

ÍNDICE

Da Natureza e Objeto do Contrato	02
Nome Comercial e Número de Registro do Plano na ANS	02
Das Definições	02
Das Características e Segmentação	05
Do Cadastro de Beneficiários	09
Da Cobertura para Saúde Mental	10
Das Exclusões	11
Das Carências	13
Da Cobertura Parcial Temporária e do Agravo	14
Da Utilização das Consultas Médicas	15
Dos Atendimentos de Urgência e Emergência	16
Dos Exames Complementares de Diagnóstico e Tratamento Ambulatorial	17
Das Internações Hospitalares	20
Do Programa Especial de Acompanhamento Clínico	21
Do Critério de Custeio	21
Do Reajuste de Valores	21
Da Forma de Pagamento	23
Do Reembolso	24
Das Reclamações	24
Dos Serviços Médicos Credenciados	25
Da Perda da Qualidade de Beneficiário	25
Da Vigência e Renovação do Contrato	25
Da Rescisão	27
Da Documentação e das Disposições Gerais	27
Do Foro	28

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 _____, inscrita no C.N.P.J. sob o número _____, com endereço na Rua _____, _____, Bairro: Centro, Cidade: _____, CEP: _____, 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 9656/98, 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 ambulatórios, 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 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, 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 médico-hospitalar regido por este contrato está registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS com o nome de **VITAL** e registro nº **436.643/01-3**.

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: 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.

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

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. 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.

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

XX. 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.

XXI. 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.

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

XXIII. 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.

XXIV. 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.

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

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

XXVII. 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.

XXVIII. 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 VITAL	Registro ANS nº 436.643/01-3
Acomodação	Enfermaria
Segmentação	Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia
Área de Abrangência do Plano	Municipal (Teresina-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 médico-hospitalar com obstetrícia, 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 Procedimentos 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 peritoneal (CAPD);
- b)** quimioterapia oncológica ambulatorial;
- c)** radioterapia ambulatorial;
- d)** procedimentos de hemodinâmica ambulatorial;
- 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 do **MEDPLAN**;

4.10. Cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, valor 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 quaisquer taxas 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 ambulatorialmente, 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 da ANS vigente à época do evento;

e) radiologia intervencionista;

f) nutrição parenteral ou enteral;

g) hemoterapia;

h) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;

i) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento;

j) procedimentos de fisioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à 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 até 30 (trinta) 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 para 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 **ENFERMARIA**.

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

6.1. 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;

6.2. 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;

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

6.4. Internação hospitalar Psiquiátrica em hospital especializado ou unidade psiquiátrica em hospital geral, para todos os transtornos psiquiátricos incluídos no CID-Código Internacional de Doenças-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 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;

6.5. 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. 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 os prazos acima, no montante de 30%, conforme definido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

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

6.7. Está garantida pelo presente contrato, a cobertura de 08 (oito) semanas anuais de tratamento em regime de hospital-dia para os portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise, a critério do médico assistente, sendo certo que, 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 de contrato.

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 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 e Eventos em Saúde 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 e Eventos em Saúde elaborado pela 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 8ª - 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. Nos contratos coletivos empresariais **com 30(trinta) ou mais beneficiários** as carências são as seguintes:

8.1. NÃO SERÁ EXIGIDO O CUMPRIMENTO DE CARÊNCIAS NOS SEGUINTE CASOS:

- 8.1.1. Para clientes vinculados ao CONTRATANTE incluídos no plano de saúde no período compreendido entre a data da celebração do contrato até o prazo máximo de 30 (trinta) dias.
- 8.1.2. Para os clientes que tenham se vinculado ao CONTRATANTE após o prazo inicial de adesão de 30 (trinta) dias e que tenham formalizado a solicitação de adesão até 30 (trinta) dias da data do aniversário do contrato.
- 8.1.3. Para clientes que adquirirem a condição de beneficiário no curso do contrato em razão de admissão, nascimento, casamento, adoção, tutela ou enteados de recém-admitidos, desde que incluídos no prazo de 30(trinta) dias da data da ocorrência (admissão, casamento, nascimento etc.).

8.2. SERÁ EXIGIDO O CUMPRIMENTO DE CARÊNCIAS NOS SEGUINTE CASOS:

- 8.2.1. Para os clientes vinculados à data da celebração do contrato que não solicitaram adesão nos 30 dias subseqüentes 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:

- a) Para atendimentos de urgência/emergência observadas as coberturas previstas 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**.

III. CARÊNCIA DE 180 (CENTO E OITENTA) DIAS:

- a) 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) vigente à época do evento.

IV. CARÊNCIA DE 300 (TREZENTOS) DIAS:

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

Cláusula 9ª - COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA E AGRAVO:

9.1. 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.

9.2. 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 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.

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

9.3. 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 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.

9.4. 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.

9.5. 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.

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

9.7. 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.**

9.8. 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.

9.9. 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.

9.10. 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.

9.11. 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.

9.12. 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.

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

9.14. 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 pelo **MEDPLAN**.

Cláusula 10ª – DA UTILIZAÇÃO DE 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.

11.1. A cobertura de custeio ou 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.

11.2. 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.

11.3. 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.

11.4. Os atendimentos de urgências decorrentes de acidente pessoal serão garantidos integralmente:

a) na data da adesão ao contrato para os casos descritos na Cláusula 8ª, item 8.1;

b) após decorridas 24(vinte e quatro) horas da vigência do contrato para os casos descritos na Cláusula 8ª, item 8.2;

11.5. Os atendimentos de urgências relacionadas as complicações gestacional e emergências ocorridas durante os períodos de carência para internação hospitalar ou decorrentes de doenças ou lesões preexistentes ocorridos durante o prazo de cobertura parcial temporária, terão cobertura limitada as 12 primeiras horas de atendimento em regime ambulatorial.

11.6. 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 eventos cirúrgicos, a responsabilidade financeira passará a ser do **BENEFICIÁRIO**.

11.7. 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**.

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

11.9. 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.

11.10. 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 as 12 horas de atendimento ambulatorial, ou antes desse período houver a necessidade de internação, o beneficiário terá direito, sob responsabilidade do MEDPLAN, a remoção para uma unidade de atendimento do Sistema único de Saúde – SUS.

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

11.12. 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.

11.13. 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 com da responsabilidade financeira da remoção.

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 e Eventos em Saúde elaborado pela ANS, vigente à época do evento, 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 prévia aprovação.

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 protombina, 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.

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. 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.

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, que não poderão ser responsabilizados pelo MEDPLAN em prazo superior a um dia útil.

Cláusula 13ª - DAS INTERNAÇÕES HOSPITALARES

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

13.1. As internações se farão em apartamento;

13.2. 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;

13.3. 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 a um dia útil.

13.4. 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.

13.5. 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.

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

13.7. 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.

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

a) carteira de associado;

b) carteira de identidade;

c) guia de internação hospitalar.

13.9. 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**.

13.10. 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 14ª - 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)

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:

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.

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

16.1.1. Nos termos da legislação vigente, o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, através de negociação entre as partes, tendo como base a variação do Índice VCMH (Variação de Custos Médico-Hospitalares), do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS). Este será apurado no período de 12 (doze) meses consecutivos, com uma antecedência de 60 (sessenta) dias em relação a data-base de aniversário, considerada esta o mês de assinatura do Contrato.

16.1.2. Caso seja verificado o desequilíbrio econômico-atuarial do contrato, este será reavaliado. O desequilíbrio é constatado quando o nível de sinistralidade da carteira ultrapassar o índice de 70% (Sm), cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 meses consecutivos, anteriores à data base de aniversário. Neste caso, para o cálculo do percentual de reajuste será aplicada a seguinte fórmula:

$$R = S - 1/Sm$$

Onde: **S** = Sinistralidade apurada no período (Mínimo de 12 meses)

Sm = Meta de Sinistralidade expressa em contrato

16.1.3. Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, previsto no item 16.1.2, o mesmo deverá ser procedido de forma complementar ao especificado no item 16.1.1 e na mesma data, de forma a garantir a anualidade dos reajustes.

16.2. REAJUSTE TÉCNICO:

Havendo alteração de faixa etária do beneficiário titular e/ou de beneficiário 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.

16.3. Na hipótese de descontinuidade do índice estabelecido no item 16.1.1, será estipulado novo índice mediante instrumento específico.

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

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

16.6. Nenhum contrato poderá receber reajuste em periodicidade inferior a 12(doze) meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de migração e adaptação do contrato à Lei 9.656/98.

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

Cláusula 17ª - DA FORMA DE PAGAMENTO

O pagamento dos serviços prestados pelo **MEDPLAN** será de responsabilidade do **CONTRATANTE** e deverão ser efetuados nos prazos convencionados a seguir:

a) Primeira mensalidade na assinatura da proposta;

b) Contribuições mensais de acordo com a faixa etária dos beneficiários, 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 será acertada no faturamento seguinte, devendo a fatura ser paga pelo valor apresentado.

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 **BENEFICIÁRIO** 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;
- e) qualquer outro documento ou informação que possa ser requerido pelo **MEDPLAN**.

18.2. O **MEDPLAN** poderá solicitar ao **BENEFICIÁRIO** 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.

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.

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

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

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 03 (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 desempassador 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 21ª - DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

Caberá ao **CONTRATANTE** solicitar a exclusão de beneficiários ao **MEDPLAN**, utilizando-se de correspondência datada ou de formulário fornecido pelo **MEDPLAN**.

Parágrafo único: O **MEDPLAN** só poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos **BENEFICIÁRIOS**, sem a anuência da **CONTRATANTE**, nas seguintes hipóteses:

I – fraude; ou

II – por perda dos vínculos de natureza empregatícia ou estatutária que o titular mantém com o **CONTRATANTE**, ou da perda do vínculo de dependência em relação ao titular, desde que previstos em regulamento ou contrato, ressalvado o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº. 9.656/1998.

Cláusula 22ª - DA VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO CONTRATO

O período de vigência do contrato será de 12 (doze) meses, a contar da data da assinatura do mesmo.

§ 1º - O presente contrato renovar-se-á automaticamente, ao final do período de 12 (doze) meses 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.

§ 2º - 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.

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 para um novo plano 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 os referidos benefícios no novo plano.

22.3. As transferências para um novo plano deverão incluir o beneficiário titular e seus dependentes.

22.4. Em caso de morte do beneficiário titular, o direito de permanência é assegurado aos seus dependentes cobertos pelo plano, nas mesmas condições que gozavam quando da existência do vínculo do titular com o **CONTRATANTE**, desde que assumam o pagamento integral das mensalidades, anteriormente de responsabilidade do **CONTRATANTE**.

22.4.1. O período de manutenção da condição de beneficiário acima referido será um terço de tempo de permanência no plano ou sucessor, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses.

22.4.2. A manutenção dos dependentes no plano após a morte do titular será garantida se for solicitada até 30 (trinta) dias da ocorrência da morte do titular. A comprovação da morte do titular deverá ser feita mediante apresentação de Atestado de Óbito ao **MEDPLAN**.

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. A inclusão dos beneficiários em plano de assistência à saúde na modalidade individual ou familiar implicará no pagamento de valores de mensalidades correspondentes aos valores praticados pelo **MEDPLAN** para o plano escolhido pelo beneficiário.

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

22.5.4. 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.

22.5.5. 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 data de extinção, passando esta responsabilidade para o **CONTRATANTE**, e ficando o **MEDPLAN** autorizado, desde logo, a efetuar a cobrança diretamente ao **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 do **MEDPLAN**, sem qualquer ônus.

Parágrafo único: Após o prazo de aviso prévio acima referido, estando o contrato cancelado, 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.

Não haverá atendimento por parte do **MEDPLAN** sem que o **CONTRATANTE** efetue o pagamento referente ao período de cobertura.

Cláusula 24ª - DA DOCUMENTAÇÃO E DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Fazem parte integrante 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.

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

24.4. 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.

24.5. 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.

Cláusula 25ª - DO FORO

25.1. 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.