

ÍNDICE

Da Natureza e Objeto do Contrato _____	02
Nome Comercial e Número de Registro do Plano na ANS _____	02
Das Definições _____	03
Das Características e Segmentação _____	06
Do Cadastro de Beneficiários _____	11
Da Cobertura para Saúde Mental _____	13
Das Exclusões _____	14
Das Carências _____	16
Da Cobertura Parcial Temporária e do Agravo _____	20
Das Consultas Médicas _____	22
Dos Atendimentos de Urgência e Emergência _____	23
Dos Exames Complementares de Diagnóstico e Tratamento Ambulatorial _____	23
Das Internações Hospitalares _____	26
Do Programa Especial de Acompanhamento Clínico _____	28
Do Critério de Custeio _____	29
Do Reajuste de Valores _____	29
Da Forma de Pagamento _____	30
Do Reembolso _____	31
Das Reclamações _____	32
Dos Serviços Médicos Credenciados _____	33
Da Perda da Qualidade de Beneficiário _____	33
Da Vigência e Renovação do Contrato _____	33
Da Rescisão _____	35
Da Documentação _____	36
Das Disposições Gerais e Foro _____	36

Contrato de Prestação de Serviços de Cobertura de Custos de Assistência Médica e Hospitalar que entre si fazem, de um lado, **MEDPLAN ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA**, doravante denominada **MEDPLAN**, empresa de Medicina de Grupo, com segmentação terciária, com sede na Rua Coelho Rodrigues, 1921, Centro, CEP 64.000-080, Teresina/PI, CNPJ: 01.892.976/0001-89, Certificado de Registro junto à Agência Nacional de Saúde – ANS nº 33.7510, e de outro, como **CONTRATANTE**, a empresa **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**, CNPJ: XX.XXX.XXX/XXXX-XX, com sede na XXXXXXXXXXXXXXX, XX, Bairro: XXXXXX, CEP: XX.XXX-XXX, Cidade: XXXXXX, regendo-se pelas seguintes Cláusulas e Condições:

Cláusula 1ª – DA NATUREZA E OBJETO DO CONTRATO

Trata-se de um **Contrato Coletivo Empresarial**, 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, e que tem como objeto a cobertura de custos pelo **MEDPLAN** das despesas correspondentes aos procedimentos de Assistência Médica Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, RN nº 167/08, 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, seus aditivos e anexos, na área geográfica de abrangência que compreende Teresina (PI), em conformidade com o que determina a Lei 9.656, de 03 de junho de 1998 e disposições que a regulamentam.

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

O plano de assistência médico-hospitalar regido por este contrato está registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS com o nome de Global Master e registro nº 415.093/99-7.

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. Beneficiário Dependente: esposo(a) ou companheiro(a); o(a)s filho(a)s solteiro(a)s menores de 25 (vinte e cinco) anos. São equiparados aos filhos, para fins deste contrato, menores sob a guarda judicial, enteados e tutelados. A condição de cônjuge, filho, adotado, enteado, tutelado e menor sob guarda deverá ser expressamente comprovada, no momento da inclusão do dependente, através de documentos legais.

V. Beneficiário Titular: beneficiários vinculados à pessoa jurídica CONTRATANTE por relação empregatícia ou estatutária.

VI. 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, conforme definição da Lei 9.656/98 e resoluções complementares.

VII. Contratante: é a pessoa jurídica responsável pelo cumprimento do presente contrato, obedecendo o que dispõe o Art. 9º e o Art. 10 da RN Nº 195, de 14 de julho de 2009, Agência Nacional de Saúde Suplementar.

VIII. 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.

IX. 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.

X. 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.

XI. 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.

XII. 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.

XIII. 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.

XIV. 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).

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

XVI. 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.

XVII. 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.

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

XIX. 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.

XX. 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.

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

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

XXIII. 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.

XIV. 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

O **MEDPLAN** assegura ao **BENEFICIÁRIO** a cobertura de custos para despesas com procedimentos de assistência médico-hospitalar com obstetrícia, constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, RN nº 167/08, nos consultórios próprios ou credenciados, em hospitais e ambulatorios, dentro da rede por ela mantida ou contratada, e de acordo com as coberturas a seguir:

PLANO GLOBAL MASTER - REGISTRO ANS nº 415.093/99-7

ACOMODAÇÃO APARTAMENTO**SEGMENTAÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA**

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;
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;
3. Cobertura de consulta e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional, conforme indicação do médico assistente, e obedecendo aos quantitativos legais: Fonoaudiologia – consulta / sessão em número de 06 (seis) por ano; Nutrição - consulta / sessão em número de 06 (seis) por ano; e Terapia Ocupacional - consulta / sessão em número de 06 (seis) por ano.
4. Cobertura de psicoterapia, sendo o atendimento limitado a 12 (doze) sessões por ano que poderão ser realizadas tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme indicação do médico assistente;
5. Cobertura dos procedimentos de fisioterapia listados no Rol de Procedimentos da ANS, RN nº 167/08, em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente;
6. Cobertura de atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, dentro das condições estabelecidas neste contrato e conforme definição da Lei 9.656/98 e resoluções complementares.

7. Cobertura de remoção em ambulância, dentro dos limites geográficos de cobertura contratual, depois de realizados os atendimentos classificados como de urgência e emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao paciente, respeitadas as condições estabelecidas neste contrato;

8. Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais:

a) hemodiálise e diálise peritoneal (CAPD);

b) quimioterapia oncológica ambulatorial: aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes, conforme prescrição do médico assistente, que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, **necessitem ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro do estabelecimento de Unidades de Saúde, tais como, hospitais, clínicas, ambulatórios e urgência e emergência;**

c) radioterapia, incluindo megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletroterapia, radiomoldagem, radioimplantes e braquiterapias;

d) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica, descritos no Anexo I da RN nº 167/08;

e) hemoterapia ambulatorial e durante o período de internação hospitalar;

f) cirurgias oftalmológicas ambulatoriais e em regime de internação;

g) quimioterapia oncológica intra-tecal ou que demande internação;

h) embolizações, conforme definidas pelo Rol de Procedimentos da ANS, RN nº 167/08;

i) radiologia intervencionista;

j) nutrição parenteral ou enteral durante o período de internação hospitalar;

k) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos a transplante de rim ou córnea, exceto fornecimento de medicação de manutenção;

l) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos.

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;

10. Cobertura de despesas referentes a Honorários Médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação do paciente, durante o período de internação hospitalar;

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

12. 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; cobertura de taxas e materiais utilizados durante as cirurgias;

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

14. Cobertura de um acompanhante para crianças e adolescentes menores de 18 (dezoito) anos;

15. Cobertura de um acompanhante no caso de pacientes a partir dos 60 (sessenta) anos de idade, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente;

16. Remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites observados de abrangência geográfica da sua rede de atendimento, mediante prévia autorização do **MEDPLAN** e impossibilidade de locomoção do beneficiário;

17. 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;

18. Cobertura de Psicoterapia breve: 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;

19. Cobertura de cirurgias odontológicas buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar, realizadas por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar;

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;

§ 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 Anexo I da RN nº 167/08;

21. 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 a cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do titular ou de qualquer outra beneficiária do contrato, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, desde que nascido sob a cobertura do plano contratado.

§ 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 do

titular. Tal inclusão somente será aceita se realizada no período de até 30 (trinta) dias após o nascimento.

§ 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).

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

23. Transplantes de rins e córneas, 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:

1) as despesas assistenciais com doadores vivos;

2) os medicamentos utilizados durante a internação;

3) o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;

4) despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.

§ 2º - Os CONTRATANTES dos planos com cobertura para transplante de córnea ou de rim deverão estar obrigatoriamente inscritos em uma CNCDO (CENTRAL NACIONAL DE CAPTAÇÃO E DOAÇÃO DE ÓRGÃOS) e sujeitarem-se aos critérios da fila de espera e de seleção para recepção de órgão(s) das mesmas.

24. Tratamento básico com consultas médicas psiquiátricas para todos os transtornos psiquiátricos incluídos no CID – Código Internacional de Doenças/Capítulo V;

25. Internação hospitalar psiquiátrica em hospital especializado ou unidade psiquiátrica em hospital geral, para todos os transtornos psiquiátricos incluídos no CID – Código Internacional de Doenças/Capítulo V, 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. Após este período, nos casos em que o beneficiário necessite

permanecer internado, haverá co-participação do usuário no custeio dos dias que excederem os prazos acima, no montante de 30%, conforme definido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;

26. 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. (Exemplos: o paciente interna-se durante seis dias em janeiro, depois interna-se por mais sete dias em fevereiro, depois interna-se por mais dois dias; os 15 dias serão cobertos integralmente pela **MEDPLAN**). Nos casos em que o beneficiário necessite permanecer internado após o período de 15 dias, haverá co-participação do usuário no custeio dos dias que excederem o prazo acima, no montante de 30%, conforme definido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

27. 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.

28. 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, na Resolução Normativa nº 167, de 09 de janeiro de 2008.

29. As internações previstas neste instrumento contratual se farão em **apartamento**.

Cláusula 5ª- DO CADASTRO DE BENEFICIÁRIOS

São considerados **BENEFICIÁRIOS** deste contrato todos os que forem expressamente nomeados pelo **CONTRATANTE** e que sejam admitidos pelo **MEDPLAN**.

5.1 - São considerados **BENEFICIÁRIOS TITULARES** aqueles beneficiários vinculados à pessoa jurídica **CONTRATANTE** por relação empregatícia ou estatutária.

Parágrafo Único: São considerados também, **BENEFICIÁRIOS TITULARES**, os sócios e diretores que possuem vínculo com a pessoa jurídica **CONTRATANTE**, previsto no respectivo Contrato Social.

5.2 - São considerados **BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES DIRETOS** em relação ao beneficiário titular e deverão ser incluídos no mesmo plano deste:

a) esposo(a) ou companheiro(a), comprovada a relação estável pelos documentos pertinentes;

b) os filhos(as) solteiros(as) menores de 25 (vinte e cinco) anos.

5.2.1 - São equiparados aos filhos, para fins deste contrato, menores sob a guarda judicial, enteados e tutelados.

5.3 - Todos os **BENEFICIÁRIOS**, titulares ou dependentes preencherão a Solicitação de Adesão, que inclui informações pessoais e administrativas.

5.3.1 – O ato de omitir ou prestar informações, ou tentar, por qualquer meio fraudulento, obter vantagem própria ou para seus dependentes neste contrato acarretará o surgimento da penalidade prevista no art. 13, § único, II, da Lei nº 9.656/98.

5.4 - O **MEDPLAN** solicitará ao **CONTRATANTE**, os documentos comprobatórios de vínculo trabalhista (Carteira Profissional / cadastro de inscrição no FGTS), como também os relacionados à comprovação do grau de parentesco dos dependentes diretos.

5.5 - O **CONTRATANTE**, quando do cadastramento, deverá indicar os nomes e classificação dos **BENEFICIÁRIOS** sejam titulares, dependentes diretos, bem como data de nascimento e o grau de parentesco destes últimos, com relação ao titular ou outro vínculo existente; endereço do titular, CPF e nome da mãe dos titulares e dependentes.

5.5.1 – Nenhuma indicação de **BENEFICIÁRIO** terá valor se não constar da Proposta de Adesão da **CONTRATANTE**, aprovada pelo **MEDPLAN**.

5.6 – O **CONTRATANTE** obriga-se a informar ao **MEDPLAN** qualquer mudança de estado civil dos titulares e dependentes, nascimento de filho do titular, demissão ou admissão de novo empregado, promovendo as respectivas inclusões e exclusões cadastrais no prazo de até 30 (trinta) dias da data da ocorrência.

5.6.1 – O **BENEFICIÁRIO** incluído no curso do contrato somente terá direito à cobertura, nos termos e limites deste contrato, a partir da data de sua inclusão no plano.

5.6.2 – A inclusão de dependente somente será autorizada pelo **MEDPLAN** por ocasião da inclusão do titular, ou em casos de nascimento, adoção de menores até 12 anos de idade ou casamento, e desde que no prazo de 30 (trinta) dias da data da ocorrência.

5.6.3 – Está assegurada a inscrição de filho adotivo, menor de 12 anos de idade, aproveitando os períodos de carências já cumpridos pelo beneficiário titular adotante.

5.7 – As inclusões ou exclusões cadastrais obedecerão, além do previsto neste contrato e seus termos aditivos, as normas administrativas do **MEDPLAN**. **Não serão permitidas as inclusões de BENEFICIÁRIOS que estejam cumprindo aviso prévio ou que se encontrem afastados de suas atividades profissionais.**

5.8 – O **MEDPLAN** fornecerá identificação específica aos **BENEFICIÁRIOS** incluídos no contrato, que os habilitará ao uso dos benefícios previstos no seu plano.

5.9 – As exclusões cadastrais implicarão na perda do direito da cobertura do atendimento sendo obrigação do **CONTRATANTE** recolher e devolver ao **MEDPLAN** toda a documentação que possibilite a utilização do sistema.

5.10 - Se, por hipótese, o usuário, após sua exclusão do sistema, continuar a utilizar o sistema através de documentos não devolvidos (por exemplo, a “carteira do plano”) ficará o **CONTRATANTE** responsável por tais atos podendo, inclusive, o **MEDPLAN**, se assim lhe aprouver, efetuar a cobrança devida diretamente ao **CONTRATANTE**.

Cláusula 6ª- DA COBERTURA PARA SAÚDE MENTAL

A cobertura de custos para saúde mental a que se refere este contrato corresponde ao estabelecido como obrigatório pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, dividindo-se em:

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

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;

Tratamento básico com consultas médicas psiquiátricas para os transtornos psiquiátricos incluídos no CID-Código Internacional de Doenças-versão 10;

Internação hospitalar Psiquiátrica em hospital especializado ou unidade psiquiátrica em hospital geral, para todos os transtornos psiquiátricos incluídos no CID-Código Internacional de Doenças-versão 10, em situação de crise, com a exceção dos quadros de dependência química, incluindo o alcoolismo. Haverá custeio integral por 30 (trinta) dias de internação por ano; após este período, nos casos em que o beneficiário necessite permanecer internado,

haverá co-participação do usuário no custeio dos dias que excederem os prazos acima, no montante de 30%, conforme definido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;

Internação hospitalar em Unidade Clínica para os quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outra forma de dependência química que necessitem de hospitalização, com custeio integral por 15 (quinze) dias de internação por ano de contrato não cumulativos, em hospital geral; após este período, nos casos em que o beneficiário necessite permanecer internado, haverá co-participação do usuário no custeio dos dias que excederem os prazos acima, no montante de 30%, conforme definido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

6.1. – Considera-se que uma pessoa acha-se em situação de crise sempre que a mesma estiver em pelo menos uma das seguintes condições de risco pessoal provocadas por transtorno mental concomitante:

- a) Risco de vida ou riscos físicos (e.g. ameaça ou tentativa de suicídio, auto-agressão);
- b) Risco de danos morais importantes (e.g. perda de decoro, destruição ou dilapidação de bens pessoais);
- c) Risco de incapacitação (e.g. perda do trabalho, da carreira escolar ou da função social relevante).

6.2. – O usuário poderá dispor de 08 (oito) semanas anuais de tratamento em regime de hospital-dia para os portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise. Para os diagnósticos F00 a F09 (transtornos mentais orgânicos), F20 a F29 (esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes), F70 a F79 (retardo mental) e F90 a F98 (transtornos de comportamento e transtornos emocionais habituais na infância e na adolescência), esta cobertura será estendida até 180 (cento e oitenta) dias por ano.

Cláusula 7ª - 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 para tratamento domiciliar.
10. 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.
11. Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico, bem como para finalidade exclusivamente estética.
12. Fornecimento de óculos, lentes oculares e aparelhos ortopédicos.
13. Fornecimento em regime ambulatorial de medicamentos, vacinas (exceto para dessensibilização), e material de curativo.
14. Inseminação artificial: incluindo as internações, intervenções cirúrgicas, tratamentos e demais procedimentos médicos destinados à inseminação artificial.
15. 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).
16. 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.
17. Medicamentos de manutenção no pós-operatório dos transplantes.

18. Procedimentos clínicos ou cirúrgicos, órteses e próteses para fins estéticos, incluindo a esclerose de varizes com indicação estética.
19. Procedimentos, exames ou tratamentos realizados fora da área de abrangência prevista neste contrato.
20. Procedimentos não relacionados no Rol de Procedimentos elaborado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).
21. Procedimentos relacionados com os acidentes de trabalho e suas conseqüências, moléstias profissionais, assim como os procedimentos relacionados com a saúde ocupacional (exames admissionais, demissionais, mudanças de função e periódicos).
22. Procedimentos odontológicos.
23. Procedimentos ou exames realizados no exterior, ainda que a coleta do material seja feita no Brasil.
24. Quaisquer procedimentos referentes a tratamento rejuvenescedor ou emagrecedor com finalidade estética.
25. Qualquer outro tipo de transplantes, à exceção dos de córnea e rim.
26. Tratamento clínico ou cirúrgico em caráter experimental.
27. Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes.
28. Tratamentos para redução de peso em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estadas em estâncias hidrominerais e climáticas, SPA.
29. Tratamento em clínicas para acolhimento de idosos ou clínicas de repouso que não necessitem de cuidados em ambiente hospitalar.
30. 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.

Cláusula 8ª - DAS CARÊNCIAS

As carências são cláusulas que operam uma limitação na eficácia do contrato, ou seja, para determinadas doenças ou espécies de tratamento, a responsabilidade de cobertura do

MEDPLAN somente irá ter início a partir do transcurso de certo período, previamente estipulado neste contrato.

8.1 No plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial com número de participantes igual ou superior a trinta beneficiários não será exigido o cumprimento de prazos de carência ou de cobertura parcial temporária/agravo. E ocorrerá da seguinte forma:

8.1.1 PARA OS BENEFICIÁRIOS QUE ADERIREM AO PLANO NO PRAZO QUE CORRERÁ ENTRE A DATA DA CELEBRAÇÃO DO CONTRATO ATÉ NO MÁXIMO 30 (TRINTA) DIAS:

I. SEM PRAZOS DE CARÊNCIA ou COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA: Para todos os procedimentos de cobertura contratual.

8.1.2. – PARA OS BENEFICIÁRIOS QUE TENHAM SE VINCULADO À CONTRATANTE APÓS A DATA DA CELEBRAÇÃO DO CONTRATO E QUE TENHAM FORMALIZADO A SOLICITAÇÃO DE ADESÃO AO PLANO ATÉ 30 (TRINTA) DIAS DE SUA VINCULAÇÃO:

I. SEM PRAZOS DE CARÊNCIA ou COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA: Para todos os procedimentos de cobertura contratual.

8.1.3. – PARA OS BENEFICIÁRIOS VINCULADOS À DATA DA CELEBRAÇÃO DO CONTRATO QUE NÃO SOLCITARAM ADESÃO NOS 30 DIAS SUBSEQUENTES OU AOS QUE VIERAM A VINCULAR-SE À CONTRATANTE, MAS QUE NÃO SOLICITARAM A ADESÃO AO PLANO NO PRAZO DE 30 (TRINTA) DIAS DA DATA DE SUA VINCULAÇÃO:

I. CARÊNCIA DE 24 (VINTE E QUATRO) HORAS: Para atendimentos de urgência / emergência em prontos-socorros, incluindo os decorrentes de acidentes pessoais e as complicações gestacionais, dentro das seguintes condições de cobertura:

a) Os atendimentos de urgência decorrentes de acidente pessoal serão garantidos em caráter integral, incluindo internações, após decorridas 24 (vinte e quatro) horas de vigência do contrato.

b) Nos atendimentos às complicações no processo gestacional a cobertura está limitada às primeiras 12 (doze) horas em ambulatório. Para esses casos, estão incluídos nos

atendimentos de urgência em prontos-socorros a consulta, os exames de apoio diagnóstico, os procedimentos e os recursos terapêuticos realizados ou utilizados somente durante esse atendimento; caso se torne necessária a internação hospitalar, a sua cobertura obedecerá os limites e normas estabelecidos nas Cláusulas que tratam das carências para internações e para parto.

§ 1º – Nos casos de beneficiárias do contrato grávidas, **que estejam em cumprimento de carência**, aplicam-se as coberturas de urgência e emergência previstas no item acima, ou seja, **NÃO há cobertura para parto, e o recém-nascido NÃO tem direito aos 30 (trinta) dias de cobertura após o parto** e nem terá assegurada sua inscrição com isenção ou aproveitamento dos períodos de carência. O atendimento integral às complicações decorrentes do processo gestacional somente ocorrerá após decorridos 180 (cento e oitenta) dias do início da vigência do contrato.

c) Os atendimento às emergências, assim entendidas como sendo as situações que impliquem em risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis ao paciente, caracterizadas em declaração do médico assistente, estão limitados às primeiras 12 (doze) horas em ambulatório. Estão incluídos nos atendimentos de emergência em prontos-socorros a consulta, os exames de apoio diagnóstico, os procedimentos e os recursos terapêuticos realizados ou utilizados somente durante esse atendimento; caso se torne necessária a internação hospitalar, a sua cobertura obedecerá os limites e normas estabelecidos nas Cláusulas que tratam das carências para internações e para cobertura das doenças e lesões pré-existentes.

§ 1º – Nos casos de urgências e emergências verificadas durante os prazos de carências, o atendimento se fará exclusivamente na modalidade de Cobertura Parcial Temporária – CPT e em nível ambulatorial em unidades de Pronto Socorro e pelo período máximo de 12 (doze) horas, contados do início do atendimento.

II. CARÊNCIA DE 30 (TRINTA) DIAS : Para os atendimentos eletivos definidos abaixo:

- a) Consultas no Núcleo de Orientação Médica do MEDPLAN;
- b) Consultas em consultórios, clínicas e centros médicos credenciados.
- c) Exames complementares básicos de diagnóstico, definidos em cláusula contratual específica;

III. CARÊNCIA DE 180 (CENTO E OITENTA) DIAS: Para os procedimentos abaixo listados, de acordo com a cobertura aqui definida:

a) Complicações decorrentes do processo gestacional: o atendimento integral às complicações decorrentes do processo gestacional somente ocorrerá após decorridos 180 (cento e oitenta) dias do início da vigência do contrato. Neste caso, há cobertura para parto, o recém-nascido tem direito aos 30 (trinta) dias de cobertura após o parto e terá assegurada sua inscrição com isenção ou aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pela mãe.

b) Emergências: atendimento integral, incluindo internações, para os casos não relacionados com doenças e lesões preexistentes. O atendimento aos casos de doenças e lesões preexistentes estará sujeito ao cumprimento do prazo de carência de 24 (vinte e quatro meses) Antes deste prazo, o atendimento ocorrerá em regime de Cobertura Parcial Temporária (CPT).

c) Exames ou procedimentos terapêuticos ambulatoriais especiais;

d) Internações Clínicas e Cirúrgicas e demais procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde elaborado pela Agência Nacional de Saúde e (ANS), RN nº 167/08 e suas atualizações.

IV. CARÊNCIA DE 300 (TREZENTOS) DIAS: Para partos a termo: são aqueles ocorridos no período de 37 a 41 semanas de gestação.

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

§ 1º– 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).

V. CARÊNCIA DE 24 (VINTE E QUATRO) MESES: Para eventos cirúrgicos, internações cirúrgicas, internações em leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade (definidos na RN nº 167/08) relacionados às doenças e lesões preexistentes das quais o beneficiário saiba ser portador ou sofredor à época da contratação do plano,

tendo optado pelo **regime de CPT – Cobertura Parcial Temporária** para assistência a tais doenças e lesões.

§ 1º– Nos casos de urgências e emergências verificadas durante os prazos de carências, o atendimento se fará exclusivamente na modalidade de Cobertura Parcial Temporária – CPT e em nível ambulatorial em unidades de Pronto Socorro e pelo período máximo de 12 (doze) horas, contados do início do atendimento.

§ 2º– Para os casos em que o beneficiário encontrar-se em cumprimento de carência, quando for necessária a continuidade do atendimento de emergência, a internação ou a realização de procedimentos da exclusiva cobertura hospitalar, ainda que na mesma unidade prestadora e em tempo menor que 12 (doze) horas, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira a partir da necessidade de internação passará a ser do **CONTRATANTE**, não cabendo nenhum ônus ao **MEDPLAN**.

§ 3º – Os exames e serviços complementares, realizados em regime de internação, somente terão cobertura de custeio quando a internação estiver sob a cobertura do **MEDPLAN**, observadas as carências contratuais.

§ 4º – O atendimento de urgência decorrente de acidente pessoal será garantido em caráter integral, incluindo internações, após decorridas 24 (vinte e quatro) horas da vigência do contrato.

Cláusula 9ª- COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA E AGRAVO

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.

A COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA: é aquela que admite num prazo de 24 (vinte e quatro) meses 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 através da Resolução RN nº167/08 ou outras que venham a sucedê-la. 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 RN nº 167/08 e informada em termo de ciência expedido para cada BENEFICIÁRIO.

Nos casos em que o beneficiário optar pelo Agravo 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.

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 agravo 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.

O **MEDPLAN** poderá, por sua livre iniciativa, oferecer cobertura total no caso de doenças e lesões preexistentes, sem qualquer ônus adicional para o consumidor e sem que constitua obrigação da operadora estender tal benefício aos demais consumidores.

Os atendimentos caracterizados como urgência e emergência relacionados às doenças ou lesões preexistentes, durante os períodos de carência, terão cobertura igual àquela assegurada na segmentação ambulatorial.

9.1 - Quando for necessária, para a continuidade do atendimento de emergência e urgência, a internação ou a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e em tempo menor que 12 (doze) horas, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser do **CONTRATANTE**, não cabendo qualquer ônus ao **MEDPLAN**;

§ 1º. Nos casos previstos acima, quando não possa haver remoção por risco de vida, o **CONTRATANTE** e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade do atendimento, desobrigando-se, assim, o **MEDPLAN**, desse ônus.

§ 2º. Caberá ao **MEDPLAN** o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento.

§ 3º. 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 do SUS.

§ 4º. Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida no § 2º deste item, o **MEDPLAN** estará desobrigado da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

Cláusula 10ª- DAS CONSULTAS MÉDICAS

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

10.1 - 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 à coberturas, exclusões, carências e **PROGRAMA ESPECIAL DE ACOMPANHAMENTO CLÍNICO** previsto na Cláusula 14ª.

Cláusula 11ª - DOS ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

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

A) PRONTOMED ADULTO

Rua Paissandu, 1842 - Centro, Teresina-PI

Telefone: 3221-1234

B) PRONTOMED INFANTIL

Av. Frei Serafim, 1984 - Centro, Teresina-PI

Telefone: 3222-1234

11.1 – Os Atendimentos de Urgência e Emergência realizados, terão a cobertura de custos assegurada pelo Medplan dentro das condições e demais cláusulas deste contrato.

Cláusula 12ª - 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 elaborado pela ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, RN nº 167/08, nas condições e demais cláusulas deste contrato.

12.1 – As solicitações de exames ou procedimentos emitidas por médico assistente, deverão ser apresentadas ao **MEDPLAN** para apreciação.

12.2 – 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 Penisscopia.

12.3 – 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.

12.4 – 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.

12.5 – 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.

12.6 - Para fins deste contrato, são considerados **procedimentos de alta complexidade**, todos aqueles definidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, RN nº 167/08 .

12.7 – 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.

Cláusula 13ª - DAS INTERNAÇÕES HOSPITALARES

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

13.1 – As internações se farão em apartamento até o limite de 365 (trezentos e sessenta e cinco dias) por beneficiário, por ano de contrato, ressalvado o disposto no subitem 13.2 desta cláusula e incluirão os seguintes serviços:

- a) internação de natureza clínica;
- b) internações cirúrgicas, inclusive equipe médica, conforme norma da Associação Médica Brasileira-AMB;
- c) sala de cirurgia, UTI, unidade coronariana e unidade respiratória, berçário e UTI neonatal;
- d) taxas e aluguéis de equipamentos, materiais e medicamentos referenciados;
- e) serviços de enfermagem e alimentação do paciente;

f) acomodação para 01(um) acompanhante do beneficiário com idade de até 18 (dezoito) anos, maiores de 60 (sessenta) anos e portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente;

13.2 - As internações de beneficiários portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise, por prazo não superior a 30 (trinta) dias por ano, serão custeadas integralmente pelo **MEDPLAN**, excetuando-se os quadros de dependência química, incluindo o alcoolismo.

13.3 – Serão igualmente custeadas pelo **MEDPLAN** as internações de beneficiários portadores de quadros de intoxicação ou abstinência química que necessitem de hospitalização por prazo de até 15 (quinze) dias por ano.

13.4 – O **MEDPLAN** arcará também com o custeio integral de 12 (doze) sessões de Psicoterapia de crise por ano, a serem realizadas em nível ambulatorial, com duração máxima de 12 (doze) semanas.

13.5 - 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;

13.6 - As internações eletivas ou programadas somente terão cobertura quando autorizadas previamente pelo **MEDPLAN**, devendo o beneficiário solicitar autorização nas agências do **MEDPLAN**;

13.7 - A falta de comunicação sobre as razões da internação, acarretará a não cobertura das despesas resultantes do atendimento;

13.8 – 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.

13.9 – 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.

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

13.11 – 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.

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

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

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

13.14 – 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 14ª - DO PROGRAMA ESPECIAL DE ACOMPANHAMENTO CLÍNICO

As doenças e os tratamentos a seguir relacionados, serão acompanhadas 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) Tratamento fisioterápico para reabilitação;
- e) 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)
- ❖ Doenças psiquiátricas e tratamento de dependência química (CID F00-F99)

14.1 – 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 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 – DO REAJUSTE DE VALORES

As contraprestações pecuniárias serão reajustadas da seguinte maneira:

A) 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.

§ 1º – Os reajustes dos aditivos serão realizados na mesma data do reajuste principal.

B) 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.

§ 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;

§ 3º– Os percentuais de reajuste entre as faixas etárias poderão também ser pactuados entre as partes contratantes através de termo aditivo contratual, parte integrante deste contrato, tendo o seu cálculo baseado na composição etária do total dos beneficiários.

Cláusula 17ª - DA FORMA DE PAGAMENTO

O pagamento dos serviços prestados pela **CONTRATADA**, será de responsabilidade da **CONTRATANTE**. Efetuados nos prazos convencionados a seguir:

- a) Primeira mensalidade e taxa de inscrição na assinatura da proposta;
- b) Contribuições mensais de acordo com a faixa etária, na data de seus vencimentos;

c) Reajuste das mensalidades estabelecido na data de aniversário do beneficiário que implique em mudança de faixa etária, e;

d) Reajuste das mensalidades estabelecido na data de aniversário do presente contrato.

17.1 - O não recebimento da cobrança mensal não desobriga o **CONTRATANTE** de quitar sua mensalidade até a data do vencimento, para poder contar com as coberturas contratuais. A **CONTRATADA** fica obrigada a fornecer, quando solicitado, recibo avulso para a quitação do débito.

17.2 - 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.

17.3 - Quando a data limite cair em dia que não haja expediente bancário, o pagamento da contraprestação poderá ser efetuado no primeiro dia útil subsequente.

17.4 - O pagamento posterior não quita débitos anteriores.

17.5 - O valor do pagamento por beneficiário cadastrado ou excluído após 10 (dez) dias corridos anteriores à data da fatura será cobrado integralmente na fatura subsequente à alteração cadastral, não implicando em justificativa para atraso de pagamento, qualquer divergência que ocorra, na relação de **BENEFICIÁRIOS**, devendo a fatura ser paga pelo valor apresentado, e os acertos serão realizados no faturamento seguinte.

17.6 – 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 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 após a alta hospitalar:

- 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 reembolso, no prazo de 20 (vinte) dias, após a entrega da documentação respectiva; o que acarretará um novo prazo de 10 (dez) dias a partir desta entrega.

18.3 - Os valores aprovados para reembolso serão pagos ao **BENEFICIÁRIO** identificado nos documentos descritos na Cláusula 18 item 18.1, sendo indispensável a apresentação de seu CPF, e a obediência às normas estabelecidas pela Secretaria da Receita Federal do Ministério da Fazenda.

Cláusula 19ª - DAS RECLAMAÇÕES

Quando o beneficiário se sentir insatisfeito com o atendimento médico previsto neste contrato, deverá encaminhar à **DIRETORIA TÉCNICA** do **MEDPLAN** formulário de reclamação fornecido pela mesma, onde deverá descrever o motivo da insatisfação, os profissionais que prestaram o atendimento, o local, seu nome completo e número do contrato.

19.1 - O **MEDPLAN** deverá se manifestar num prazo de 03 (três) dias sobre a reclamação recebida.

19.2 - Nos casos de discordâncias de natureza médica, referentes às coberturas previstas neste contrato, deverá ser constituída uma junta médica composta por 3 (três) membros: um nomeado pelo **MEDPLAN**, um pelo **CONTRATANTE** e um terceiro, desempassador, escolhido de comum acordo pelas partes cujo ônus cabe ao **MEDPLAN**.

19.3 - 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 aos 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, as empresas deverão solicitar à **ANS** autorização expressa para tanto.

Cláusula 21ª - DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

Haverá perda da qualidade de **BENEFICIÁRIO** nos casos em que forem comprovadas fraudes pelo mesmo.

Cláusula 22ª - DA VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO CONTRATO

O período de vigência do contrato será de 12 (doze) meses. Após 12 (doze) meses de vigência, o contrato poderá ser rescindido imotivadamente a qualquer tempo, por qualquer das partes, mediante notificação escrita, com 60 (sessenta) dias de antecedência, sem quaisquer ônus.

§ 1º. O presente contrato renovar-se-á automaticamente, ao final do período de vigência, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação, bem como não havendo incidência de qualquer período adicional de carência.

22.1 – 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.

22.2 – 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.

22.3 - As transferências deverão incluir o beneficiário titular e seus dependentes.

22.4 – Em caso de perda do vínculo do titular, previsto no artigo 9º da Resolução nº 195 da ANS, de dependência ou de fraude, a operadora poderá excluir ou suspender a assistência aos seus dependentes, ressalvado o previsto nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98.

22.4.1 – A garantia prevista no item 22.4 será garantida se for solicitada até 30 (trinta) dias da ocorrência da morte do titular;

22.5 – No caso de cancelamento do contrato os beneficiários poderão solicitar inclusão em plano de assistência à saúde na modalidade individual ou familiar, sem necessidade de cumprimento de novos prazos de carência.

22.5.1 – Considera-se, na contagem de prazos de carência para essas modalidades de planos, o período de permanência do beneficiário no plano coletivo cancelado.

22.5.2 – Inclui-se no universo de usuários de que trata o caput, o grupo familiar vinculado ao beneficiário titular.

22.5.3 – Os beneficiários dos planos coletivos cancelados deverão fazer a opção pelo produto individual ou familiar da operadora no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o cancelamento para terem direito ao disposto no item 22.5.

22.5.4 – É de responsabilidade do **CONTRATANTE**, informar aos beneficiários sobre o cancelamento do contrato, em tempo hábil ao cumprimento do prazo de opção de que trata o item 22.5.

22.6 - Extinto o contrato, qualquer que seja o motivo, o **MEDPLAN** deixará de ser responsável pela cobertura dos custos ou reembolso das despesas havidas após a extinção, passando esta responsabilidade para o **CONTRATANTE**, e ficando o **MEDPLAN** autorizado, desde logo, a efetuar a cobrança diretamente do **CONTRATANTE** dos eventuais custos gerados, sem prejuízo de quaisquer medidas judiciais ou extrajudiciais.

Cláusula 23ª - DA RESCISÃO

A rescisão ou denúncia do contrato dar-se-á após 12(doze) meses de vigência do contrato em função de notificação escrita prévia de 60 (sessenta) dias por parte do **CONTRATANTE**, ou da **CONTRATADA**; sem qualquer ônus.

Parágrafo único. Após o prazo acima referido fica o **CONTRATANTE** ciente que os **BENEFICIÁRIOS** não poderão mais usufruir qualquer atendimento médico ou hospitalar anteriormente previsto. Se os **BENEFICIÁRIOS** contrariarem o acima exposto todo e qualquer custo gerado por tal ato será de inteira e exclusiva responsabilidade do **CONTRATANTE**.

23.1. O presente contrato poderá, também, ser rescindido ou denunciado de pleno direito se o **CONTRATANTE**:

- a) deixar de efetuar o pagamento da mensalidade por prazo superior a 60 (sessenta) dias da data do vencimento, sejam eles consecutivos ou não durante a vigência do presente contrato, desde que o **CONTRATANTE** seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência.
- b) omitir ou prestar informações, ou tentar, para qualquer meio fraudulento, obter vantagem própria ou para seus dependentes durante a vigência deste contrato;

23.2. Decorrido o prazo de 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, sem que tenha sido efetuado o respectivo pagamento, o plano ficará de pleno direito cancelado, sem que caiba restituição das mensalidades já pagas.

23.3. Se o **CONTRATANTE**, na data do pedido de cancelamento do contrato, efetuar o pagamento da mensalidade, garantirá 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**.

23.4. O **CONTRATANTE** que na data de solicitação de cancelamento do contrato, não efetuar o pagamento da mensalidade, terá a cobertura contratual encerrada na mesma data.

Cláusula 24ª - DA DOCUMENTAÇÃO

São documentos do presente contrato a Proposta de Adesão, o recibo correspondente, bem como os anexos complementares, orientador médico da rede credenciada, os aditivos, tabela de preços, declarações de saúde, carta de orientação ao beneficiário, certificado de contratação, manual de orientação para contratação de planos de saúde, guia de leitura contratual e recibos de pagamento.

Parágrafo único: Qualquer alteração nestes 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. 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.

Cláusula 25ª - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E FORO

25.1. O presente contrato obriga as partes **CONTRATANTES** por si, seus herdeiros e sucessores.

25.2. O **CONTRATANTE** elege o foro do seu endereço indicado neste contrato para o caso de litígio ou pendência judicial, renunciando a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

25.3. 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 o pagamento da mensalidade.

25.4. 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.