

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

Cláusula 1ª – DA NATUREZA E OBJETO DO CONTRATO

O presente contrato tem por objeto a prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais na forma de plano privado de assistência à saúde prevista no inciso I, do artigo 1º da Lei nº 9.656/98, visando a assistência médico-ambulatorial 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 de adesão, revestido de característica bilateral, gerando direitos e obrigações para ambas as partes, na forma do disposto nos artigos 458 a 461 do Código Civil Brasileiro, estando sujeito também às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

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

O plano de assistência médica ambulatorial regido por este contrato está registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS com o nome de **Vital** e Registro ANS nº **453.263/04-5**.

Cláusula 3ª – DAS DEFINIÇÕES

Para fins deste contrato, considera-se:

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

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

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

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

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

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

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

VIII. Cobertura Parcial Temporária (CPT): é a suspensão, por um período ininterrupto de até 24 meses, da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que

relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal por ocasião da contratação ou adesão ao plano de saúde, conforme definição da Lei 9.656/98 e resoluções complementares.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

XIX. 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.

XX. 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.

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

XXII. 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.

XXIII. 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.

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

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

XXVI. 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.

XXVII. 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 INDIVIDUAL	REGISTRO ANS nº 543.263/04-5
Segmentação	Ambulatorial
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 médica ambulatorial, 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.

O Plano Ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório credenciado, definidos e listados no Rol de Procedimentos da ANS, vigente a época do evento, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que necessitem do apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, ou serviços de unidade de terapia intensiva e unidades similares, observadas as seguintes coberturas:

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 medicamentos registrados/regularizados na ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos definidos para a segmentação ambulatorial;

4.4. 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 Procedimento e Eventos em Saúde da ANS** vigente à época do evento.

4.5. Cobertura de psicoterapia, de acordo com o número de sessões estabelecido no **Rol de Procedimento e Eventos em Saúde da ANS** vigente à época do evento que poderão ser realizadas tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme indicação do médico assistente;

- 4.6. Cobertura dos procedimentos de fisioterapia listados no **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;
- 4.7. 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. 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;
- 4.9. 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;
- 4.10. Cobertura de hemodiálise e diálise peritoneal (CAPD);
- 4.11. Cobertura de 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;**
- 4.12. Cobertura dos procedimentos de radioterapia, incluindo megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletroterapia, radiomoldagem, radioimplantes e braquiterapias, definidos para a segmentação ambulatorial;
- 4.13. Cobertura dos procedimentos ambulatoriais diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica, descritos no **Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS** vigente à época do evento;
- 4.14. Cobertura de hemoterapia ambulatorial;
- 4.15. Cobertura de cirurgias oftalmológicas ambulatoriais;
- 4.16. 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 ;
- 4.17. 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;
- 4.18. 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;
- 4.19. Tratamento básico com consultas médicas psiquiátricas para todos os transtornos psiquiátricos incluídos no CID – Código Internacional de Doenças/Capítulo V;
- 4.20. Cobertura para atendimento pré-natal, correspondendo às consultas obstétricas e exames relacionados à gestação;
- 4.21. Cobertura ambulatorial para tratamento de lesões relacionadas a acidente do trabalho e cobertura para tratamento ambulatorial de doenças ocupacionais como lesão por esforços repetitivos (LER) e distúrbios osteomoleculares relacionados ao trabalho (DORT).

Cláusula 5ª - DA CO-PARTICIPAÇÃO

Os procedimentos cobertos por este contrato estarão sujeitos à co-participação de acordo com a seguinte tabela:

PROCEDIMENTOS	CO-PARTICIPAÇÃO
CONSULTAS	15% (QUINZE POR CENTO)
EXAMES	15% (QUINZE POR CENTO)
PROCED. AMBULATORIAIS	15% (QUINZE POR CENTO)
PROCED. DE ALTA COMPLEXIDADE	15% (QUINZE POR CENTO)

5.1. Os percentuais de co-participação para cada procedimento, terão como base a Tabela Medplan vigente na época da realização do procedimento.

5.2. Será de responsabilidade do **CONTRATANTE** o pagamento da co-participação pactuada.

5.3. A cobrança da co-participação será realizada juntamente com a fatura mensal.

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

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 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;

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. Cobertura de todos os atendimentos ambulatoriais decorrentes de transtorno psiquiátricos, incluídos os procedimentos médicos ambulatoriais necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas.

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. Embolizações;

9. Fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados.

10. Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar.

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. Medicamentos de manutenção no pós-operatório dos transplantes.
16. Procedimentos clínicos ou cirúrgicos, órteses e próteses para fins estéticos, incluindo a esclerose de varizes com indicação estética.
17. Procedimentos, exames ou tratamentos realizados fora da área de abrangência prevista neste contrato.
18. 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.
19. Procedimentos que exijam forma de anestesia diversa da anestesia local, sedação ou bloqueio;
20. 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).
21. Procedimentos odontológicos.
22. Procedimentos ou exames realizados no exterior, ainda que a coleta do material seja feita no Brasil.
23. Quaisquer procedimentos referentes a tratamento rejuvenescedor ou emagrecedor com finalidade estética.
24. Qualquer tipo de procedimento relacionado com transplantes, à exceção de tratamento clínico ambulatorial e diagnóstico para transplantes de córnea, de rim e para transplantes autólogos e alogênicos de medula óssea, definidos no Rol de Procedimentos da ANS vigente à época do evento.
25. Quimioterapia oncológica intra-tecal ou que demande internação;
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;

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. Os prazos de carência para os benefícios previstos no plano contratado são os seguintes:

8.1. CARÊNCIA DE 24 (VINTE E QUATRO) HORAS:

a) Para os atendimentos ambulatoriais de urgência/emergência observadas a cobertura prevista em cláusula específica do presente contrato.

b) Cobertura de remoção para unidade de atendimento do SUS, dentro dos limites de abrangência geográfica previsto neste contrato, após realizados os atendimentos ambulatoriais classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico-assistente, a necessidade de internação.

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

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

b) Consultas Médicas em consultórios, clínicas e centros médicos credenciados.

c) Exames complementares básicos de diagnóstico, definidos em cláusula contratual específica.

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

a) Exames ou procedimentos complementares ambulatoriais especiais previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde elaborado pela Agência Nacional de Saúde (ANS) vigente à época do evento e não relacionados a doenças e lesões preexistentes à data de adesão do **BENEFICIÁRIO** ao contrato.

Cláusula 9ª - DA 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 exames 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 exames e procedimentos de alta complexidade, relacionados às doenças e lesões preexistentes, assim caracterizadas pela legislação.** Os procedimentos de alta complexidade são definidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde elaborado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS vigentes a época do evento. No caso de aplicação da cobertura parcial temporária, o **MEDPLAN** irá considerar somente a suspensão dos exames 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 a 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 conforme previsto em cláusula específica deste contrato.

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 exames 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 ao **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 TITULAR 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 TITULAR** 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, 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 a 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 médica ambulatorial 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

Nos **CASOS ELETIVOS** os **BENEFICIÁRIOS** deverão dirigir-se, de 2ª a 6ª feira, das 8:00 às 18:00 hs ao **Núcleo de Orientação Médica do MEDPLAN**, localizado na Rua Coelho Rodrigues, 1921, Bairro: Centro, Cidade: Teresina-PI, CEP: 64000-080, telefone:(86) 3131-0700. Os **BENEFICIÁRIOS** serão consultados por Médicos Orientadores em três especialidades básicas: **Ginecologia, Clínica Geral e Pediatria**. Após a consulta com o Médico Orientador, conforme a necessidade diagnosticada, os **BENEFICIÁRIOS** serão encaminhados aos Médicos Consultores das diversas especialidades componentes da Rede Assistencial **MEDPLAN**, bem como serão encaminhados para a realização de exames complementares e procedimentos ambulatoriais. Não havendo necessidade de encaminhamento, será procedido o devido seguimento clínico no **Núcleo de Orientação Médica do MEDPLAN**.

9.1. A cobertura de custeio das consultas será realizada nos serviços participantes da rede credenciada do **MEDPLAN**, nas especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, e para as quais o médico ou serviço esteja autorizado pelo **MEDPLAN**, nas condições e demais cláusulas deste contrato, no que diz respeito à coberturas, exclusões, carências e **PROGRAMA ESPECIAL DE ACOMPANHAMENTO CLÍNICO** previsto na Cláusula 12ª.

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:

PRONTOMED ADULTO

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

PRONTOMED INFANTIL

Av. Frei Serafim, 1984 - Centro, Teresina-PI
Telefone: 3217-1234

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

11.2. É obrigatório a cobertura para o atendimento em pronto-socorro 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 complicações do processo gestacional.

11.3. Os atendimentos ambulatoriais de urgência e emergência estão consubstanciados na execução das atividades e procedimentos ambulatoriais destinados à preservação da vida, órgãos e funções, dentro dos limites e condições estabelecidas neste contrato.

11.4. Nas hipóteses de atendimentos de urgências e emergências, incluindo as complicações gestacionais, 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**.

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

11.6. Fica assegurada a remoção em ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, depois de realizados os atendimentos ambulatoriais, classificados como urgência e emergência, desde caracterizado pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade hospitalar para a continuidade do tratamento.

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

11.8. Quando não possa haver remoção por risco de vida do beneficiário, a **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.

11.9. 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.

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

Cláusula 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 - Agência Nacional de Saúde Suplementar, 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, triglicéridos, 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 Penoscopia.

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;

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 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, 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) Histeroscopia diagnóstica;
- j) Diálise ou hemodiálise;
- k) Hemoterapia Ambulatorial;
- l) Tratamento de doenças psiquiátricas em regime ambulatorial;
- m) Procedimentos cirúrgicos ambulatoriais em cirurgia plástica.

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 respondidos pelo MEDPLAN em prazo superior a um dia útil.

Cláusula 13ª – DO PROGRAMA ESPECIAL DE ACOMPANHAMENTO CLÍNICO

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

- a) Tratamento cirúrgico da refração;
- b) Tratamento de quimioterapia e radioterapia;
- c) Doenças e lesões, de acordo com os grupos de diagnósticos especificados pelos seus códigos internacionais de doenças:
 - Doenças do aparelho cardíaco-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)

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

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

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

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

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

14.2. O **CONTRATANTE** é o único responsável pela veracidade e correção de todas as declarações que vier a fazer quando da assinatura da Proposta de Adesão, bem como pela apresentação de todos os documentos indispensáveis

para a comprovação das informações prestadas, tais como carteira de identidade, CPF, ou certidão de nascimento e casamento. É também responsável pelo preenchimento das informações pessoais de cada um de seus dependentes.

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

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

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

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

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

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

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

14.9. Fica o beneficiário ou seu responsável obrigado a informar ao **MEDPLAN**, no momento do preenchimento da Declaração de Saúde, a condição de portador de doença ou lesão pré-existente, previamente à assinatura do contrato, sob pena de surgir a sanção prevista do art. 13, § único, II, da Lei 9.656/98.

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

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

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

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

Cláusula 15ª– DO CRITÉRIO DE CUSTEIO

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

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

As contraprestações pecuniárias serão reajustadas da seguinte maneira:

16.1. REAJUSTE FINANCEIRO:

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

16.2. REAJUSTE TÉCNICO:

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

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

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

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

Cláusula 17ª – DA FORMA DE PAGAMENTO

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

- a) a primeira mensalidade e taxa de inscrição na assinatura da proposta;
- b) as mensalidades subseqüentes correspondentes à sua faixa etária e de seus dependentes, de acordo com o estabelecido pelo **MEDPLAN** relativamente ao local, forma e data de pagamento.

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

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

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

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

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

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

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

Cláusula 18ª – DO REEMBOLSO

O reembolso das despesas de serviços médicos ambulatoriais é garantido, nos limites das obrigações contratuais, ao **CONTRATANTE** nos casos de urgência e emergência ocorridos dentro da área 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 ambulatoriais 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 do atendimento;
- b) nota fiscal discriminada, inclusive relação do material e medicamentos consumidos;
- c) recibos e notas fiscais de honorários da equipe médica, discriminando as funções e o evento a que se referem;
- d) qualquer outro documento ou informação que possa ser requerido pelo **MEDPLAN**.

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

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

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

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

Cláusula 19ª – DAS RECLAMAÇÕES

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

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

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

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

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

Cláusula 20ª – DOS SERVIÇOS MÉDICOS CREDENCIADOS

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

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

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

20.3. Excetua-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 continuidade 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 VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO CONTRATO

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

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

21.2. A data do vencimento das mensalidades será a da assinatura da Proposta de Adesão.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

§ 6º – O contrato estará cancelado na ocorrência comprovada de fraude ou dolo por parte do **TITULAR/CONTRATANTE** e demais beneficiários, sem prejuízo das perdas e danos cabíveis;

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

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

Cláusula 22ª – DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

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

Cláusula 23ª – DA RESCISÃO

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

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

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

Cláusula 24ª – DA DOCUMENTAÇÃO E DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

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

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

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

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

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

24.6. O contrato somente poderá ser mantido mediante a permanência de todos os beneficiários então existentes. Se isso não ocorrer, o contrato será extinto.

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

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

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

Cláusula 25ª – DO FORO

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