE NOTIFICAÇÃO, CAPTAÇÃO E DISTRIBUIÇÃO DE ÓRGÃOS) e sujeitarem-se aos critérios

da fila de espera e de seleção para recepção de órgão(s) das mesmas.

4.24. Cobertura para cirurgia plástica reconstrutiva de mama prevista na Lei 10.223/2001, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias para tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer de mama.

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

4.26. Cobertura para procedimentos de esterilização cirúrgica voluntária através das técnicas laqueadura tubária / laqueadura tubária laparoscópica e vasectomia, desde que cumpram as exigências determinadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, relacionadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigente à época do evento.

4.27. Cobertura para lesões relacionadas a acidente do trabalho e cobertura para tratamento de doenças ocupacionais como lesão por esforços repetitivos (LER) e distúrbios osteomoleculares relacionados ao trabalho (DORT).

4.28. As internações previstas neste instrumento contratual se farão em **APARTAMENTO**.

Cláusula 5ª - DA COBERTURA PARA SAÚDE MENTAL

5.1. Cobertura de Atendimento às Emergências Psiquiátricas, assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos para si próprio ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes;

5.2. Cobertura de Psicoterapia de Crise: entendida como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área de saúde mental, com duração máxima de 12 (doze) semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência e sendo limitadas a 12 (doze) sessões por ano de contrato,

não cumulativas;

5.3. Tratamento básico com consultas médicas psiquiátricas para todos os transtornos psiquiátricos incluídos no CID 10 – Código Internacional de Doenças;

5.4. Internação hospitalar psiquiátrica em hospital especializado ou unidade psiquiátrica em hospital geral, para todos os transtornos psiquiátricos incluídos no CID – Código Internacional de Doenças, em situação de crise, com a exceção dos quadros de dependência química, incluindo o alcoolismo. Haverá cobertura integral por 30 (trinta) dias de internação por ano de contrato. Após este período, nos casos em que o beneficiário necessite permanecer internado, haverá co-participação do beneficiário no custeio dos dias que excederem os prazos acima, no montante de 30%, conforme definido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;

5.5. Internação hospitalar em unidade clínica para os quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outra forma de dependência química que necessite de hospitalização, com custeio integral por 15 (quinze) dias de internação por ano de contrato. Nos casos em que o beneficiário necessite permanecer internado após o período de 15 dias, haverá co-participação do beneficiário no custeio dos dias que excederem o prazo acima, no montante de 30%, conforme definido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

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

5.7. Está garantida pelo presente contrato, a cobertura de 8 semanas anuais de tratamento em regime de hospital dMia para os portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise, a critério do médico assistente, sendo certo que, para os diagnósticos de F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79 e F90 a F98, a cobertura de tratamento

em regime de hospital dia será de 180 dias por ano de contrato.

Cláusula 6ª - DAS EXCLUSÕES

Este contrato não prevê cobertura de custos ou ressarcimento para os eventos que seguem:

1. Abortamentos, exceto os espontâneos ou nas hipóteses previstas no Art. 128 do Código Penal, devidamente justificados pelo médico assistente.
2. Assistência médica domiciliar ou remoção domiciliar.
3. Atendimento médico nos casos de cataclismos, dentre estes, acidentes com gases e produtos radioativos e ionizantes, guerras e comoções internas, quando declaradas pela autoridade competente.
4. Cirurgia de refração com grau bilateral inferior ao definido pela legislação - o grau mínimo hoje definido pela legislação é 05 (cinco).
5. Cirurgias plásticas com finalidade estética.
6. Consultas, atendimentos domiciliares e enfermagem em caráter particular.
7. Despesas médicas e hospitalares efetuadas antes do cumprimento das carências previstas neste contrato.
8. Fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados.
9. Fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde - CITEC;
10. Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar.
11. Fornecimento de materiais e medicamentos anestésicos (importados ou não) e gases medicinais (importados ou não) que não tenham autorização para sua comercialização pelos órgãos governamentais competentes.
12. Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico, bem como para finalidade

exclusivamente estética.

13. Fornecimento de óculos, lentes oculares e aparelhos ortopédicos.

14. Fornecimento em regime ambulatorial de medicamentos, vacinas (exceto para dessensibilização), e material de curativo.

15. Inseminação artificial: incluindo as internações, intervenções cirúrgicas, tratamentos e demais procedimentos médicos destinados à inseminação artificial.

16. Internação de caráter social, ou seja, aquela solicitada, ainda que por médico credenciado, para complementação do tratamento em razão de carências de apoio social, econômico ou familiar (entre outros exemplos, internação de paciente - idoso ou não - em razão de os filhos não desejarem cuidar do beneficiário em casa; internação em razão da falta de condições na residência do beneficiário).

17. Internação com finalidade diagnóstica, cujo quadro clínico não a justifique e cujos testes e exames possam ser realizados em caráter ambulatorial, sem prejuízo para o contratante.

18. Medicamentos de manutenção no pós-operatório dos transplantes.

19. Procedimentos clínicos ou cirúrgicos, órteses e próteses para fins estéticos, incluindo a esclerose de varizes com indicação estética.

20. Procedimentos, exames ou tratamentos realizados fora da área de abrangência prevista neste contrato.

21. Estão excluídos de cobertura o atendimento a procedimentos não relacionados no Rol de Procedimentos elaborado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e suas atualizações.

22. Procedimentos relacionados com a saúde ocupacional (exames admissionais, demissionais, mudanças de função e periódicos), que são de responsabilidade do empregador (conforme disposto na NR nº 7 do Ministério do Trabalho).

23. Procedimentos odontológicos.

24. Procedimentos ou exames realizados no exterior, ainda que a coleta do material seja feita no Brasil.
25. Quaisquer procedimentos referentes a tratamento rejuvenescedor ou emagrecedor com finalidade estética.
26. Qualquer outro tipo de transplantes, à exceção dos de córnea, de rim e para transplantes autólogos e alogênicos de medula óssea, definidos no Rol de Procedimentos da ANS vigente à época do evento.
27. Tratamento clínico ou cirúrgico em caráter experimental.
28. Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes.
29. Tratamentos para redução de peso em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estadas em estâncias hidrominerais e climáticas, SPA.
30. Tratamento em clínicas para acolhimento de idosos ou clínicas de repouso que não necessitem de cuidados em ambiente hospitalar.

Cláusula 7ª - DAS CARÊNCIAS

É o período de tempo, contado a partir da data de vigência do presente contrato, durante o qual o beneficiário deverá permanecer ininterruptamente no plano, sem direito à(s) garantia(s) coberta(s) por este. Os prazos de carência para os benefícios previstos no plano contratado são os seguintes:

7.1. Carência de 24 (vinte e quatro) horas:

- a) Para atendimentos de urgência / emergência observadas a cobertura prevista em cláusula específica do presente contrato.
- b) remoção para o SUS, após os atendimentos de urgência e emergência ocorridos durante o período de carência para internação hospitalar ou ocorridos durante o prazo de cobertura parcial temporária para DLP;

7.2. Carência de 30 (trinta) dias :

- a) Consultas Médicas no Núcleo de Orientação Médica do MEDPLAN;

- b) Consultas Médicas em consultórios, clínicas e centros médicos credenciados.
- c) Exames complementares básicos de diagnóstico, definidos em cláusula contratual específica;

7.3. Carência de 180 (cento e oitenta) dias:

- a) Exames ou procedimentos terapêuticos ambulatoriais especiais;
- b) Internações Clínicas e Cirúrgicas e demais procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde elaborado pela Agência Nacional de Saúde e (ANS);

7.4. Carência de 300 (trezentos) dias:

- a) Internações para obstetria em partos a termo – cobertura para honorários médicos e custos hospitalares.

**Cláusula 8ª - DAS DOENÇAS OU LESÕES
PREEXISTENTES, AGRAVO E COBERTURA PARCIAL
TEMPORÁRIA**

~~8.1. São consideradas **DOENÇAS OU LESÕES PREEXISTENTES**, aquelas cujo beneficiário (por si ou por seu responsável) saiba ser portador ou sofredor à data do preenchimento da Declaração de Saúde. Qualquer doença ou lesão preexistente deve obrigatoriamente ser declarada por ocasião da assinatura da Solicitação de Adesão.~~

Quando o MEDPLAN constatar por perícia, na entrevista qualificada, ou através de declaração expressa do consumidor, a existência de lesão ou doença que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, será oferecida a alternativa do consumidor optar pelas modalidades de cobertura parcial temporária ou agravo. A escolha de uma das alternativas anteriormente referidas dependerá exclusivamente da decisão do consumidor por meio de declaração expressa.

8.2. A COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA: é aquela que admite num prazo ininterrupto de 24 (vinte e quatro) meses, contados a partir da data da contratação ou adesão ao plano de saúde, a suspensão da cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, relacionados às doenças e lesões preexistentes, assim caracterizadas pela legislação. Os procedimentos de alta complexidade são definidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS. Os leitos de alta tecnologia são aqueles considerados de internação em unidade de tratamento intensivo, assim considerados aqueles que apresentem as características definidas na Portaria GM nº 3.432, de 12 de agosto de 1998, do Ministério da Saúde (UTI, Unidades coronarianas, Unidades neonatais, Unidades de Tratamento semi-intensivo). No caso de aplicação da cobertura parcial temporária, o **MEDPLAN** irá considerar somente a suspensão de evento cirúrgico, de uso de leito de alta tecnologia e dos procedimentos de alta complexidade, quando relacionados diretamente à doença ou lesão preexistente especificada conforme descrito na Resolução Normativa específica e informada em termo de ciência expedido para cada BENEFICIÁRIO. Nos casos em que o beneficiário optar pelo Agravado do contrato, o **MEDPLAN** deverá oferecer proposta esclarecendo a diferença de valores a serem acrescidos para alternativa de plano escolhida e de acordo com a patologia declarada por ocasião do preenchimento da Declaração de Saúde.

Decorridos os 24 (vinte e quatro) meses de cobertura parcial temporária (CPT), a cobertura à doença ou lesão preexistente será integral

8.3. AGRAVO: é o acréscimo no valor da contraprestação pecuniária do plano de assistência à saúde, oferecido ao consumidor como alternativa à adoção de cláusula de Cobertura Parcial Temporária para doenças ou lesões preexistentes. A opção pelo agravado não o desobrigará de cumprir as outras carências previstas contratualmente.

O agravo pode ser aplicado apenas à patologia que requeira evento cirúrgico, e/ou uso de leitos de alta tecnologia, e/ou procedimentos de alta complexidade, exclusivamente relacionados a ela.

8.4. DA DECLARAÇÃO DE SAÚDE E DO PROCESSO ADMINISTRATIVO PARA ALEGAÇÃO DE FRAUDE: O **MEDPLAN** entregará a CONTRATANTE, os formulários de Declaração de Saúde, no momento da contratação para que o beneficiário titular possa preencher em seu nome e dos seus dependentes e deverá ser entregue junto com a Proposta de Adesão.

8.5. O beneficiário poderá escolher um médico dentre os pertencentes a rede credenciada do **MEDPLAN** para realizar uma Entrevista Qualificada e auxiliá-lo no preenchimento da Declaração de Saúde.

8.6. Caso opte por médico não pertencente à lista de credenciados do **MEDPLAN**, o beneficiário deverá arcar com o ônus financeiro da consulta.

8.7. O beneficiário titular é obrigado a informar Ao **MEDPLAN**, no ato da sua inclusão e dos seus dependentes, quando solicitado, **a condição sabida de lesão ou doença preexistente, antes da assinatura do Contrato, sob pena de imputação de fraude sujeito à perda da condição de beneficiário do plano, sem prejuízo de medidas judiciais cabíveis.**

8.8. É facultado ao **MEDPLAN**, o direito de examinar ou periciar quaisquer dos beneficiários inscritos no plano, quando da inclusão no plano, para fins de identificação de lesões ou doenças preexistentes.

8.9. Fica expressamente vedada a alegação de doença e lesão preexistente após a Entrevista Qualificada se por ventura for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário.

8.10. O **MEDPLAN** reserva-se o direito de comprovar, nos termos e pelos meios permitidos por lei, a existência de doença e/ou lesão preexistente que acomete o beneficiário inscrito no presente plano.

8.11. Caso seja identificado pelo **MEDPLAN**, que o beneficiário titular omitiu a informação na Declaração de Saúde sobre a existência de doença preexistente, deverá notificar esse fato ao beneficiário por escrito, sobre o referido comportamento.

8.12. Caso o beneficiário não concorde com a alegação de que omitiu a informação na Declaração de Saúde sobre a existência de doença ou lesão preexistente, deverá responder a notificação do **MEDPLAN** no prazo de até 10 dias, contados do recebimento da notificação, para que o **MEDPLAN** possa encaminhar toda documentação à ANS que fará o julgamento administrativo da procedência da alegação.

8.13. Enquanto perdurar o processo administrativo junto à ANS não será permitido a suspensão do atendimento ao beneficiário ou a negativa de cobertura assistencial ou a exclusão do beneficiário do plano em razão da preexistência investigada.

8.14. Sendo julgada procedente a alegação do **MEDPLAN**, o beneficiário será excluído do plano, juntamente com seus dependentes, e passará 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 realizada pela **MEDPLAN**.

Cláusula 9ª – DA UTILIZAÇÃO DE CONSULTAS MÉDICAS

Os beneficiários serão consultados por Médicos da Rede Credenciada **MEDPLAN**, através da procura direta nos locais e horários indicados no Manual de Atendimento fornecido pelo **MEDPLAN**.

9.1. A cobertura de custeio das consultas será realizada nos serviços participantes da rede credenciada do **MEDPLAN**, nas especialidades reconhecidas pelo

Conselho Federal de Medicina, e para as quais o médico ou serviço esteja autorizado pelo **MEDPLAN**, nas condições e demais cláusulas deste contrato, no que diz respeito às coberturas, exclusões, carências e **PROGRAMA ESPECIAL DE ACOMPANHAMENTO CLÍNICO** previsto na cláusula 13ª.

Cláusula 10ª - DOS ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Nos Casos de Urgência e Emergência o **BENEFICIÁRIO** terá acesso direto às unidades de Prontos Socorros determinadas:

PRONTO MED ADULTO

Rua Paissandu, 1842 - Centro - Teresina - PI
Telefone: (86) 3131-1234

PRONTO MED INFANTIL

Av. Frei Serafim, 1984 - Centro – Teresina – PI
Telefone: (86) 3217-1234

10.1. A cobertura de custeio ou o reembolso para o atendimento de urgências e emergências em pronto-socorro será realizada **nos limites e condições do plano escolhido e demais cláusulas deste contrato, no que diz respeito às coberturas, exclusões e carências.**

10.2. É obrigatória a cobertura para o atendimento em prontos-socorros nos casos:

a) de emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizados em declaração do médico assistente;

b) de urgência, assim entendidos os resultados de acidentes pessoais ou de complicações do processo gestacional;

10.3. Os atendimentos de urgência e emergência estão

consubstanciados na execução das atividades e procedimentos destinados à preservação da vida, órgãos e funções, desde o primeiro atendimento ambulatorial até a resolução hospitalar necessária, observados os seguintes termos

10.4. Os atendimentos de urgências decorrentes de acidente pessoal serão garantidos integralmente após decorridas 24 (vinte e quatro) horas da vigência do contrato.

10.5. Os atendimentos de urgências relacionadas às complicações no processo gestacional e emergências ocorridas durante os períodos de carência para internação hospitalar ou decorrentes de doenças e lesões preexistentes ocorridos durante o prazo de cobertura parcial temporária, terão cobertura limitada as 12 primeiras horas de atendimento em regime ambulatorial.

10.6. Em havendo acordo de cobertura parcial temporária para doença e lesões preexistentes transcorridas as 12 (doze) primeiras horas de atendimento EM REGIME AMBULATORIAL, ou antes, desse período, houver a necessidade de utilização de leitos de alta tecnologia, realização de procedimentos de alta complexidade ou de eventos cirúrgicos, a responsabilidade financeira passará a ser do BENEFICIÁRIO.

10.7. Nas hipóteses de atendimento de emergência ou de complicações no processo gestacional durante o período de carência para internação hospitalar, transcorridas as 12 (doze) primeiras horas de atendimento EM REGIME AMBULATORIAL, ou antes, desse período, houver a necessidade de internação a responsabilidade financeira passará a ser do BENEFICIÁRIO.

10.8. Está assegurada a cobertura da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previsto no presente Contrato.

10.9. Fica assegurada a remoção em ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência

e emergência, desde que caracterizado pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade hospitalar para continuidade do tratamento.

10.10. Nos atendimentos de urgência e emergência relacionados à doença preexistente, ocorridos durante os prazos de CPT e que resulte na necessidade de realização de eventos cirúrgicos, utilização de leitos de alta tecnologia ou procedimentos de alta complexidade, ou nos casos de complicações no processo gestacional ou de atendimento de emergência ocorridos durante o prazo de carência para internação hospitalar, ultrapassada às 12 horas de atendimento ambulatorial, ou antes, desse período houver a necessidade de internação o beneficiário terá direito, sob responsabilidade do MEDPLAN, à remoção para uma unidade de atendimento do Sistema Único de Saúde - SUS.

10.11. Quando não possa haver remoção por risco de vida do beneficiário-paciente, a CONTRATANTE e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se assim, a MEDPLAN, desse ônus financeiro.

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

10.13. Caso o beneficiário-paciente e/ou seus responsáveis optarem, expressamente, mediante um termo de responsabilidade, pela continuidade de atendimento em unidade diferente, o MEDPLAN estará desobrigada da responsabilidade médica, assim como da responsabilidade financeira da remoção.

Cláusula 11ª - DOS EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO AMBULATORIAL

Os exames complementares de diagnóstico e demais procedimentos ambulatoriais terão sua cobertura de custos assegurada quando realizados nos prestadores de serviços participantes da rede credenciada do **MEDPLAN**, nas especialidades reconhecidas pelo

Conselho Federal de Medicina, em conformidade com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde elaborado pela ANS, vigente à época do evento, nas condições e demais cláusulas deste contrato.

11.1. As solicitações de exames ou procedimentos emitidas por médico assistente, deverão ser apresentadas ao **MEDPLAN** para prévia aprovação.

11.2. SÃO CONSIDERADOS EXAMES COMPLEMENTARES BÁSICOS:

a) Exames Laboratoriais Básicos de Análises Clínicas: ácido úrico, antibiograma, bacterioscopia, beta-hcg, cálcio, clearance de creatinina, colesterol, creatinina, culturas em geral, estradiol, fator rh, fosfatase alcalina, glicose, grupo sanguíneo abo e rh, hemoglobina glicosilada, hemograma, lipidograma, mantoux, parasitológico, potássio, ppd, rotina de urina, sódio, t4 tiroxina, tempo de coagulação, tempo de protrombina, tempo de sangramento, tgo, tgp, tsh, triglicerídios, vdrl – sífilis, vhs.

b) Exames Anátomo-patológicos e Citopatológicos: citologia cervico-vaginal, citologias oncóticas, estudo histopatológico, estudo anátomo-patológico, exceto exames de imunohistoquímica e de biologia molecular.

c) Exames radiológicos não-contrastados: incluindo raio-x de tórax, raio-x de crânio, raio-x de face, raio-x do cavum, raio-x de membros, raio-x da coluna;

d) Eletrocardiograma;

e) Colposcopia, Colpocitologia (citologia cervico-vaginal) e Exames de Peniscopia.

11.3. SÃO CONSIDERADOS EXAMES COMPLEMENTARES ESPECIAIS:

a) Exames Laboratoriais de Dosagens Hormonais, Teste do Pezinho, Exames Laboratoriais de Imunologia e Radioimunoensaio, Exames Laboratoriais de PCR, Exames Laboratoriais de Genética Clínica;

b) Ecocardiograma, Holter, MAPA e Teste Ergométrico;

c) Exames de Diagnóstico em Medicina Nuclear, Cintilografias em geral;

d) Exames Radiológicos contrastados de Aparelho

Digestivo e Urinário;

e) Exames de Densitometria Óssea;

f) Exames de Endoscopia Digestiva, Respiratória e Urológica realizados em regime ambulatorial;

g) Exames de Mamografia;

h) Exames de Eletroencefalografia, Eletroneuromiografia e Neurofisiologia;

i) Exames de Eletroneuromiografia, Exames de Neurofisiologia, Polissonografia;

j) Exames de Ultra-sonografia, incluindo Dopplerfluxometria;

k) Exames Radiológicos de Tomografia Computadorizada, Neuroradiologia, Angiografias, Coronariografias, Mielografias, Radiologia Intervencionista e Exames de Ressonância Magnética;

l) Exames de Hemodinâmica e exames Cardiovasculares em Medicina Nuclear Diagnóstica e Imunocintilografia;

m) Exames Angiológicos de Doppler e Investigação Vascular Ultra-sônica;

n) Testes Alérgicos e Provas Imuno-Alérgicas;

o) Exames Histopatológicos de Imunohistoquímica, Exames Genéticos e de Biologia Molecular;

p) Exames especiais em Oftalmologia: retinografia fluorescente, biometria e paquimetria ultrassônica, microscopia especular de córnea e campimetria computadorizada;

q) Exames especiais em Otorrinolaringologia: audiometria cortical, eletrococleografia, eletroneurografia, pesquisa de potenciais auditivos de tronco cerebral (Bera), testes vestibulares, registro de nistagmo, teste de glicerol e exames endoscópicos.

11.4. SÃO CONSIDERADOS PROCEDIMENTOS TERAPÊUTICOS BÁSICOS:

a) Inaloterapia Ambulatorial;

b) Cirurgias Ambulatoriais de porte zero em Dermatologia;

c) Procedimentos Ambulatoriais não Cirúrgicos em Oftalmologia;

d) Procedimentos Ambulatoriais não Cirúrgicos em Ortopedia e Traumatologia;

e) Procedimentos Ambulatoriais não Cirúrgicos em Otorrinolaringologia;

f) Procedimentos Ambulatoriais não Cirúrgicos em Urologia.

11.5. SÃO CONSIDERADOS PROCEDIMENTOS TERAPÊUTICOS ESPECIAIS:

a) Cirurgias ambulatoriais em Dermatologia e Cirurgia Plástica;

b) Dessensibilização e Fisioterapia;

c) Procedimentos terapêuticos endoscópicos digestivos, respiratórios e urológicos;

d) Radioterapia do tipo braquiterapia, megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletroterapia;

e) Quimioterapia Ambulatorial;

f) Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais em Oftalmologia;

g) Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais em Urologia;

h) Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais em Otorrinolaringologia;

i) Artroscopia, Histeroscopia e Laparoscopia (diagnóstica e terapêutica);

j) Diálise ou hemodiálise;

k) Hemoterapia;

l) Tratamento de doenças psiquiátricas em regime ambulatorial;

m) Procedimentos para litotripsias;

n) Procedimentos cirúrgicos ambulatoriais em cirurgia plástica e cirurgias em regime de hospital-dia.

11.6. SÃO CONSIDERADOS PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE:

a) Para fins deste contrato, são considerados procedimentos de alta complexidade, todos aqueles definidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento.

11.7. Compete ao **MEDPLAN** definir as normas administrativas para a solicitação de exames complementares de diagnóstico e tratamento, objetivando

o adequado cumprimento do contrato, inclusive os prazos para liberação dos procedimentos eletivos solicitados, que não poderão ser respondidos pelo **MEDPLAN** em prazo superior a um dia útil.

Cláusula 12ª - DAS INTERNAÇÕES HOSPITALARES

A internação hospitalar ocorrerá na rede assistencial credenciada do **MEDPLAN**, observadas as condições estabelecidas no contrato.

12.1. As internações hospitalares se farão em **APARTAMENTO**.

12.2. Nas internações de caráter de urgência/emergência, o beneficiário ou seu responsável fará comunicar ao **MEDPLAN**, no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas, as razões da internação, encaminhando também a declaração do médico assistente para apreciação, de acordo com o que estabelece o presente contrato;

12.3. As internações eletivas ou programadas somente terão cobertura quando autorizadas previamente pelo **MEDPLAN**, devendo o beneficiário solicitar autorização nas agências do **MEDPLAN**, que serão respondidas em prazo não superior de um dia útil;

12.4. As autorizações para internações serão fornecidas mediante Guias de Internação Hospitalar ou através de qualquer outro meio que a critério do **MEDPLAN** seja implantado, objetivando maior presteza do atendimento.

12.5. Para o fornecimento da autorização de internação, o beneficiário deverá apresentar relatório, por escrito, do médico assistente, onde conste, obrigatoriamente:

- a)** diagnóstico e tratamento proposto;
- b)** data e local da internação.

12.6. A exigência da declaração do médico assistente visa deixar claro para o **MEDPLAN** e para o beneficiário a existência da cobertura prevista neste contrato.

12.7. A autorização será fornecida por um período equivalente à média de dias necessários ao tratamento de casos idênticos. A prorrogação de internação será

concedida pelo **MEDPLAN**, mediante solicitação do médico assistente justificando as razões do pedido.

12.8. O beneficiário ao internar-se deverá apresentar à administração do hospital:

- a) carteira de associado;
- b) carteira de identidade;
- c) guia de internação hospitalar.

12.9. As despesas extraordinárias (aquelas não previstas no contrato ou não sujeitas à cobertura, tais como telefonemas, estacionamento e outras definidas pelo estabelecimento hospitalar) deverão ser pagas diretamente ao hospital pelo beneficiário, sem direito a ressarcimento pelo **MEDPLAN**.

12.10. Nos casos dos transplantes previstos neste contrato o candidato ao mesmo deverá, sempre que a legislação exigir, estar inscrito em uma das listagens dos Centros de Notificação e Captação de Doadores de Órgãos - CNCDO's, e sujeitar-se aos critérios da fila de espera e de seleção para recepção de órgãos dos mesmos.

Cláusula 13ª - DO PROGRAMA ESPECIAL DE ACOMPANHAMENTO CLÍNICO

As doenças e os tratamentos a seguir relacionados serão acompanhados e executados exclusivamente por credenciados participantes do Programa Especial de Acompanhamento Clínico, cujo objetivo é promover o seguimento clínico mais específico, dentro das normas recomendadas em protocolos médicos (definidos por patologia, sexo e faixa etária) e atingir um melhor controle das doenças ao longo do tempo.

- a) Transplantes de órgãos cobertos – rins e córneas;
- b) Tratamento cirúrgico da refração;
- c) Tratamento de quimioterapia e radioterapia;
- d) Doenças e lesões, de acordo com os grupos de diagnósticos especificados pelos seus códigos internacionais de doenças:
 - Doenças do aparelho cárdio-circulatório (CID I 10 – I 52)
 - Diabetes Mellitus (CID E 10 – E 14)

- Insuficiência Renal (CID N 17 – N 19)
- Doenças relacionadas ao HIV e suas complicações (CID B 20 – B 24)
- Oncologia (CID C 00 – C97 / D00 – D09)
- Gravidez de Alto Risco (CID O10-048)

13.1. É de exclusiva responsabilidade do **MEDPLAN** a definição das normas técnicas para a seleção dos credenciados participantes deste Programa, podendo incluir outras doenças e tratamentos.

Cláusula 14ª - DOS CRITÉRIOS E PRAZOS PARA ADMISSÃO AO PLANO

O presente contrato destina-se a pessoas físicas, na modalidade de pré-pagamento, do tipo individual ou familiar, oferecido para a livre adesão de consumidores pessoas físicas, com ou sem o seu grupo familiar, tendo os seguintes tipos:

Contrato Individual: é aquele que tem como beneficiário pelo menos um titular nomeado pelo **CONTRATANTE** e dependentes indicados, sem a obrigatoriedade do caráter familiar;

Contrato Familiar: o plano caracteriza-se como familiar quando o **CONTRATANTE** incluir os seus dependentes legais ou seu grupo familiar.

14.1. Os menores de 18 anos somente poderão ser beneficiários de um contrato quando tiverem um **CONTRATANTE** maior de idade, podendo este ser ou não beneficiário do contrato.

14.2. O **CONTRATANTE** é o único responsável pela veracidade e correção de todas as declarações que vier a fazer quando da assinatura da Proposta de Adesão, bem como pela apresentação de todos os documentos indispensáveis para a comprovação das informações prestadas, tais como carteira de identidade, CPF, ou certidão de nascimento e casamento. É também responsável pelo preenchimento das informações

pessoais de cada um de seus dependentes.

14.2.1. A omissão de informações ou o fornecimento de informações incorretas ou inverídicas pelo **CONTRATANTE**, fazendo com que ele e seus dependentes ou beneficiários possam usufruir de benefícios que não teriam caso tivessem informado ou declarado de forma correta, é reconhecida como violação do contrato, permitindo à empresa buscar até mesmo liminarmente a proteção dos seus direitos, sem prejuízo de poder o **MEDPLAN** buscar ainda o cancelamento do contrato por fraude e/ou buscar ser indenizada pelos prejuízos que vier a ter com a cobertura indevida.

14.3. São considerados beneficiários (titular ou dependente) todos os nomeados pelo **CONTRATANTE**, identificados na Proposta de Adesão.

14.4. O **MEDPLAN** fornecerá para cada beneficiário um cartão de identificação que o habilitará ao uso do sistema.

14.5. A segunda via do cartão de identificação poderá vir a ser cobrada pelo **MEDPLAN**.

14.6. Após a assinatura da Proposta de Adesão o **CONTRATANTE** e os demais beneficiários do contrato terão até 03 (três) dias úteis para proceder à entrevista qualificada.

14.7. A entrevista qualificada consiste no preenchimento da Declaração de Saúde, elaborada pelo **MEDPLAN**, tendo como objetivo principal relacionar todas as doenças de conhecimento do beneficiário em relação a ele próprio e a todos os dependentes integrantes do seu contrato.

14.8. Cabe ao **MEDPLAN** nomear um médico para atuar como orientador, esclarecendo no momento do preenchimento da declaração de saúde todas as questões relativas às principais doenças ou lesões passíveis de serem classificadas como preexistentes, as alternativas de coberturas e demais conseqüências em relação à sua omissão.

14.9. Fica o beneficiário ou seu responsável obrigado a informar ao **MEDPLAN**, no momento do preenchimento

da Declaração de Saúde, a condição de portador de doença ou lesão pré-existente, previamente à assinatura do contrato, sob pena de surgir a sanção prevista do art. 13, § único, II, da Lei 9.656/98.

14.10. Fica assegurada a opção de inscrição do recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou da data da sentença de adoção, e desde que a carência de 300 (trezentos) dias já tenha sido cumprida pelo beneficiário titular ou dependente (pai ou mãe).

14.11. A inclusão de novos dependentes será autorizada pelo **MEDPLAN** a qualquer tempo desde que cumpridas às formalidades previstas neste contrato.

14.12. Fica garantida a inscrição de filho adotivo, menor de doze anos de idade, com o aproveitamento dos prazos de carência já cumpridos pelo **BENEFICIÁRIO** adotante.

14.13. Em razão da idade do beneficiário, ou da condição de pessoa portadora de deficiência, ninguém pode ser impedido de participar de planos privados de assistência à saúde.

14.14. No caso de não adesão em que já tenha havido pagamento da mensalidade, os valores pagos devem ser devolvidos atualizados pelo **MEDPLAN**. A restituição deve ocorrer até 03 (três) dias úteis após a não adesão.

Cláusula 15ª – DO CRITÉRIO DE CUSTEIO

O presente contrato classifica-se de acordo com o critério de custeio como sendo do tipo contributivo em regime de pré-pagamento.

Cláusula 16ª - DOS CRITÉRIOS DE ATUALIZAÇÃO, REVISÃO E ALTERAÇÕES DE VALORES

As contraprestações pecuniárias serão reajustadas da seguinte maneira:

16.1. REAJUSTE FINANCEIRO:

Haverá um reajuste anual de acordo com a variação das despesas médicas e/ou hospitalares e administrativas da Operadora, a ser apurada mediante a aplicação dos critérios designados pelo Órgão Fiscalizador competente para cada ano vigente.

16.2. REAJUSTE TÉCNICO:

Havendo alteração de faixa etária do beneficiário titular e/ou dependente, a contraprestação pecuniária será reajustada, a partir do mês subsequente da ocorrência da alteração de acordo com os percentuais abaixo:

§ 1º - As faixas etárias de que trata a presente Cláusula são:

FAIXAS ETÁRIAS	PERCENTUAIS DE REAJUSTE
de 0 a 18 anos	-
de 19 a 23 anos	10,00%
de 24 a 28 anos	12,06%
de 29 a 33 anos	14,01%
de 34 a 38 anos	20,40%
de 39 a 43 anos	21,90%
de 44 a 48 anos	24,80%
de 49 a 53 anos	29,60%
de 54 a 58 anos	32,50%
de 59 anos ou mais	34,10%

§ 2º – A variação de valor na mensalidade não poderá atingir o **BENEFICIÁRIO** com mais de 60 (sessenta) anos de idade.

Cláusula 17ª – DA FORMA DE PAGAMENTO

O **CONTRATANTE** obriga-se a pagar ao **MEDPLAN** nos prazos e datas convencionados:

a) a primeira mensalidade e taxa de inscrição na assinatura da proposta;

b) as mensalidades subseqüentes correspondentes à sua faixa etária e de seus dependentes, de acordo com o estabelecido pelo **MEDPLAN** relativamente ao local, forma e data de pagamento.

17.1. O não recebimento da cobrança mensal não desobriga o **CONTRATANTE** de quitar sua mensalidade até a data do vencimento.

17.2. No caso de não pagamento da mensalidade por prazo superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência de contrato, acarreta para o **CONTRATANTE** a perda do direito a qualquer atendimento ou ressarcimento, com a sua imediata exclusão do plano, desde que o **CONTRATANTE** seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência.

17.3. A data limite para pagamento da mensalidade não poderá ultrapassar a data de vencimento do boleto bancário, do Aditivo de Renovação, dos Aditivos ou Endossos dos quais resulte aumento ou redução da mensalidade.

17.4. Quando a data limite cair em dia que não haja expediente bancário o pagamento da mensalidade poderá ser efetuado no primeiro dia útil subseqüente.

17.5. O pagamento da mensalidade posterior não quita débitos anteriores.

17.6. O **CONTRATANTE**, não recebendo o carnê ou documento de cobrança até 5(cinco) dias antes da data do vencimento, deverá comunicar-se com o **MEDPLAN** para orientar-se e efetuar o pagamento.

17.7. Após a data de vencimento a mensalidade será acrescida de multa de 2% e mora por atraso de 1% ao mês.

Cláusula 18ª – DO REEMBOLSO

O reembolso das despesas de serviços médicos e hospitalares é garantido, nos limites das obrigações contratuais, ao **CONTRATANTE** nos casos de urgência e emergência ocorridos dentro da área geográfica de

abrangência do plano, em que este for atendido em pronto-socorro hospitalar em rede não credenciada quando não tenha sido possível a utilização de serviços credenciados pelo **MEDPLAN**.

18.1. O **MEDPLAN** ressarcirá, tendo como base 100% dos valores definidos na Tabela **MEDPLAN** e adotados à época do atendimento, despesas de serviços médicos hospitalares mediante a apresentação dos seguintes documentos, no prazo de até 30 (trinta) dias:

- a) relatório do médico assistente declarando o diagnóstico, tratamento efetuado e data de atendimento, bem como causas da internação;
- b) nota fiscal discriminada, inclusive relação do material e medicamentos consumidos;
- c) recibos e notas fiscais de honorários da equipe médica, discriminando as funções e o evento a que se referem;
- d) qualquer outro documento ou informação que possa ser requerido pelo **MEDPLAN**.

18.2. O **MEDPLAN** poderá solicitar ao **CONTRATANTE** informações e documentos que julgar necessários à complementação administrativa do procedimento de ressarcimento, no prazo de 20 (vinte) dias úteis, após a entrega da documentação respectiva.

18.3. Os valores aprovados para reembolso serão pagos ao titular do contrato, identificado na Solicitação de Reembolso, sendo indispensável a apresentação de seu CPF, e a obediência às normas estabelecidas pela Secretaria da Receita Federal do Ministério da Fazenda.

18.4. O direito ao reembolso fica vinculado ao prazo de 12 meses contados da data do atendimento.

18.5. O beneficiário que não exercer esse direito no prazo estipulado não poderá mais fazê-lo.

Cláusula 19^a– DAS RECLAMAÇÕES

Quando o **CONTRATANTE** se sentir insatisfeito com o atendimento médico previsto neste contrato, deverá

encaminhar à DIRETORIA TÉCNICA do **MEDPLAN** o formulário de reclamação fornecido pelo **MEDPLAN**, onde deverá descrever o motivo da insatisfação, os profissionais que prestam atendimento, o local, seu nome completo e número do contrato.

Parágrafo Único – O **MEDPLAN** deverá se manifestar num prazo de 03 (três) dias sobre a reclamação recebida.

19.1. O **CONTRATANTE** reconhece o direito do **MEDPLAN** de discordar de indicações médicas, podendo indicar um profissional médico, credenciado ou não, para reavaliação do beneficiário e da conduta médica a ser adotada para diagnóstico e tratamento.

19.2. Nos casos de não discordâncias de natureza médica, referentes às coberturas previstas neste contrato, deverá ser constituída uma junta médica composta por 03 (três) membros: um nomeado pelo **MEDPLAN**, um pelo **CONTRATANTE** e um terceiro, desempatador, escolhido de comum acordo pelas partes, cujo ônus cabe ao **MEDPLAN**.

19.2.1. Caso não haja acordo quanto ao médico desempatador este será designado pela associação específica de médicos.

Cláusula 20ª – DOS SERVIÇOS MÉDICOS CREDENCIADOS

Os serviços médicos e hospitalares integrantes deste contrato serão prestados através dos credenciados do **MEDPLAN**, dos quais o **CONTRATANTE** declara ter pleno conhecimento.

20.1. É facultada a substituição de entidade hospitalar, a que se refere o caput desta cláusula, desde que por outro equivalente e mediante comunicação aos consumidores e à ANS com trinta dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor.

20.2. Na hipótese de a substituição do estabelecimento

hospitalar, a que se refere o item 20.1 ocorrer por vontade da operadora durante período de internação do consumidor, o estabelecimento obriga-se a manter a internação e a operadora, a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério médico, na forma do contrato.

20.3. Excetuam-se do previsto no item 20.2 o caso de substituição do estabelecimento hospitalar por infração as normas sanitárias em vigor, durante o período de internação, quando a operadora arcará com a responsabilidade pela transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para o consumidor.

20.4. Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, a operadora deverá solicitar à ANS autorização expressa para tanto.

Cláusula 21^a – DA VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO CONTRATO

O início da vigência deste contrato será a data de assinatura da Proposta de Adesão, da assinatura do instrumento jurídico em si ou a data de pagamento da mensalidade inicial, o que ocorrer primeiro:

21.1. A data para o início do contrato poderá ser adiada em função de esclarecimentos ou novas informações que se tornem necessárias para a complementação dos dados cadastrais e da declaração de saúde.

21.2. A data do vencimento das mensalidades será a data determinada na Proposta de Adesão.

21.3. As partes acordam que a mudança de plano poderá ser solicitada pelo **CONTRATANTE**, constituindo-se causa para novo contrato; esta mudança ocorrerá na data de aniversário do contrato.

21.4. Quando da transferência será contabilizado o tempo de vigência deste contrato, à exceção dos novos benefícios ou da utilização da nova rede de atendimento, que cumprirão as carências determinadas para o mesmo previsto no novo plano.

21.5. As transferências deverão incluir todos os participantes do contrato.

21.6. Este contrato terá a vigência mínima de 12 (doze) meses, sendo garantida a renovação automática, após esse período, por prazo indeterminado, sendo vedada a cobrança de taxa ou qualquer outro valor em razão da renovação, podendo ser denunciado pelo **CONTRATANTE**, mediante comunicação por escrito na data de vencimento da mensalidade.

§ 1º – Os beneficiários que, na data do pedido de cancelamento do contrato, efetuarem o pagamento da mensalidade, estarão sob a cobertura por um prazo de 30 (trinta) dias. A responsabilidade do **MEDPLAN** sobre os atendimentos indicados cessa no último dia do prazo de 30 (trinta) dias mencionado nesta Cláusula, correndo as despesas a partir de então por conta do **CONTRATANTE**.

§ 2º - Os **CONTRATANTES** que, na data de solicitação de cancelamento do contrato, não efetuarem o pagamento da mensalidade terão a cobertura contratual encerrada na mesma data.

§ 3º – Mediante solicitação formal a exclusão de beneficiário será realizada em caso de falecimento na data de vencimento da mensalidade. É obrigatória a devolução das carteiras de identificação dos beneficiários excluídos.

§ 4º – É vedada a recontagem de carências em caso de renovação automática do presente contrato;

§ 5º – O contrato será rescindido pelo atraso ao pagamento da mensalidade por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de sua vigência, mediante notificação por escrito ao **TITULAR/CONTRATANTE** até o quinquagésimo dia de inadimplência;

§ 6º – O contrato estará cancelado na ocorrência comprovada de fraude ou dolo por parte do **TITULAR/**

CONTRATANTE e demais beneficiários, sem prejuízo das perdas e danos cabíveis;

§ 7º – É vedada a suspensão ou rescisão unilateral do contrato, em qualquer hipótese, durante a ocorrência de internação do titular.

Parágrafo Único: O beneficiário que queira rescindir o contrato antes do término da vigência inicial, incidirá em multa de 10%(dez por cento), calculados sobre as mensalidades restantes para se completar os 12 meses.

Cláusula 22ª – DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

A omissão de informações, ou a informação inverídica sobre doenças ou lesões preexistentes, poderá ser caracterizada como comportamento fraudulento e, por conseguinte ensejar a abertura de Processo Administrativo junto à ANS, que caso procedente, além de constituir causa para rescisão do contrato, fará com que o beneficiário passe a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada, nos termos da legislação em vigor.

Cláusula 23ª – DA RESCISÃO

O presente contrato será rescindido de pleno direito, em qualquer época, independentemente de interpelação, notificação judicial ou extrajudicial, se o **CONTRATANTE**:

- a) atrasar o pagamento das mensalidades por mais de 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não;
- b) omitir ou prestar informações, ou tentar, por qualquer meio fraudulento, obter vantagem própria ou para seus dependentes durante a vigência deste contrato.

Parágrafo único – Caberá ao **CONTRATANTE** igual direito de rescisão, caso o **MEDPLAN** não cumpra com suas obrigações de cobertura de custos e serviços médicos e hospitalares nos termos deste contrato.

**Cláusula 24ª – DA DOCUMENTAÇÃO E DAS
DISPOSIÇÕES GERAIS**

Fazem parte integrante do presente contrato a Proposta de Adesão, a Carta de Orientação ao Beneficiário, Guia de Leitura Contratual, Manual de Orientação para Contratação dos Planos de Saúde, o recibo correspondente, bem como os anexos complementares, orientador médico da rede credenciada, os aditivos, tabela de preços, recibos de pagamento e cartão **MEDPLAN**.

Parágrafo único – Qualquer alteração nesses documentos, só será válida se for feita por escrito e com concordância das partes contratantes.

24.1. O **CONTRATANTE** obriga-se a fornecer todos os documentos exigidos para fazer prova de seus eventuais direitos.

24.2. O **MEDPLAN** coloca à disposição do **CONTRATANTE** o Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC) , assim como a Diretoria Técnica com endereço na Rua Coelho Rodrigues, 1921, Centro, Teresina-PI, fone: (86) 3131-8888, para prestar quaisquer esclarecimentos adicionais acerca de carências contratuais, coberturas, direitos e deveres.

24.3. Não se admitirá a presunção de que as partes contratantes possam ter conhecimento de circunstâncias que não constem expressamente no contrato, da proposta de adesão ou quaisquer outros documentos que dele façam parte integrante.

24.4. O presente contrato obriga as partes entre si, seus herdeiros e sucessores.

24.5. Em caso de falecimento do **CONTRATANTE** o cônjuge beneficiário ou o beneficiário mais idoso passará a ser responsável pelo pagamento dos valores pactuados. Neste caso, deverá ser comunicado o falecimento ao **MEDPLAN** com apresentação da certidão de óbito para alteração contratual e emissão de novo carnê de pagamento.

24.6. O contrato somente poderá ser mantido mediante

a permanência de todos os beneficiários então existentes. Se isso não ocorrer, o contrato será extinto.

24.7. O contrato constitui o único e integral acordo entre as partes referentes ao objeto constante da cláusula primeira e cancela todos os outros compromissos, entendimentos, contratos e garantias porventura existentes entre as partes e referentes ao objeto constante da cláusula primeira já mencionado, mesmo que sejam verbais ou escritos, dando-se às partes mutuamente ampla e total quitação.

24.8. O direito de credenciamento e descredenciamento de qualquer prestador de serviços é de competência exclusiva do **MEDPLAN**. Em caso de descredenciamento, o **MEDPLAN** providenciará alternativas para continuidade do atendimento, bem como sua comunicação.

24.9. Caso a Lei ou o regulamento não determine uma forma especial de comunicação, o **MEDPLAN** na sua comunicação com o cliente poderá se utilizar de qualquer meio possível, entre os quais, porém não limitados a somente estes: cartas (com ou sem Aviso de Recebimento), e-mails, telefone, ou qualquer outro meio eletrônico ou físico.

Cláusula 25ª – DO FORO

25.1. O foro para o caso de litígio ou pendência judicial será o do domicílio do **CONTRATANTE**.