

**QUADRO RESUMO - PJ a partir de 100 até 199 vidas**

**I. QUALIFICAÇÃO DAS PARTES**

<b>CONTRATADA</b>
Denominação Social: <b>AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A.</b>
CNPJ/MF: 29.309.127/0001-79
Endereço: Av Dr Chucri Zaidan, s/n - Edif Tr. B Emp. Ez Towersandar 6-7-8-9-16-20 E 23 - Vila São Francisco (Zona Sul) – São Paulo/SP CEP: 04.711-130.
Nº ANS: 326305

<b>CONTRATANTE</b>
Denominação Social: <b>CONSELHO REGIONAL DE ENGENHARIA E AGRONOMIA DO ESTADO DO AMAZONAS</b>
CNPJ/MF: 04.322.541/0001-97
Endereço: R Costa Azevedo, Nº174 - Centro - Manaus/AM - CEP:69.010-230.

**II. DADOS DOS PRODUTOS CONTRATADOS**

PRODUTOS CONTRATADOS								
Registro ANS	Nome Comercial	Nome Resumido	Segmentação assistencial	Abrangência geográfica	Padrão de Acomodação	Copart	Reembolso para consultas, exames, honorários médicos, materiais e medicamentos	Reembolso exclusivo para consulta e honorários médicos
492091221	Amil S750 QP Nac R1 PJ SUP22	AMIL S750	Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia	Nacional	Individual	Não	Sim	Não

**III. BENEFICIÁRIOS**

<b>POPULAÇÃO INCLUÍDA NO CONTRATO</b>
Conforme relação apresentada para o Estudo de Cobertura de Risco ("ECR") n. 508722. O ECR é parte integrante do presente Contrato.

<b>DEPENDENTES INCLUÍDOS NOS PLANOS</b>
As PARTES decidem alterar o item 3.3 do Contrato, o qual vigorará com a redação indicada a seguir:
3.3. Poderão ser admitidos como BENEFICIÁRIO dependente as seguintes pessoas físicas que possuam comprovado grau de parentesco em relação ao BENEFICIÁRIO titular:
I. Esposa(o) ou companheira(o), condição comprovada mediante a apresentação de certidão de

casamento ou de Escritura Pública de União Estável, conforme o caso;

II. Filhos(as) solteiros(as), naturais ou adotivos do BENEFICIÁRIO titular, enteados, pessoas de quem o BENEFICIÁRIO titular possua guarda provisória ou definitiva e os tutelados pelo BENEFICIÁRIO titular, na forma da lei, desde que possuam até **39 (trinta e nove) anos, 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias**;

III. filhos do BENEFICIÁRIO Titular de qualquer idade com deficiência que impossibilite a realização de atividades para o sustento próprio, assim como os dependentes declarados no Imposto de Renda apresentado à Receita Federal do Brasil. Na impossibilidade de apresentação do documento citado (Imposto de Renda), poderão ser analisados outros documentos que tenham força legal para comprovação da dependência econômico-financeira.

#### PRAZOS DE INCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS

As PARTES decidem alterar o item 3.6.2. da Cláusula Terceira, o qual vigorará com a redação indicada a seguir:

3.6.2. As inclusões e exclusões cadastrais de Beneficiário Titular deverão ser informadas pela CONTRATANTE à CONTRATADA nos seguintes prazos:

Para inclusão de Beneficiário Titular, no prazo de até 90 (noventa) dias contados da data de admissão do Beneficiário Titular pela CONTRATANTE e/ou COCONTRATANTE.

Para inclusão de Beneficiário dependente sem carência, no prazo de 30 (trinta) dias da solicitação de inclusão de BENEFICIÁRIO dependente feita pelo BENEFICIÁRIO titular, decorrentes de casamento, constituição de união estável, nascimento, adoção.

Para exclusão de Beneficiário, titular ou dependente, no prazo de 30 (trinta) dias do fato que gerou alteração na qualificação/condição do Beneficiário, tais como demissão, divórcio, extinção da tutela/curatela, atingimento da idade-limite para a manutenção do Beneficiário ou casamento/constituição de união estável por parte do Beneficiário dependente.

#### IV. DURAÇÃO DO CONTRATO

##### DATA DE INÍCIO DA VIGÊNCIA:

01/05/2025

##### DURAÇÃO DO CONTRATO

24 (vinte e quatro) meses.

##### RENOVAÇÃO DO CONTRATO

As partes decidem incluir ao Contrato o item 6.4, conforme redação exposta a seguir:

6.4. Na renovação do Contrato, caso seja acordado entre as Partes a flexibilização do percentual de reajuste anual, em benefício da **CONTRATANTE**, de forma diversa da prevista na cláusula "REAJUSTE",

*Colm.*  
G

as partes, desde já, acordam que a nova negociação terá como premissas: o equilíbrio econômico-financeiro do Contrato; a prorrogação do prazo de vigência do Contrato; a possibilidade de cobrança de multa não compensatória em caso de descumprimento, pela **CONTRATANTE**, do prazo mínimo a ser acordado em Termo Aditivo para fazer jus a mencionada flexibilização do percentual de reajuste; e a manutenção das demais condições contratuais.

### PERÍODO DE IMPLANTAÇÃO

As partes decidem incluir ao Contrato o item 7.1.1., conforme redação exposta a seguir:

7.1.1. A **CONTRATADA** fornece à **CONTRATANTE** o prazo de **30 (trinta)** dias, a contar da data de início de vigência indicada no Quadro Resumo, para que esta realize a inclusão dos Beneficiários no Contrato. Uma vez incluídos dentro do prazo indicado neste item, os Beneficiários serão dispensados do cumprimento de carências.

## V. LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES - REEMBOLSO PARA CONSULTAS, EXAMES, HONORÁRIOS MÉDICOS, MATERIAIS E MEDICAMENTOS

### PREVISÃO DE LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES - Reembolso para consultas, exames, honorários médicos, materiais e medicamentos.

Para aqueles planos indicados no item II com previsão de livre escolha - reembolso para consultas, exames, honorários médicos, materiais e medicamentos, serão vigentes a(s) solicitações feitas diretamente a **CONTRATADA** através do canais de atendimento.

### PRAZO MÁXIMO PARA PAGAMENTO DE REEMBOLSO

S750:

- Consulta - 15 (quinze) dias úteis
- Exames e procedimentos - 15 (quinze) dias úteis
- Materiais e Medicamentos - 15 (quinze) dias úteis
- Internação - 15 (quinze) dias úteis

## VI. MECANISMO DE REGULAÇÃO

### IDENTIFICAÇÃO POSITIVA

A **CONTRATADA** poderá utilizar-se de meios digitais de validação (exemplos: biometria facial, digital, geolocalização, token entre outros) para efeito de identificação positiva dos **BENEFICIÁRIOS**, no momento da utilização dos serviços cobertos pelo contrato, de acordo com os meios disponíveis no momento e local do atendimento.

## VII. PREÇO E PAGAMENTO

### FORMAÇÃO DO PREÇO

Pré-estabelecido conforme demonstrativo analítico de faturamento mensal.

*Handwritten signature/initials*

## PREÇOS DOS PLANOS:

O preço da contraprestação mensal devida pela CONTRATANTE por beneficiário obedecerá à ordem seguinte:

Para **Beneficiários ATIVOS e INATIVOS**: (a saber: demitidos e aposentados) o preço fixado será o valor por faixa etária (em R\$) contido no Estudo de Cobertura de Risco ("ECR"). n. 508722 nos percentuais por faixa etária indicados no item VIII - REAJUSTE deste Quadro Resumo.

## CONTRIBUIÇÃO DO BENEFICIÁRIO PARA O PLANO:

Beneficiário titular contribui com o plano?

NÃO  SIM

Beneficiário titular contribui com o plano de dependente?

NÃO  SIM / As partes acordam que o percentual de Contribuição dos beneficiários será de acordo com a política interna de benefícios da Contratante.

## DATA DE VENCIMENTO DA FATURA:

Todo dia 01 (um) de cada mês.

## VIII. REAJUSTE

### PONTO DE EQUILÍBRIO DO CONTRATO:

As PARTES estabelecem que o item 14.4 do Contrato vigorará com a seguinte redação:

O reajuste anual será composto pelo Índice Financeiro descrito no item 14.5 e, caso os custos médicos ultrapassem **65% (sessenta e cinco por cento)** da receita obtida pelo pagamento das contraprestações (índice de sinistralidade do contrato), será incorporado a esse reajuste também o Índice Técnico, descrito no item 14.6, com o objetivo de equilibrar a relação contratual.

### REAJUSTE POR FAIXA ETÁRIA:

Para os planos indicados no item III "BENEFICIÁRIOS" do presente Quadro Resumo com preço fixado por faixa etária, seja para beneficiários ATIVOS ou INATIVOS, havendo alteração de faixa etária, deverão ser observadas as regras dispostas no item 14.12 das Condições Gerais do Contrato e os percentuais dispostos abaixo:

*Handwritten signature*

TABELA FAIXA ETÁRIA Amil S750 - Apartamento	
FAIXA ETÁRIA	CUSTO
00 a 18 anos	R\$541,29
19 a 23 anos	R\$633,29
24 a 28 anos	R\$772,63
29 a 33 anos	R\$927,15
34 a 38 anos	R\$973,52
39 a 43 anos	R\$1.070,87
44 a 48 anos	R\$1.454,98
49 a 53 anos	R\$1.600,48
54 a 58 anos	R\$2.000,60
59 ou mais	R\$3.501,06

### IX. COBERTURAS/SERVIÇOS ADICIONAIS

#### COBERTURAS/SERVIÇOS ADICIONAIS PARA O PLANO AMIL S750

Fazem parte do presente Contrato as seguintes coberturas/serviços adicionais:

- COBERTURAS EXTRA ROL - Conforme termo anexo ao presente contrato.

### X. DAS RESPONSABILIDADES

#### ADMINISTRAÇÃO E GESTÃO

A Invista Administradora será a responsável pela administração, cobrança, movimentação cadastral e intermédio do contrato de plano de saúde AMIL S750 junto à CONTRATANTE.

#### ANEXOS

Os Anexos descritos abaixo são parte integrante do presente Quadro Resumo e do Contrato e seus termos deverão ser integralmente observados e cumpridos pelas PARTES, conforme disposto a seguir:

- CONTRATO DE COBERTURA DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES COLETIVO EMPRESARIAL
- ESTUDO DE COBERTURA DE RISCO ("ECR")
- COBERTURAS EXTRA ROL

#### DECLARAÇÕES

Este Quadro Resumo é parte integrante do Contrato De Cobertura De Despesas Médico-Hospitalares Coletivo Empresarial.

As PARTES declaram aceitar todas as disposições, direitos e obrigações contidas neste documento, manifestando, sem reservas, sua plena concordância quanto aos termos ora expostos.

E, por estarem assim de acordo, assinam o presente termo em 02 (duas) vias de igual teor e forma, a fim de que se produzam os seus devidos e legais efeitos.

**ASSINATURAS**

Manaus, 07 de maio de 2025

**CONTRATADA:**

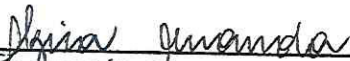


**AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A.**

Corretora: Invista Administradora

CNPJ: 22.695.083/0001-13

Cargo: Corretora



**CONTRATANTE: CONSELHO REGIONAL DE ENGENHARIA E AGRONOMIA DO ESTADO DO AMAZONAS**

Nome: Alzira Miranda De Oliveira

CPF: 606.196.942-20

Cargo: Presidente

**Testemunhas:**

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Esta página é parte integrante do Quadro Resumo ao Contrato De Cobertura De Despesas Médico-Hospitalares coletivo Empresarial, firmado entre **CONTRATADA E CONTRATANTE**. Este Quadro Resumo possui 6 (seis) páginas devidamente numeradas.

CLÁUSULAS	ASSUNTO	PÁGINA
	Conceitos	1
1	Dados Gerais do Contrato	5
	Qualificação da <b>CONTRATADA</b> e da <b>CONTRATANTE</b>	5
	Objeto do Contrato	5
	Nome Comercial e Número de Registro do Plano na ANS	5
	Tipo de Contratação	5
	Segmentação Assistencial do Plano	6
	Área Geográfica de Abrangência do Plano de Saúde	6
	Área de Atuação do Plano de Saúde	6
	Padrão de Acomodação	6
	Formação de Preço do Contrato	6
	Serviços e Coberturas Adicionais	7
2	Atributos do Contrato	7
3	Condições de Admissão	7
4	Coberturas e Procedimentos Garantidos	11
5	Exclusões de Cobertura	21
6	Duração do Contrato	23
7	Carências	24
8	Doenças e Lesões Preexistentes	25
9	Atendimento de Urgência e Emergência	28
10	Acesso à Livre Escolha de Prestadores – Produtos com reembolso para consultas, exames, honorários médicos e materiais e medicamentos	31
11	Acesso à Livre Escolha de Prestadores – Produtos com reembolso exclusivamente para consultas e honorários médicos e procedimentos	36
12	Mecanismos de Regulação	39
13	Formação de Preço e Contraprestação	46
14	Reajustes	48
15	Regras para Instrumentos Jurídicos de Plano Coletivo	50
16	Condições da Perda da Qualidade de <b>BENEFICIÁRIO</b>	56
17	Suspensão/Rescisão	58
18	Privacidade e Proteção de Dados Pessoais	60
19	Dos Códigos de Conduta e Programa de Ética e Compliance da <b>CONTRATADA</b>	61
20	Disposições Gerais	63
21	Do Foro	67

## | Conceitos

Os termos abaixo, quando empregados neste contrato, terão os seguintes significados:

- a. – **Área de Atuação do Produto** – especificação nominal dos municípios e/ou estados de cobertura e operação do plano, indicados de acordo com a Área Geográfica de Abrangência, nos quais a **CONTRATADA** está obrigada a garantir as coberturas de assistência à saúde, nos termos deste contrato.
- b. – **Área Geográfica de Abrangência** – área em que a **CONTRATADA** está obrigada a garantir as coberturas contratadas. A área geográfica de abrangência pode ser nacional, estadual, grupo de estados, municipal ou grupo de municípios.
- c. – **BENEFICIÁRIO** – pessoa física, titular ou dependente, vinculada à **CONTRATADA** por meio de contrato de plano de saúde individual ou familiar, coletivo empresarial ou coletivo por adesão.
- d. – **Carência** – período corrido e ininterrupto, contado a partir da data de início da vigência do contrato do plano privado de assistência à saúde, durante o qual o **CONTRATANTE** paga as contraprestações pecuniárias, mas ainda não tem acesso a determinadas coberturas. Os prazos de carência não se confundem com o prazo da Cobertura Parcial Temporária (CPT); esses prazos correm de maneira independente e não podem ser somados.
- e. – **Cobertura** – segmentação assistencial do plano de saúde que garante a prestação de serviços à saúde e compreende procedimentos clínicos, cirúrgicos, obstétricos, odontológicos e atendimento de urgência e emergência determinadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e neste contrato.
- f. – **Cobertura Parcial Temporária (CPT)** – cobertura assistencial que admite, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, contados a partir da data da contratação ou da adesão ao plano, a suspensão da cobertura de procedimentos de alta complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia (UTI, CTI, unidade coronariana, unidade intermediária e outros) e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente com as doenças ou lesões preexistentes (DLP) declaradas pelo **BENEFICIÁRIO** ou por seu representante legal por ocasião da contratação ou da adesão ao plano. Findo o prazo acima, a cobertura passará a ser integral, de acordo com a segmentação assistencial **CONTRATADA** e segundo os limites da Lei nº 9.656/98, do contrato e do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.

- g. – **Coparticipação** – mecanismo de regulação financeira que consiste na participação na despesa assistencial a ser paga diretamente à **CONTRATADA**, em caso de plano individual e familiar, ou à pessoa jurídica **CONTRATANTE**, em caso de plano coletivo, após a realização do procedimento.
- h. – **Dados Pessoais da CONTRATANTE** – significa qualquer dado pessoal que pertença à **CONTRATANTE**, que a **CONTRATADA** tenha recebido ou a que tenha tido acesso em conexão com o contrato.
- i. – **Doença ou Lesão Preexistente (DLP)** – doença ou lesão da qual o **BENEFICIÁRIO** ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação ou da adesão ao plano privado de assistência à saúde.
- j. – **Emergência** – como tal definidos os casos que implicarem risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis para o **BENEFICIÁRIO**, caracterizados em declaração do médico assistente.
- k. – **Equipe de Saúde** – Ver item “Porta de Entrada dos Serviços”.
- l. – **Franquia** – mecanismo de regulação financeira que consiste no estabelecimento de valor até o qual a **CONTRATADA** não tem responsabilidade de reembolso nem de pagamento da assistência à rede credenciada ou referenciada. A franquia é paga pelo **BENEFICIÁRIO** diretamente ao prestador da rede credenciada ou referenciada no ato da utilização do serviço.
- m. – **Inseminação Artificial** – técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e espermatozoides para alcançar a fertilização, por meio de injeções de espermatozoides intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas.
- n. – **Legislação de Proteção de Dados** – significa qualquer lei sobre privacidade e proteção de dados, incluindo a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), à qual a **CONTRATADA** esteja sujeita em conexão com o contrato (incluindo, sem limitação, e a título de exemplo, interpretações, decisões, acordos ou diretrizes de qualquer autoridade governamental).

- o. – **LGPD** – significa a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais, Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018, assim como suas eventuais alterações, regulamentações ou substituições posteriores.
- p. – **Porta de Entrada dos Serviços, Equipe de Saúde ou Unidade de Atenção Primária à Saúde** – são unidades pertencentes à rede credenciada do plano contratado e compostas por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e demais profissionais de saúde. Essa equipe multidisciplinar não somente poderá realizar avaliação prévia, como também fornecer as primeiras orientações aos **BENEFICIÁRIOS**, realizar consultas médicas e de enfermagem, fazer o planejamento de todo o cuidado médico apropriado, incluindo a programação dos diferentes retornos e o agendamento dos exames e demais cuidados que forem considerados necessários, além de dar ao **BENEFICIÁRIO** todas as orientações de saúde. Após avaliação técnica, se necessário, a equipe de saúde poderá encaminhar o **BENEFICIÁRIO** a outros especialistas pertencentes à rede credenciada ou fazer solicitação de exames e de procedimentos complementares.
- q. – **Programas Especiais de Atendimento e Direcionamento (PEA)** – programas que têm o objetivo de estimular a criação de uma relação sólida entre os **BENEFICIÁRIOS** e sua respectiva equipe de saúde, de maneira a formar entre eles um vínculo de suporte e confiança. Nesse sentido, a **CONTRATADA** disponibiliza aos **BENEFICIÁRIOS** as unidades de atendimento que funcionam como porta de entrada dos serviços, denominadas “Unidades de Atenção Primária à Saúde”.
- r. – **Reajuste** – qualquer variação positiva na contraprestação pecuniária, inclusive aquela decorrente de revisão ou reequilíbrio econômico-financeiro na carteira em função da variação dos custos médico-hospitalares ocorrida no período de um ano ou decorrente do deslocamento do **BENEFICIÁRIO** de uma faixa etária para outra.
- s. – **Rede Credenciada** – conjunto de estabelecimentos de saúde, incluindo equipamentos e recursos humanos, próprios ou contratados, indicados pela **CONTRATADA** para oferecer cuidado aos **BENEFICIÁRIOS** em todos os níveis de atenção à saúde, considerando ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. A lista de todos os prestadores – médicos, clínicas, laboratórios e hospitais – com os serviços de especialidades e de acordo com o plano estará disponível no endereço eletrônico da **CONTRATADA**.
- t. – **Reembolso** – mecanismo de regulação que permite o ressarcimento das despesas assistenciais realizadas pelo **BENEFICIÁRIO** aos prestadores de serviços não pertencentes à rede credenciada ou referenciada ao plano, nos termos do disposto neste contrato.

- u. – **Ressarcimento** – restituição das despesas assistenciais realizadas pelo **BENEFICIÁRIO** ao prestador de serviços não credenciado em razão de atendimento de urgência ou emergência comprovada quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pela **CONTRATADA**, em conformidade com o artigo 12, VI, da Lei nº 9.656/1998.
- v. – **Rol** – refere-se ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vigente à época da contratação e suas atualizações, bem como às suas Diretrizes de Utilização (DUT), Diretrizes Clínicas e Protocolos de Utilização. Para fins deste contrato, o rol compreende a cobertura mínima que deve ser garantida pela **CONTRATADA**, de acordo com a segmentação do plano. A responsabilidade pela atualização do rol é da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), e a lista completa de procedimentos contemplados por ele está disponível no site: [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br).
- w. – **Tabela Amil de Reembolso** – tabela que contém a relação dos procedimentos médico-hospitalares que servirá de base para o cálculo do reembolso de despesas médico-hospitalares realizadas pelo **BENEFICIÁRIO** quando do acesso à livre escolha de prestadores, para planos que preveem essa modalidade. Essa relação poderá ser atualizada com inclusões ou exclusões de procedimentos, sempre em conformidade com o rol. A Tabela de Reembolso está disponível para todos os **BENEFICIÁRIOS** no site da Amil ([amil.com.br](http://amil.com.br)) e também encontra-se registrada no 4º Ofício de Registro de Títulos e Documentos do Rio de Janeiro.
- x. – **Tratamentos Clínicos ou Cirúrgicos Experimentais** – são experimentais aqueles assim considerados pelo Conselho Federal de Medicina: os tratamentos que empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registradas/não regularizadas no país e aqueles cujas indicações não constem da bula/manual registrado na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).
- y. – **Urgência** – assim entendidos os casos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.
- z. – **Violação de Dados Pessoais** – significa um incidente de segurança que leve à destruição, perda, alteração, revelação não autorizada ou acesso, acidental ou ilegal, de dados pessoais.

1 | Cláusula Primeira

DADOS GERAIS DO CONTRATO

**I. QUALIFICAÇÃO DA CONTRATADA E DA CONTRATANTE**

**1.1 – A AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A.**, empresa classificada como Medicina de Grupo, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) sob o nº 32.630-5, doravante denominada **CONTRATADA**, encontra-se qualificada no Quadro-Resumo, que é parte integrante deste contrato.

**1.2 – A CONTRATANTE** é a pessoa jurídica identificada e qualificada no Quadro-Resumo e que mantém, na qualidade de **BENEFICIÁRIO**, a população que com ela possui vínculo empregatício ou estatutário.

**II. OBJETO DO CONTRATO**

**1.3 – O presente contrato tem por objeto a cobertura de custos e de despesas médicas e hospitalares realizadas por conta e ordem do BENEFICIÁRIO exclusivamente na rede credenciada ou por meio de reembolso, desde que nos limites da cobertura previstos neste instrumento e no rol.**

**1.3.1 – Todos os planos estão sujeitos aos Programas Especiais de Atendimento e Direcionamento (PEA) e terão por objeto seguir as diretrizes do programa, nos termos da cláusula “Mecanismos de Regulação – Gerenciamento de Ações de Saúde”.**

**III. NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS**

**1.4 – Os nomes comerciais e os números de registros dos planos perante a ANS, assim como as características específicas de cada produto, encontram-se descritos no Quadro-Resumo, que é parte integrante deste contrato.**

**1.4.1 – A escolha do plano será feita, exclusivamente, com base naqueles comercializados na região de atuação correspondente ao endereço da CONTRATANTE, conforme indicado no Quadro-Resumo, que é parte integrante deste contrato.**

**IV. TIPO DE CONTRATAÇÃO**

**1.5 – O tipo de contratação deste plano é coletivo empresarial, com oferta de cobertura de assistência médica e hospitalar aos BENEFICIÁRIOS definida nos termos da cláusula que trata das condições de admissibilidade.**

#### V. SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO

1.6 – A segmentação assistencial do plano é aquela indicada no Quadro-Resumo, que é parte integrante deste contrato.

#### VI. ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE

1.7 – As coberturas previstas neste contrato e em seus eventuais anexos serão prestadas na área geográfica especificada para o plano, conforme indicado no Quadro-Resumo, que é parte integrante deste contrato.

#### VII. ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE

1.8 – A área de atuação do plano é aquela indicada no Quadro-Resumo, que é parte integrante deste contrato.

#### VIII. PADRÃO DE ACOMODAÇÃO

1.9 – Em caso de internação hospitalar, o **BENEFICIÁRIO** terá direito à cobertura com acomodação em quarto coletivo (enfermaria) ou privativo (quarto ou apartamento), conforme descrito no Quadro-Resumo, que é parte integrante deste contrato.

1.9.1 – Em caso de indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos credenciados pelo plano, será garantido ao **BENEFICIÁRIO** acesso a acomodação em nível superior, sem ônus adicional.

1.9.2 – O **BENEFICIÁRIO** que optar por internação hospitalar em acomodação superior à de seu plano, ressalvada a hipótese prevista no item anterior, ficará direta e unicamente responsável pelas despesas complementares relativas aos serviços médicos e hospitalares (diferença de padrão de acomodação e honorários médicos).

1.9.3 – As despesas a que faz referência o item anterior serão pagas pelo **BENEFICIÁRIO** diretamente ao prestador de serviço/hospital e/ou à equipe médica assistente.

#### IX. FORMAÇÃO DE PREÇO DO CONTRATO

1.10 – A formação de preço do plano é aquela indicada no Quadro-Resumo, que é parte integrante deste contrato, e suas regras estão indicadas na cláusula “Formação de Preço e Contraprestação”.

## X. SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS

1.11 – Os serviços e as coberturas contratuais estão previstos em cláusula própria – “Coberturas e Procedimentos Garantidos” –, ao passo que os serviços e as coberturas adicionais, quando disponíveis no produto ou contratados, estarão descritos em anexo específico.

## 2 | Cláusula Segunda

### ATRIBUTOS DO CONTRATO

2.1 – O presente contrato estabelece a prestação continuada de serviços ou a cobertura de custos assistenciais na forma de plano privado de assistência à saúde, previsto no inciso I do art. 1º da Lei nº 9.656/98, e visa à assistência médica e hospitalar, com 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. Os serviços serão prestados aos **BENEFICIÁRIOS** por terceiros, de acordo com a área geográfica de abrangência, a rede credenciada do plano contratado, os parâmetros estabelecidos pela legislação vigente e as demais condições, exclusões e limites definidos neste contrato.

2.2 – Este contrato tem a natureza de contrato aleatório, de adesão e bilateral, gerando, portanto, direitos e obrigações para ambas as partes, nas formas previstas no Código Civil, no Código de Defesa do Consumidor e na Lei nº 9.656/98. Desse modo, o **BENEFICIÁRIO** tem ciência de que a **CONTRATADA** não está obrigada a oferecer cobertura na hipótese de o procedimento solicitado não constar do rol, deste contrato ou de seus eventuais anexos.

## 3 | Cláusula Terceira

### CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

3.1 – Na data de início da vigência deste contrato, a **CONTRATANTE** deverá incluir, no mínimo, 100 (cem) **BENEFICIÁRIOS**, entre titulares e dependentes, sendo essa quantidade mínima condição para início e manutenção do contrato.

3.1.1 – Caso a **CONTRATANTE** realize a opção pela contratação de planos pertencentes a outras linhas de produtos oferecidas pela **CONTRATADA** e desde que o requeira, a contabilização do número mínimo de **BENEFICIÁRIOS** poderá ser realizada conjuntamente, considerando o número total de **BENEFICIÁRIOS** incluídos em todos os planos contratados.

**CONTRATO DE COBERTURA DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES  
COLETIVO EMPRESARIAL**

**3.2** – Poderão ser admitidas como **BENEFICIÁRIO** Titular as pessoas físicas que mantenham, com a **CONTRATANTE**, relação empregatícia ou estatutária devidamente comprovada, podendo tal vínculo abranger:

- (i) os sócios da **CONTRATANTE**;
- (ii) os administradores da **CONTRATANTE**;
- (iii) os demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados que tenham sido vinculados anteriormente à **CONTRATANTE**, ressalvado o disposto nos caputs dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98;
- (iv) os agentes políticos;
- (v) os trabalhadores temporários;
- (vi) os estagiários e os menores aprendizes.

**3.3** – Poderão ser admitidas como **BENEFICIÁRIO** Dependente as seguintes pessoas físicas que possuam comprovado grau de parentesco em relação ao **BENEFICIÁRIO** Titular:

- (i) esposa(o) ou companheira(o), condição comprovada mediante a apresentação de certidão de casamento ou de Escritura Pública de União Estável, conforme o caso;
- (ii) filhos(as) solteiros(as) naturais ou adotivos(as) do **BENEFICIÁRIO** Titular, enteados(as), pessoas de quem o **BENEFICIÁRIO** Titular possua a guarda provisória ou definitiva e os tutelados pelo **BENEFICIÁRIO** Titular, na forma da lei, desde que possuam até 24 (vinte e quatro) anos completos;
- (iii) filhos do **BENEFICIÁRIO** Titular de qualquer idade com deficiência que impossibilite a realização de atividades para o sustento próprio, assim como os dependentes declarados no imposto de Renda apresentado à Receita Federal do Brasil. Na impossibilidade de apresentação do documento citado (Imposto de Renda), poderão ser analisados outros documentos que tenham força legal para comprovação da dependência econômico-financeira.

**3.3.1** – Em caso de pedido feito pelo **BENEFICIÁRIO** Titular para a inclusão de filho(s) natural(is) nascido(s) sob vigência do presente Contrato ou de filho(s) adotivo(s) menor(es) de 12 (doze) anos, serão aproveitados os mesmos períodos de carência já cumpridos pelo **BENEFICIÁRIO** Titular, desde que a inclusão ocorra em até 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção, respectivamente, devendo o **BENEFICIÁRIO** apresentar a respectiva documentação comprobatória do **BENEFICIÁRIO** Dependente.

**3.3.2** – Caso o pedido de inclusão mencionado no item anterior seja feito pelo **BENEFICIÁRIO** Titular após decorrido o prazo de 30 (trinta) dias, a inclusão do **BENEFICIÁRIO** Dependente ocorrerá com a exigência do cumprimento dos prazos de carência dispostos neste contrato, conforme disposição prevista em cláusula específica – “Carências”.

**3.3.3** – A exclusão de **BENEFICIÁRIOS** dependentes que deixem de preencher os requisitos de elegibilidade, previstos contratualmente, será processada automaticamente pela **CONTRATADA**.

**3.4** – São considerados **BENEFICIÁRIOS** deste contrato todos aqueles que:  
(i) sejam comprovadamente elegíveis nos termos dos itens anteriores;  
(ii) tenham sido expressamente nomeados pela **CONTRATANTE** e cadastrados pela **CONTRATADA**, de acordo com as normas estabelecidas neste contrato; (iii) tenham sido habilitados como tal pela **CONTRATANTE** no momento da implantação do contrato ou venham a ser incluídos posteriormente pela **CONTRATADA**.

**3.4.1** – Nenhuma indicação de **BENEFICIÁRIO** Dependente terá valor se não tiver sido feita mediante declaração escrita do **BENEFICIÁRIO** Titular, enviada à **CONTRATANTE** e ratificada pela **CONTRATADA**, na forma prevista na seção “Movimentação Cadastral”.

**3.4.2** – Sem prejuízo das declarações feitas pela **CONTRATANTE** e/ou pelos **BENEFICIÁRIOS**, as quais devem observar a boa-fé objetiva, a **CONTRATADA** poderá exigir, a qualquer tempo: (i) documentos constitutivos da pessoa jurídica **CONTRATANTE**; (ii) documentos que comprovem o vínculo entre o **BENEFICIÁRIO** Titular e a **CONTRATANTE** (comprovantes de vínculo empregatício, estatutário ou qualquer documento que demonstre a existência de um dos vínculos indicados no item 3.2 deste contrato, como carteira profissional e/ou E-Social ou cadastro de inscrição no FGTS); ou ainda (iii) documentos que comprovem o grau de parentesco e/ou a relação de dependência entre o **BENEFICIÁRIO** Titular e seus dependentes, como certidão de nascimento ou sentença de adoção, entre outros, cabendo à **CONTRATANTE**, em 72 (setenta e duas) horas, enviar à **CONTRATADA** os documentos solicitados, sob pena de exclusão contratual do **BENEFICIÁRIO** cuja elegibilidade não tiver sido comprovada, sem prejuízo das penalidades contratuais, cíveis e penais cabíveis.

**3.5** – Com relação aos **BENEFICIÁRIOS**, vigoram, ainda, as seguintes disposições:

**3.5.1** – Quando referidos em conjunto, tanto os **BENEFICIÁRIOS** Titulares quanto os **BENEFICIÁRIOS** Dependentes serão denominados simplesmente **BENEFICIÁRIOS**.

**3.5.2** – A admissão do **BENEFICIÁRIO** Dependente necessita da participação do **BENEFICIÁRIO** Titular no plano.

## **MOVIMENTAÇÃO CADASTRAL**

**3.6** – As inclusões ou exclusões cadastrais de **BENEFICIÁRIOS** obedecerão ao previsto neste contrato quanto a regras, critérios e condições de elegibilidade. Quanto aos prazos e ao período de movimentação cadastral indicado no Quadro-Resumo, deverão ser obedecidas, pela **CONTRATANTE** e por seus **BENEFICIÁRIOS**, as seguintes regras:

**3.6.1** – Quando do cadastramento dos **BENEFICIÁRIOS**, a **CONTRATANTE** deverá indicar: (i) os nomes e a classificação destes como titulares ou dependentes; (ii) a data de nascimento; e (iii) tratando-se de **BENEFICIÁRIO** Dependente, o grau de parentesco deste com o **BENEFICIÁRIO** Titular.

**3.6.2** – As inclusões e exclusões cadastrais deverão ser informadas pela **CONTRATANTE** à **CONTRATADA** no prazo de até 30 (trinta) dias, contados da demissão/admissão ou da solicitação de inclusão/exclusão de **BENEFICIÁRIO** Dependente feita pelo **BENEFICIÁRIO** Titular, decorrentes de casamento, constituição de união estável, nascimento, adoção ou óbito.

**3.6.3** – Não serão permitidas inclusões de **BENEFICIÁRIOS** que não tiverem comprovado o vínculo com a **CONTRATANTE**, que é responsável pela verificação das condições de admissibilidade do **BENEFICIÁRIO** e pelo envio da documentação correspondente, sem a qual a **CONTRATADA** não poderá proceder à movimentação cadastral.

**3.6.4** – Caso a **CONTRATANTE** não observe o dever de apurar o preenchimento, pelo **BENEFICIÁRIO**, das condições de admissibilidade, a **CONTRATADA** reserva-se o direito de, a qualquer tempo, excluir esse **BENEFICIÁRIO** do plano, sem prejuízo: (i) da responsabilização da **CONTRATANTE** pelas perdas e danos decorrentes dessa inclusão indevida; (ii) da aplicação das penalidades contratuais, cíveis e penais cabíveis; e (iii) do dever da **CONTRATANTE** de ressarcir a **CONTRATADA** pelas despesas decorrentes do descumprimento dessa obrigação e de eventuais utilizações por parte do **BENEFICIÁRIO**.

**3.7** – As exclusões cadastrais poderão ser requeridas pela **CONTRATANTE** ou pelo próprio **BENEFICIÁRIO**, nas hipóteses estabelecidas na cláusula que trata das condições da perda da qualidade de **BENEFICIÁRIO**. O ônus decorrente de utilização indevida do sistema por **BENEFICIÁRIO** excluído do contrato é da **CONTRATANTE**, ficando a **CONTRATADA** autorizada, desde logo, a efetuar a cobrança dos custos gerados por essa utilização.

**3.7.1** – No caso de inclusão ou exclusão de novos **BENEFICIÁRIOS**, titulares ou dependentes, a cobrança referente a essa inclusão/exclusão será realizada no sistema sob a forma pro rata e será cobrada, na fatura subsequente, um valor proporcional aos dias de cobertura do mês da inclusão/exclusão.

3.8 – Para fins de movimentação cadastral eletrônica, a **CONTRATADA** disponibilizará à **CONTRATANTE** senha de uso pessoal e intransferível, que permitirá o acesso a sistema próprio da **CONTRATADA**, ficando o usuário vinculado à referida senha responsável por todas as movimentações realizadas, bem como pelo uso adequado do sistema.

3.8.1 – A movimentação cadastral poderá, ainda, ser feita mediante envio de documentação relativa a **BENEFICIÁRIO** por portador indicado pela **CONTRATANTE**, ficando esta responsável pela informação e pela entrega do respectivo comprovante, em papel, arquivo, e-mail ou qualquer outro meio que demonstre a veracidade da solicitação.

3.9 – À **CONTRATADA** será concedido o prazo de 15 (quinze) dias, contados do recebimento da proposta de adesão ou da solicitação de inclusão de **BENEFICIÁRIOS** enviada pela **CONTRATANTE**, para avaliar o pedido (proposta/solicitação de inclusão). Será considerada como data da inclusão aquela indicada na proposta/solicitação de inclusão feita pelo **BENEFICIÁRIO**.

3.10 – A **CONTRATADA** fornecerá aos **BENEFICIÁRIOS** incluídos no contrato identificação específica, ainda que por meio exclusivamente digital, que os habilitará ao uso dos benefícios previstos no plano. Assegura-se à **CONTRATADA** a faculdade de cobrar pela segunda via dessa identificação específica, a seu exclusivo critério.

3.11 – No caso de extinção automática do contrato ou no caso de encontrar-se o contrato no decurso do prazo da denúncia prévia de extinção, não será permitida nenhuma movimentação cadastral até seu efetivo cancelamento.

#### 4 | Cláusula quarta

##### COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

4.1 – A cobertura será assegurada independentemente do local de origem do evento e se dará nos limites e de acordo com as características do plano contratado, conforme indicado no Quadro-Resumo, observando-se, entre outros, a área de abrangência e as disposições previstas no rol e no presente instrumento.

4.1.1 – Serão garantidas as coberturas assistenciais dos eventos e procedimentos que necessitem de anestesia, com ou sem a participação de profissional médico anestesiológico, caso haja indicação clínica. Caso o plano indicado no Quadro-Resumo preveja a garantia da cobertura de anestesiológico mediante reembolso, este será realizado nos limites da Tabela Amil de Reembolso do plano contratado.

4.1.2 – As coberturas e/ou serviços adicionais, quando contratados, estarão incluídos no Anexo – Coberturas Adicionais, que, mencionado no Quadro-Resumo, é parte integrante do presente contrato.

**I. Procedimentos cobertos em regime ambulatorial**

**4.2** – Este contrato contempla a cobertura de consultas médicas em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, bem como planejamento familiar, assim definido na Lei nº 11.935/2009 e na legislação vigente.

**4.3** – Estão compreendidos neste contrato, limitados às coberturas do rol vigente, os seguintes procedimentos considerados especiais:

**4.3.1** – Cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas), inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM).

**4.3.2** – Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e os demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitados por médico assistente ou cirurgião-dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação.

**4.3.3** – Cobertura de medicamentos registrados/regularizados pela Anvisa, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no rol, respeitadas eventuais exclusões contidas na cláusula “Exclusões Contratuais”.

**4.3.4** – Cobertura de consultas e sessões com nutricionista, de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol, conforme indicação do médico assistente.

**4.3.5** – Cobertura de consultas e sessões com fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo, de acordo com o estabelecido no Rol, conforme indicação do médico assistente.

**4.3.6** – Cobertura de psicoterapia de acordo com o estabelecido no Rol, que poderá ser realizada tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme indicação do médico assistente.

**4.3.7** – Cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol, que podem ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, em número ilimitado de sessões por ano, conforme indicação do médico assistente.

**4.3.8** – Cobertura das ações de planejamento familiar, listadas no rol, para segmentação ambulatorial.

4.3.15 – Cobertura dos procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais que prescindam de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidades de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no segmento ambulatorial do rol.

4.3.16 – Cobertura de hemoterapia ambulatorial.

4.3.17 – Cobertura das cirurgias oftalmológicas ambulatoriais listadas no rol.

## **II. Serviços complementares de diagnóstico e tratamento**

4.4 – Estão contemplados por este contrato, limitados ao plano contratado, às disposições deste instrumento e às hipóteses previstas no rol vigente, os serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo os procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista devidamente habilitado, desde que não se caracterize como internação, observando-se:

4.4.1 – Cobertura para os custos de consultas e sessões com nutricionista, de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol, conforme indicação do médico assistente.

4.4.2 - Cobertura para os custos de consultas e sessões com fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo, de acordo com o estabelecido no Rol, conforme indicação do médico assistente.

4.4.3 – Cobertura de psicoterapia de acordo com o estabelecido no Rol, que poderá ser realizada tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme indicação do médico assistente.

4.4.4 – Cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol, em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente.

4.4.5 – Cobertura para os custos dos procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais que prescindam de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidades de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no segmento ambulatorial.

4.3.9 – Cobertura de atendimento caracterizado como de urgência e emergência, conforme resolução específica vigente sobre o tema.

4.3.10 – Cobertura de remoção, depois de realizado o atendimento classificado como de urgência ou emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao paciente ou pela necessidade de internação.

4.3.11 – Cobertura de hemodiálise e diálise peritoneal (CAPD).

4.3.12 – Cobertura de quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo os medicamentos para o controle dos efeitos adversos relacionados com o tratamento e adjuvantes (medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou atuar de forma sinérgica ao tratamento) que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de saúde.

4.3.13 – Cobertura de medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, assim como medicamentos para o controle dos efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados com o tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, ressalvada a exclusão contida na cláusula “Exclusões Contratuais” para tratamentos experimentais e observando-se, preferencialmente, as seguintes características:

(i) medicamento genérico – medicamento similar a um produto de referência ou inovador que se pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após expiração ou renúncia da proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovada sua eficácia, segurança e qualidade e designado pela Denominação Comum Brasileira (DCB) ou, na sua ausência, pela Denominação Comum Internacional (DCI), conforme definido pela Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999; e

(ii) medicamento fracionado – aquele fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme a necessidade do paciente e a definição do órgão competente, atualmente a cargo da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

4.3.14 – Cobertura dos procedimentos de radioterapia listados no rol para a segmentação ambulatorial.

### III. Procedimentos cobertos em regime de internação hospitalar

4.5 – Está contemplada por este contrato, limitada ao plano contratado, às disposições deste instrumento e ao rol e desde que solicitada pelo médico assistente, a cobertura para os seguintes serviços hospitalares:

4.5.1 – Internações hospitalares, conforme o padrão de acomodação contratado e sem limites de prazo, valor e quantidade, desde que devidamente justificadas, por meio de relatório médico e consoante a boa prática médica, em hospitais e clínicas básicas e especializadas, para procedimentos clínicos ou cirúrgicos reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina, incluídos nos planos cuja segmentação assistencial contemple a obstetrícia, os procedimentos obstétricos e os de alta complexidade relacionados no rol.

4.5.2 – Internações hospitalares em centros de terapia intensiva ou similares, sem limite de prazo, valor e quantidade, a critério do médico assistente, desde que devidamente justificadas por meio de relatório médico e consoante a boa prática médica.

4.5.3 – Procedimentos cirúrgicos bucomaxilofaciais listados no rol para a segmentação hospitalar, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e os demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar.

4.5.4 – Cobertura de estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em ambiente ambulatorial, mas que, por imperativo clínico, necessitem de internação hospitalar, com equipe de saúde necessária à complexidade do caso, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar.

4.5.5 – Cobertura, limitada exclusivamente às coberturas do rol, dos seguintes procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada com a continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:

- (i) hemodiálise e diálise peritoneal (CAPD);
- (ii) quimioterapia oncológica ambulatorial, como definida no rol, e os medicamentos para tratamento antineoplásico domiciliar de uso oral;

- (iii) procedimentos radioterápicos previstos no rol para ambas as segmentações, ambulatorial e hospitalar;
- (iv) hemoterapia;
- (v) nutrição parenteral ou enteral;
- (vi) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no rol;
- (vii) embolizações listadas no rol;
- (viii) radiologia intervencionista;
- (ix) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- (x) procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no rol;
- (xi) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato, mediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes listados no rol, exceto o fornecimento de medicação de manutenção.

4.5.6 – As internações eletivas ou programadas somente terão cobertura quando autorizadas previamente pela **CONTRATADA**, nos termos da Resolução Normativa nº 566 ou de norma que eventualmente a substitua.

4.5.7 – A cobertura de qualquer taxa relacionada com o procedimento médico ocorrerá de acordo com o plano contratado, incluindo os materiais utilizados (nacionalizados e reconhecidos pela Anvisa).

4.5.8 – Salvo disposto de modo diverso no Anexo – Coberturas Adicionais quando este tiver sido contratado, a **CONTRATADA** garante a cobertura das despesas relativas ao acompanhante, salvo contra-indicação do médico ou cirurgião-dentista assistente, nos seguintes casos:

- (i) crianças e adolescentes menores de 18 (dezoito) anos;
- (ii) idosos a partir de 60 (sessenta) anos;
- (iii) pessoas portadoras de deficiência;
- (iv) pré-parto, parto e pós-parto imediato.

**4.5.8.1** – Compreendem-se como despesas de acompanhante aquelas relativas à mesma acomodação dispensada ao paciente e à alimentação, quando fornecida pelo hospital e incluída na conta hospitalar do estabelecimento onde se encontra o paciente.

**4.5.8.2** – A cobertura das despesas com acompanhante durante o pós-parto imediato se dará por 48h (quarenta e oito horas), podendo estender-se por até 10 (dez) dias, quando indicado pelo médico assistente.

**4.5.9** – Cobertura de exames complementares indispensáveis para diagnóstico e controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica constantes do rol, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação.

**4.5.10** – Cobertura dos custos de honorários médicos, por meio da utilização de rede credenciada ou de reembolso, quando o plano contratado previr essa modalidade, de acordo com os termos e as condições do contrato.

**4.5.11** – Cobertura dos serviços gerais de enfermagem, exceto em caráter particular.

**4.5.12** – Cobertura para leitos especiais, monitores e toda a aparelhagem e materiais indispensáveis ao tratamento.

**4.5.13** – Custeio com alimentação específica ou normal, fornecida pelo hospital, até a alta hospitalar, limitado aos recursos do estabelecimento.

**4.5.14** – Cobertura de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, apesar de terem sido utilizados todos os meios e técnicas necessárias para o tratamento de mutilação decorrente de utilização técnica de tratamento do câncer, abrangendo, inclusive, a mama colateral.

**4.5.15** – A cirurgia plástica reparadora terá cobertura contratual quando efetuada, exclusivamente, para restauração total ou parcial de funções em órgãos e membros, seja em lesão decorrente de enfermidade, seja em traumatismo ou anomalia congênita.

**4.5.16** – Próteses, órteses e seus acessórios, nacionalizados e reconhecidos pelo órgão governamental competente (Anvisa), serão cobertos exclusivamente quando utilizados e necessários à realização do ato cirúrgico previsto no rol da ANS, realizado em rede credenciada e observando-se os requisitos descritos nas cláusulas "Mecanismos de Regulação" e de "Livre Escolha".

4.5.17 – A cobertura dos custos dos transplantes previstos no rol, bem como das despesas relativas aos procedimentos a eles vinculados, somente será autorizada na rede credenciada específica divulgada pela **CONTRATADA** para a realização de transplantes de órgãos. Não haverá cobertura para transplante não previsto no rol ou realizado fora da rede credenciada específica.

4.5.17.1 – Nos casos em que tiver sido **CONTRATADA**, pela **CONTRATANTE**, cobertura para determinados tipos de transplante, estes estarão descritos e suas regras estarão dispostas no Anexo – Coberturas Adicionais, que, quando indicado no Quadro-Resumo, fará parte integrante do presente contrato.

4.5.17.2 – A cobertura de transplantes listados no rol e dos procedimentos a eles vinculados inclui:

- (i) as despesas assistenciais com doadores vivos, pré-operatórias e durante a internação para o transplante;
- (ii) os medicamentos utilizados durante a internação;
- (iii) o acompanhamento clínico em todo o período pós-operatório, que compreende não só o pós-operatório imediato (as primeiras 24 horas da realização da cirurgia) e mediato (entre 24 horas e 48 horas da realização da cirurgia), mas também o pós-operatório tardio (a partir de 48 horas da realização da cirurgia), exceto medicamentos de manutenção;
- (iv) as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.

4.5.17.3 – Não estão cobertas as despesas relativas à identificação e seleção de doadores.

4.5.17.4 – Os **BENEFICIÁRIOS** candidatos a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica, deverão estar, obrigatoriamente, inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDOs) e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de seleção.

4.5.18 – Cobertura para a remoção do **BENEFICIÁRIO**, realizada por serviços credenciados e por meio de ambulância terrestre, DE HOSPITAL PARA OUTRO HOSPITAL, dentro dos limites de abrangência geográfica do plano, desde que comprovadamente necessária para fins médicos e após prévia autorização da **CONTRATADA**. Não haverá cobertura para remoção de residência ou local de trabalho para hospital tampouco de hospital para residência e/ou local de trabalho.

4.5.19 – As internações sob o regime de hospital-dia ou de curta permanência dar-se-ão de acordo com a solicitação do médico assistente.

#### IV. Procedimentos cobertos em regime de internação hospitalar com obstetrícia

4.6 – No plano com segmentação assistencial Referência, Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia ou Hospitalar com Obstetrícia, a **BENEFICIÁRIA** terá direito à cobertura da assistência obstétrica nos limites do plano escolhido, observando-se, entre outros, a área de atuação, a área geográfica de abrangência do plano e as hipóteses previstas no rol para o plano hospitalar, acrescida dos procedimentos relativos ao pré-natal, às intercorrências da gravidez, ao parto e ao puerpério, desde que solicitados pelo médico assistente e mediante guia de encaminhamento previamente emitida pela **CONTRATADA**, e respeitando as carências estabelecidas neste instrumento.

4.7 – Assegura-se ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do **BENEFICIÁRIO** Titular, bem como àquele de quem o **BENEFICIÁRIO** Titular detenha a guarda provisória ou definitiva, a cobertura assistencial durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, de acordo com os termos do contrato.

4.8 – Assegura-se ao recém-nascido, filho natural ou adotivo exclusivamente do **BENEFICIÁRIO** Titular, bem como àquele de quem o **BENEFICIÁRIO** Titular detenha a guarda provisória ou definitiva, sua inclusão como **BENEFICIÁRIO** Dependente no mesmo plano do **BENEFICIÁRIO** Titular, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados do nascimento, da adoção ou do termo de guarda provisória ou definitiva.

4.8.1 – Caso: (i) o recém-nascido seja inscrito como **BENEFICIÁRIO** Dependente do **BENEFICIÁRIO** Titular no prazo de até 30 (trinta) dias após o parto e (ii) o **BENEFICIÁRIO** Titular, seja ele pai, mãe ou responsável legal, tenha cumprido o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias, o recém-nascido será isento do cumprimento de carência para a cobertura assistencial.

4.8.2 – Caso: (i) o recém-nascido seja inscrito como **BENEFICIÁRIO** Dependente do **BENEFICIÁRIO** Titular no prazo de até 30 (trinta) dias após o parto, mas (ii) o **BENEFICIÁRIO** Titular, seja ele pai, mãe ou responsável legal, não tenha cumprido o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias, a cobertura assistencial será prestada ao recém-nascido seguindo-se os limites da carência já cumprida pelo **BENEFICIÁRIO** Titular.

4.8.3 – Não caberá nenhuma alegação de doença ou lesão preexistente quando a inscrição do recém-nascido como **BENEFICIÁRIO** Dependente tiver ocorrido no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento, da adoção, da guarda provisória ou definitiva. Na hipótese de inscrição após os 30 (trinta) dias do nascimento, da adoção ou da guarda, provisória ou definitiva, caberão arguição de doença ou lesão preexistente, bem como a imposição de Cobertura Parcial Temporária pela **CONTRATADA**.

4.9 – A continuidade da cobertura para atendimento após o 30º (trigésimo) dia somente será devida quando o recém-nascido tiver sido incluído no mesmo plano do **BENEFICIÁRIO** Titular ou, sendo o recém-nascido filho de **BENEFICIÁRIO** Dependente, tiver sido incluído em um plano pessoa física, respeitando-se as condições comerciais vigentes à época dessa contratação.

#### V. Do tratamento dos transtornos psiquiátricos

4.10 – Estão cobertos pelo presente contrato, nos limites do plano escolhido e observando-se, entre outros, a segmentação assistencial, a área de atuação do plano, a área geográfica de abrangência indicada no Quadro-Resumo, além das hipóteses contempladas no rol, os tratamentos em regime ambulatorial e de internação hospitalar de todos os transtornos psiquiátricos codificados pelo CID- 10, incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões autoinfligidas.

4.11 – A atenção prestada aos portadores de transtornos psiquiátricos deverá priorizar o atendimento ambulatorial e em consultório, sendo a internação psiquiátrica utilizada apenas como último recurso terapêutico e sempre que houver indicação do médico assistente.

#### Em regime ambulatorial estão cobertos:

4.12 – Atendimento às emergências psiquiátricas, assim consideradas as situações que impliquem risco de morte ou de danos físicos ao **BENEFICIÁRIO** ou a terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e autoagressão) e/ou o risco de danos morais e patrimoniais comprovados.

4.13 – Atendimento à psicoterapia de crise, entendida como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência, limitado ao número de sessões previstas no rol por ano contratual, não cumulativas.

4.13.1 – Considera-se, para a situação anteriormente descrita, a pessoa que estiver sob risco de dano pessoal imediato provocado por transtorno mental, conforme atestado pelo médico assistente, em consonância com as diretrizes de utilização e de acordo com o rol vigente à época do fato.

4.14 – Tratamento básico, prestado por médico, em número ilimitado de consultas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo médico assistente.

regime hospitalar estão cobertas:

4.15 – As internações em hospital-dia para transtornos psiquiátricos que se realizarem nos limites estabelecidos pelo contrato e pelo rol, sempre em hospitais especializados ou unidades psiquiátricas de hospitais gerais.

4.15.1 – O custeio dos 30 (trinta) primeiros dias de internação, contínuos ou não, por ano de vigência do contrato, em hospital psiquiátrico, unidade ou enfermaria, em hospital geral para internação psiquiátrica, será realizado nos mesmos moldes das demais internações, sendo aplicável a coparticipação após esse período.

4.15.2 – Após o 30º dia de internação, caberá à **CONTRATANTE** realizar o pagamento de coparticipação de 50% (cinquenta por cento) sobre as despesas médico-hospitalares, conforme a regulamentação vigente.

4.16 – Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões autoinfligidas, estão cobertos, nos limites do rol e sem prejuízo das hipóteses de exclusão de cobertura.

## 5 | Cláusula quinta

### EXCLUSÕES DE COBERTURA

5.1 – Este contrato NÃO PREVÊ a cobertura dos custos para os eventos excluídos ou sem cobertura obrigatória determinada pela Lei nº 9.656/98 e sua regulamentação, dentre os quais os seguintes:

5.1.1 – Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, conforme definido na seção “Conceitos” deste contrato.

5.1.2 – Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, ou seja, aqueles que não visam à restauração parcial ou total da função de órgão ou parte do corpo humano lesionada por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita, bem como órteses e próteses para o mesmo fim.

5.1.3 – Inseminação artificial, conforme definido na seção “Conceitos” deste contrato.

5.1.4 – Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, tratamentos clínicos e cirúrgicos para emagrecimento com finalidade estética, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, SPA, estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em regime hospitalar.

- 5.1.5** – Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na Anvisa (não nacionalizados).
- 5.1.6** – Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar ou ambulatorial (consultório), assim entendidos aqueles que não requerem administração assistida nem necessitam de intervenção ou supervisão direta de profissional de saúde habilitado ou cujo uso não é exclusivamente hospitalar, podendo ser adquiridos por pessoas físicas em farmácias de acesso ao público e administrados em ambiente externo ao da unidade de saúde (hospitais, clínicas, ambulatórios, urgência e emergência médica).
- 5.1.7** – Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico, bem como de medicamentos, próteses e órteses não nacionalizados ou não reconhecidos pela Anvisa.
- 5.1.8** – Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes.
- 5.1.9** – Eventos ocorridos em casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declaradas pela autoridade competente.
- 5.1.10** – Enfermagem particular e assistência médica ou odontológica domiciliar.
- 5.1.11** – Fornecimento de quimioterápicos orais, não nacionalizados e não reconhecidos pela Anvisa, bem como os demais medicamentos ministrados em regime domiciliar, de acordo com o artigo 10, VI, da Lei nº 9.656/98, salvo se tais medicamentos se referirem a tratamento antineoplásico ou para controle de efeitos adversos ou adjuvantes.
- 5.1.12** – Fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (SUS) do Ministério da Saúde (Conitec).
- 5.1.13** – Internações hospitalares, tratamentos ambulatoriais, exames diagnósticos, terapias e consultas médicas realizadas por profissionais de especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.
- 5.1.14** – Consultas, aluguel de equipamentos, aluguel de aparelhos e tudo que for relacionado com a assistência médica domiciliar.
- 5.1.15** – Cobertura de cirurgia refrativa (PRK ou LASIK) para pacientes, exceto se preenchidas as condições previstas no rol vigente à época do evento.

**5.1.16** – Procedimentos odontológicos, salvo os previstos no rol vigente à época do evento.

**5.1.17** – Remoção por via aérea, exceto quando esse serviço tiver sido contratado por meio de anexo específico.

**5.1.18** – Transplantes, exceto os listados no rol vigente à data do evento ou previstos no Anexo – Coberturas Adicionais eventualmente assinado pelas partes.

**5.1.19** – Exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais.

**5.1.20** – Despesas com acompanhante, exceto no caso de internação de **BENEFICIÁRIOS** menores de 18 (dezoito) anos, com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, gestantes (no trabalho de parto, durante o parto e no pós-parto imediato) ou, por fim, portadores de necessidades especiais (desde que haja indicação do médico assistente).

**5.1.21** – Despesas extraordinárias não previstas no contrato ou não sujeitas à cobertura, como telefonemas, frigobar, televisão, descartáveis de uso pessoal, preparo do corpo pós-morte e outras definidas pelo estabelecimento hospitalar. Nessas hipóteses, deverá ocorrer pagamento, pelo **BENEFICIÁRIO**, diretamente ao hospital, não sendo tais despesas passíveis de reembolso por parte da **CONTRATADA**.

**5.1.22** – Qualquer procedimento não constante do rol vigente à época do evento ou de eventual Anexo – Coberturas Adicionais, que faz parte deste contrato quando contratado.

## 6 | Cláusula Sexta

### DURAÇÃO DO CONTRATO

**6.1** – O período de vigência do contrato será aquele indicado no Quadro-Resumo, que é parte integrante deste instrumento.

**6.2** – A data do início da vigência será aquela estabelecida no Quadro-Resumo, o dia do efetivo pagamento da primeira contraprestação pecuniária ou qualquer outra data estabelecida pelas partes, desde que, antes dessa data designada, não tenha sido feito, pela **CONTRATANTE**, nenhum pagamento, sob pena de, havendo pagamento, considerar-se como data de vigência inicial a data desse pagamento.

6.2.1 – A disponibilização de meio de pagamento para a quitação da primeira contraprestação pecuniária ocorrerá no final do processo de contratação, quando a **CONTRATANTE** assinará declaração com a ciência e concordância quanto dos termos do contrato.

6.3 – Transcorrida a vigência mínima inicial indicada no item 6.1 e caso nenhuma das partes se manifeste previamente pela não renovação do contrato, este será renovado automaticamente por prazo indeterminado, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação, tampouco a incidência de qualquer período adicional de carência.

## 7 | Cláusula Sétima

### CARÊNCIAS

7.1 – Para os contratos cujo número de **BENEFICIÁRIOS** é igual ou superior a 30 (trinta) e enquanto essa quantidade mínima for mantida, não será exigido o cumprimento de prazos de carência, desde que o **BENEFICIÁRIO** formalize o pedido de admissão do contrato em até 30 (trinta) dias da celebração deste ou de sua vinculação à pessoa jurídica **CONTRATANTE**.

7.2 – Depois de decorrido o prazo supramencionado, a inclusão de **BENEFICIÁRIOS** ocorrerá com a exigência do cumprimento dos prazos de carência.

7.2.1 – Nesse caso, o **BENEFICIÁRIO** ou seu representante legal deverá preencher a Declaração de Saúde, informando à **CONTRATADA** o conhecimento de eventual doença ou lesão preexistente previamente à data de início de vigência do contrato ou da adesão contratual.

7.2.2 – A não observância da obrigação prevista no item anterior poderá caracterizar fraude, podendo ensejar suspensão ou rescisão do contrato, conforme disposto no inciso II, parágrafo único, do artigo 13 da Lei nº 9.656/98, sem prejuízo das penalidades contratuais, cíveis e penais cabíveis.

7.3 – Os prazos de carência, quando aplicados ao **BENEFICIÁRIO**, serão contados a partir do ingresso deste no contrato e observarão os seguintes limites:

7.3.1 – 24 (vinte e quatro) horas para cobertura após o início da vigência do contrato, sendo certo que:

- (i) no Plano de Segmentação Referência, a cobertura será integral após esse período para os atendimentos classificados como de urgência e emergência, nos termos da legislação vigente;
- (ii) no Plano de Segmentação Ambulatorial, a cobertura para urgência e emergência será apenas para as primeiras 12 (doze) horas em regime de ambulatório, nos termos da legislação vigente;

(iii) no Plano de Segmentação Hospitalar sem Obstetrícia, a cobertura será integral após esse período, para as urgências decorrentes de acidentes pessoais. Nas demais hipóteses de urgência e emergência, a cobertura será apenas para as primeiras 12 (doze) horas em regime de ambulatório, nos termos da legislação vigente;

(iv) no Plano de Segmentação Hospitalar com Obstetrícia, a cobertura será integral após esse período, para as urgências e emergências decorrentes de acidentes pessoais. Nas demais hipóteses de urgência e emergência, inclusive para complicações do processo gestacional, a cobertura será apenas para as primeiras 12 (doze) horas em regime de ambulatório, nos termos da legislação vigente.

7.3.2 – 30 (trinta) dias para o custeio de consultas em consultórios, clínicas e centros médicos, exames básicos de apoio diagnóstico e procedimentos terapêuticos ambulatoriais básicos.

7.3.3 – 180 (cento e oitenta) dias para a cobertura dos custos de procedimentos de alta complexidade, exames especiais de apoio diagnóstico, procedimentos terapêuticos ambulatoriais e especiais, exames e procedimentos de alta complexidade, honorários médicos de internação e custos hospitalares de internação.

7.3.4 – 180 (cento e oitenta) dias para o custeio de internação hospitalar para tratamento de transtornos psiquiátricos.

7.3.5 – 300 (trezentos) dias para a cobertura dos custos de parto a termo.

7.4 – A redução dos prazos de carência, eventualmente concedida pela **CONTRATADA**, não alterará as demais condições do contrato, principalmente aquelas relativas às exclusões contratuais.

## 8 | Cláusula Oitava

### DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

8.1 – Consideram-se doenças e lesões preexistentes aquelas das quais o(s) **BENEFICIÁRIO(S)** ou seu representante legal saiba(m) ser portador(es) ou sofredor(es) no momento da contratação ou adesão ao plano.

8.2 – Não será exigido o cumprimento de agravo ou Cobertura Parcial Temporária nos casos de doença ou lesão preexistente nos contratos cujo número de **BENEFICIÁRIO** seja igual ou superior a 30 (trinta), desde que os **BENEFICIÁRIOS** formalizem pedido de admissão ao contrato em até 30 (trinta) dias da celebração deste ou de sua vinculação à pessoa jurídica **CONTRATANTE**.

8.2.1 – Depois de decorrido o prazo supramencionado, a inclusão de **BENEFICIÁRIOS** ocorrerá com a exigência do cumprimento de Cobertura Parcial Temporária (CPT).

8.2.2 – Nesse caso, o **BENEFICIÁRIO** ou seu representante legal deverá preencher a Declaração de Saúde, por meio da Carta de Orientação ao **BENEFICIÁRIO**, que é parte integrante obrigatória deste contrato e é padronizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Nesse documento, o **BENEFICIÁRIO** informará à **CONTRATADA**, de boa-fé, o conhecimento de eventual doença ou lesão preexistente previamente à data de início da vigência do contrato ou da adesão contratual.

8.2.2.1 – Para auxiliá-lo no preenchimento da Declaração de Saúde, o **BENEFICIÁRIO** poderá escolher um médico pertencente à lista de profissionais médicos da rede de prestadores credenciados ou referenciados pela **CONTRATADA** sem nenhum ônus.

8.2.2.2 – Na hipótese de o **BENEFICIÁRIO** optar por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da **CONTRATADA**, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus financeiro dessa entrevista.

8.2.2.3 – A entrevista qualificada não é obrigatória, mas constitui-se uma opção disponível pela **CONTRATADA** aos **BENEFICIÁRIOS** e tem como objetivo principal relacionar, se for o caso, todas as doenças de conhecimento prévio do **BENEFICIÁRIO** em relação a ele próprio e a todos os dependentes integrantes de seu contrato.

8.2.2.4 – O médico escolhido atuará como orientador, esclarecendo, no momento do preenchimento do formulário, todas as questões relativas às principais doenças ou lesões passíveis de serem classificadas como preexistentes, às alternativas de cobertura e demais consequências em relação a sua omissão.

8.2.2.5 – Não se admitirá a alegação de omissão de informação relativa a doença ou lesão preexistente se, no ato da admissão do **BENEFICIÁRIO** no plano, for realizado qualquer tipo de exame ou perícia pela própria **CONTRATADA**.

8.2.3 – A não observância da obrigação de boa-fé prevista no item anterior poderá caracterizar fraude, podendo ensejar a suspensão ou a rescisão do contrato, conforme disposto no inciso II, do parágrafo único, do artigo 13 da Lei nº 9.656/98, sem prejuízo das penalidades contratuais, cíveis e penais cabíveis.

8.3 - Caso seja constatada, mediante informações expressas inseridas na Declaração de Saúde, na Entrevista Qualificada ou em eventual perícia médica, a existência de doenças ou lesões preexistentes, a **CONTRATADA** oferecerá ao **BENEFICIÁRIO** a Cobertura Parcial Temporária (CPT).

8.4 – Caso ocorra urgência ou emergência durante o período de Cobertura Parcial Temporária, a **CONTRATADA** garantirá cobertura após 24 (vinte e quatro) horas da assinatura do contrato, em regime ambulatorial, independentemente da segmentação assistencial do plano contratado, limitada às 12 (doze) primeiras horas de atendimento, excluídos, porém, os procedimentos de alta complexidade e todos os demais procedimentos exemplificados na definição de Cobertura Parcial Temporária, na seção “Conceitos”.

8.5 – A opção da **CONTRATANTE** ou do **BENEFICIÁRIO** pela Cobertura Parcial Temporária (CPT) não exclui a obrigatoriedade do cumprimento dos prazos de carência previstos neste contrato.

8.6 – Se for identificado indício de fraude referente à omissão de conhecimento de doenças ou lesões preexistentes por ocasião da contratação ou adesão ao plano, a **CONTRATADA** comunicará tal fato imediatamente ao **BENEFICIÁRIO**. Nesse caso, a **CONTRATADA** poderá:

- (i) oferecer a Cobertura Parcial Temporária (CPT), a partir da data de recebimento do termo de comunicação, até que se complete o período máximo de 24 (vinte e quatro) meses do início de vigência contratual ou adesão do plano; e/ou
- (ii) solicitar a abertura de processo administrativo perante a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para julgamento da alegação de omissão na Declaração de Saúde, visando à rescisão contratual, e/ou responsabilizar o **BENEFICIÁRIO** pela utilização indevida.

8.6.1 – Acolhida a alegação de fraude pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) ou pelo Poder Judiciário, o **BENEFICIÁRIO** será responsável pelo pagamento das despesas efetuadas pela **CONTRATADA** com a assistência médico-hospitalar prestada em razão de omissão/fraude (todas as despesas com procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos) e que tenham relação com a doença ou a lesão preexistente, a partir do envio do termo de comunicação mencionado anteriormente.

8.6.2 – Até a publicação, pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), do encerramento do processo administrativo, não haverá, sob qualquer alegação, a negativa de cobertura assistencial, assim como a suspensão ou rescisão unilateral do contrato.

9 | Cláusula Nona

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

9.1 – Nos limites do plano escolhido, observando-se, entre outros, a segmentação assistencial, a área geográfica de abrangência e a área de atuação estabelecidas para este contrato, além das hipóteses previstas no rol, estão cobertos os atendimentos nas unidades credenciadas para esse fim, em regime ambulatorial e de internação, para os casos de urgência e emergência (definidos abaixo), nos termos desta cláusula:

9.1.1 – **Urgência** – assim entendidos os casos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

9.1.2 – **Emergência** – como tal definidos os casos que implicarem risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizados em declaração do médico assistente.

9.2 – Nos contratos em que os prazos de carência ainda não tenham sido cumpridos, deverão ser observadas as seguintes regras de cobertura para urgência e emergência, nos termos da regulamentação vigente:

9.2.1 – Nos Planos de Segmentação Ambulatorial, os casos de emergência terão cobertura limitada às primeiras 12 (doze) horas; as complicações do processo gestacional (urgência) terão cobertura para as 12 (doze) primeiras horas.

9.2.2 – Nos Planos de Segmentação Hospitalar, os acidentes pessoais (urgência) terão cobertura após 24 (vinte e quatro) horas do início de vigência do contrato.

9.2.3 – Nos Planos de Segmentação Referência, é garantida a cobertura ambulatorial e hospitalar, para urgência e/ou emergência, após 24 (vinte e quatro) horas de vigência do contrato, somente para os casos em que não forem consideradas doenças e lesões preexistentes.

9.3 – Nos contratos que envolvam Cobertura Parcial Temporária para doenças e lesões preexistentes, as coberturas do atendimento de urgência e emergência para essa doença ou lesão estarão limitadas às primeiras 12 (doze) horas de atendimento ou até que ocorra a necessidade de internação e que resulte na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade.

9.3.1 – Caso, para a continuidade do atendimento de urgência ou emergência, seja necessário realizar procedimento exclusivo da cobertura hospitalar, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e mesmo que em tempo menor do que 12 (doze) horas, a cobertura cessará, passando a responsabilidade financeira da internação a ser do **BENEFICIÁRIO** ou de seu responsável legal, não cabendo nenhum ônus à **CONTRATADA**.

9.3.2 – Após o período de 12 (doze) horas estabelecido nos itens acima, o **BENEFICIÁRIO** deverá ser removido, por via terrestre, às expensas da **CONTRATADA**, para uma unidade do Sistema Único de Saúde (SUS), dentro dos limites geográficos previstos no contrato.

#### Remoção

9.4 – A **CONTRATADA** garantirá remoção terrestre, para uma unidade de atendimento da rede assistencial do plano, depois de realizado o atendimento considerado como de urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pelo serviço prestador para a continuidade de atenção ao paciente.

9.4.1 – A remoção terrestre para uma unidade do SUS, após realizado o atendimento classificado como de urgência ou emergência, e sempre limitado às 12 (doze) primeiras horas do atendimento, será realizada em casos de:

(i) o **BENEFICIÁRIO** estar cumprindo período de carência para internação;

(ii) haver Cobertura Parcial Temporária que resulte na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados com as doenças e lesões preexistentes.

9.4.2 – A **CONTRATADA** disponibilizará, para remoção, ambulância com os recursos técnicos necessários à segurança da manutenção da vida.

9.4.3 – Não haverá remoção de **BENEFICIÁRIO** da residência ou do local de trabalho para um hospital tampouco de um hospital para a residência e/ou o local de trabalho.

9.5 – Se, diante de iminente risco de morte do **BENEFICIÁRIO**, a remoção não for possível e se não houver cobertura para atendimento, este será de exclusiva responsabilidade do **BENEFICIÁRIO**, da **CONTRATANTE** ou de terceiro(s) responsável(is) perante o serviço prestador; o **BENEFICIÁRIO**, a **CONTRATANTE** ou o terceiro responsável e o prestador deverão ajustar a obrigação financeira correspondente aos procedimentos realizados, ficando a **CONTRATADA** isenta desses ônus e coberturas.

9.6 – Quando o **BENEFICIÁRIO** ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do tratamento em uma unidade diferente daquela indicada pela **CONTRATADA**, esta estará desobrigada da responsabilidade médica (ônus decorrente da internação) e do ônus financeiro da remoção.

#### Ressarcimento

9.7 – O **BENEFICIÁRIO** terá direito ao ressarcimento unicamente das despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento por serviço médico-hospitalar não credenciado e apenas em casos de: (i) urgência ou emergência comprovada ou (ii) impossibilidade justificada de utilização dos serviços contratados, credenciados ou referenciados pela **CONTRATADA**.

9.7.1 – Nesses casos, o ressarcimento somente será realizado: (i) nos limites das obrigações contratuais; (ii) de acordo com a abrangência geográfica **CONTRATADA**; e (iii) mediante apresentação dos documentos relacionados nos itens abaixo, tudo em conformidade com o artigo 12, VI, da Lei nº 9.656/98.

9.7.2 – O ressarcimento somente será pago mediante apresentação de documentos originais, conforme cada um dos eventos abaixo relacionados:

9.7.2.1 – **Atendimento de pronto-socorro hospitalar** – nota fiscal válida como recibo, com a especificação e discriminação do atendimento realizado (procedimento, material, medicamento, taxa etc.); laudo médico; nome do paciente; valor cobrado; valor de desconto, quando houver; assinatura do responsável pelo serviço, CPF e/ou CNPJ; CRM; ISS; endereço legível e data da realização do evento.

9.7.2.2 – **Honorários médicos durante a internação** – recibos ou notas fiscais válidas como recibo contendo todos os dados do médico assistente e de cada um dos componentes de sua equipe, separadamente, declarando o tipo de atendimento prestado e o procedimento realizado; laudo médico; laudo do exame anatomopatológico; nome do paciente; valores cobrados; valor de desconto, quando houver; assinatura; CPF e/ou CNPJ; CRM e endereço legível e data da realização do evento.

9.7.2.3 – **Internação** – nota fiscal e respectivo comprovante de pagamento da conta hospitalar discriminada, inclusive a relação de material e medicamentos consumidos; exames e taxas; nome do paciente; data de início do evento; data da alta hospitalar e relatório médico da internação com o(s) respectivo(s) diagnóstico(s) e procedimento(s) realizado(s).

9.8 – Os documentos relacionados acima deverão ser entregues à **CONTRATADA** (diretamente ou em um endereço indicado por ela), no prazo máximo de até 12 (doze) meses corridos, contados a partir da data em que ocorrer o evento médico ou após a alta hospitalar, sob pena de, ao desrespeitar esse prazo, o **BENEFICIÁRIO** ou a **CONTRATANTE** perde o direito ao ressarcimento.

9.9 – Se a documentação não contiver todos os dados indicados nos itens anteriores, a **CONTRATADA** poderá solicitar envio de nova documentação ou de informações complementares sobre o procedimento; a partir da apresentação desses novos documentos/informações complementares, terá início a contagem de novo prazo de para pagamento.

9.10 – O ressarcimento será pago no prazo máximo de 30 (trinta) dias úteis, a contar da entrega dos documentos pertinentes, sendo indispensável a indicação do número do CPF do **BENEFICIÁRIO**, em obediência às normas estabelecidas pela Secretaria da Receita Federal do Ministério da Fazenda.

## 10 | Cláusula Décima

### ACESSO À LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES - PRODUTOS COM REEMBOLSO PARA CONSULTAS, EXAMES, HONORÁRIOS MÉDICOS E MATERIAIS E MEDICAMENTOS

10.1 – Para os atendimentos médico-hospitalares cobertos por este contrato, os **BENEFICIÁRIOS** poderão fazer uso da rede credenciada do plano escolhido ou buscar atendimento de prestadores de serviços médicos ou auxiliares de diagnóstico não pertencentes à rede credenciada ou referenciada ao plano, nos termos e limites dispostos neste instrumento, desde que o plano indicado no Quadro-Resumo preveja essa modalidade.

10.1.1 – Caso o **BENEFICIÁRIO** utilize os serviços médicos de profissionais pertencentes à rede credenciada, esses serviços serão pagos pela **CONTRATADA** diretamente ao prestador de serviços, por conta e ordem do **BENEFICIÁRIO**, nos limites e nas condições do plano; nessa hipótese, não será cabível nenhum pedido de reembolso.

10.1.2 – Caso o **BENEFICIÁRIO** realize seu atendimento com um prestador de serviços médicos não pertencente à rede credenciada, esse serviço será pago diretamente pelo **BENEFICIÁRIO**, que poderá solicitar, à **CONTRATADA**, o reembolso de referida despesa comprovadamente realizada e quitada.

10.2 – O reembolso das despesas médico-hospitalares cobertas e comprovadamente pagas, incluindo medicamentos e materiais cirúrgicos utilizados em ambiente hospitalar, somente será realizado nos limites das obrigações contratuais, de acordo com a área de abrangência geográfica indicada no Quadro-Resumo e com as regras dispostas na presente Cláusula.

10.3 – O cálculo do montante devido pela utilização da livre escolha de prestadores é feito em função dos fatores multiplicadores definidos para o plano escolhido e a Tabela de Reembolso vigente no momento da realização do procedimento, conforme a seguinte fórmula:

$$\text{Valor Reembolso} = \text{Quantidade de URA} \times \text{Valor da URA} \times \text{Fator Multiplicador}$$

Em que:

**Quantidade de URA (Unidade de Reembolso AMIL):** é o quantitativo apresentado na Tabela de Reembolso Amil para o respectivo procedimento, material ou medicamento.

**Valor da URA:** valor expresso em moeda corrente nacional e definido no momento da contratação.

**Fator Multiplicador:** é o número de vezes que, de acordo com o plano contratado, aplicado sobre a quantidade de URA, indicará o valor do reembolso.

10.3.1 – A Tabela de Reembolso dos Procedimentos e a Tabela de Reembolso de Materiais e Medicamentos, ambas contendo a quantidade de Unidades de Reembolso Amil (URA), encontram-se registradas no 4º Registro de Títulos e Documentos – Rio de Janeiro, no site [amil.com.br](http://amil.com.br) e também na sede da **CONTRATADA**, para consulta dos **BENEFICIÁRIOS**.

10.3.2 – Os múltiplos de reembolso previstos para o plano escolhido pela **CONTRATANTE** estão indicados no Quadro-Resumo.

10.3.3 – Os valores iniciais da URA para consultas, exames e procedimentos (básicos e especiais), honorários médicos de internação, materiais e medicamentos para o plano contratado estão dispostos no Quadro-Resumo e no site [amil.com.br](http://amil.com.br), na “Área logada do cliente”, ora **BENEFICIÁRIO**.

10.3.4 – O valor da URA poderá ser reajustado em periodicidade não inferior a 12 (doze) meses, de acordo com a variação do IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Ampliado), respeitando-se sempre o previsto na Consu nº 8, alterada pela Consu nº 15.

**10.4** – Caberá a **CONTRATADA** realizar a atualização das Tabelas de Reembolso de procedimentos, materiais e medicamentos.

**10.4.1** – Os materiais e medicamentos não constantes na Tabela de Reembolso da **CONTRATADA** serão reembolsados com base nos preços indicados, respectivamente, nas guias farmacêuticas Simpro e Brasíndice, vigentes da data de sua utilização, ou outra que vier a substituí-las.

**10.4.2** – Em caso de fracionamento da medicação, o valor do reembolso será calculado de forma proporcional, de acordo com a documentação apresentada pelo **BENEFICIÁRIO** e o disposto na Tabela de Materiais e Medicamentos.

**10.5** – Para solicitar o reembolso, o **BENEFICIÁRIO** deverá entregar à **CONTRATADA**, no prazo máximo de até 12 (doze) meses, contados da data do evento médico ou da alta hospitalar, a documentação abaixo indicada, de acordo com o procedimento realizado, contendo, no mínimo, as seguintes informações:

- (i) **Consultas:** Recibo ou Nota Fiscal, com a especificação de consulta, nome do paciente, valor cobrado, assinatura e carimbo do médico, CPF e/ou CNPJ, CRM, endereço legível do médico assistente e data da realização do evento.
- (ii) **Exames complementares e serviços de diagnóstico e tratamento:** Recibo ou Nota Fiscal, com a especificação de exame realizado, pedido médico datado com carimbo e assinatura do profissional, laudo do exame realizado, com a discriminação dos materiais e medicamentos individuais consumidos quando utilizados, nome do paciente, valor cobrado, assinatura e carimbo do responsável pelo serviço, CPF e/ou CNPJ, CRM, ISS, endereço legível e data da realização do evento.
- (iii) **Atendimentos de pronto-socorro hospitalar:** Nota Fiscal, com especificação e discriminação do atendimento realizado, procedimentos, materiais, medicamentos, taxas etc., laudo médico, resumo de alta hospitalar, nome do paciente, valor cobrado, assinatura do responsável pelo serviço, CPF e/ou CNPJ, CRM, ISS, endereço legível e data da realização do evento.
- (iv) **Honorários médicos durante a internação:** Recibo ou Nota Fiscal, contendo todos os dados do médico assistente e de cada um dos componentes de sua equipe, separadamente, declarando o tipo de atendimento prestado e o procedimento realizado, laudo médico, cópia da descrição cirúrgica e ficha anestésica, laudo do exame anatomopatológico, nome do paciente, valores cobrados, assinatura, CPF e/ou CNPJ, CRM e endereço legível e data da realização do evento.

- (v) **Despesas com internação:** nota fiscal e respectivo comprovante de pagamento da conta hospitalar, com a discriminação dos materiais e medicamentos consumidos em valores e itens individuais, exames e taxas, nome do paciente, data de início do evento, data da alta hospitalar e relatório médico da internação, com o(s) respectivo(s) diagnóstico(s) e procedimento(s) realizado(s), declarando o tipo de atendimento prestado, vinculados ao laudo médico, nome do paciente, valor cobrado, valor de desconto, quando houver, assinatura, CNPJ, CNES, CRM e endereço legível e data da realização do evento.
- (vi) **Despesas ambulatoriais:** nota fiscal e respectivo comprovante de pagamento da conta ambulatorial, com a discriminação dos materiais e medicamentos consumidos em valores e itens individuais, exames e taxas, nome do paciente, relatório médico informando CID, com o(s) respectivo(s) diagnóstico(s) e procedimento(s) realizado(s), declarando o tipo de atendimento prestado, vinculados ao laudo médico, nome do paciente, valor cobrado, valor de desconto, quando houver, assinatura, CNPJ, CNES, CRM e endereço legível e data da realização do evento.

10.5.1 – Caso seja exigida a apresentação de documentos específicos para coberturas contempladas no Anexo – Coberturas Adicionais, a relação completa dos documentos estará contida no respectivo anexo.

10.5.2 – As notas fiscais relativas aos honorários médicos durante a internação deverão conter os dados do médico assistente e de cada um dos componentes de sua equipe, separadamente. Em caso de recibo se faz necessário o envio do recibo individualizado por profissional executante e o relatório médico. Não será aceito, para fins de reembolso, recibo emitido por Pessoa Jurídica, exceto nos casos em que houver especificado no documento a isenção de emissão de nota fiscal.

10.5.3 – A **CONTRATADA** não aceitará o desmembramento de recibos para um mesmo evento.

10.5.4 – Para o efetivo reembolso, não serão aceitos como documentos comprobatórios da prestação do serviço: RPA (recibo de pagamento de autônomo), RPS (recibo provisório de serviço), nota de serviço, nota de débito, duplicatas ou DANFE (documento auxiliar de nota fiscal eletrônica) sem o código de verificação da nota fiscal.

**10.6** – Nos planos de Segmentação Assistencial Hospitalar, indicados no Quadro-Resumo que prevejam o reembolso de despesas com custos hospitalares de internação, o valor dos recibos ou das notas fiscais apresentados para reembolso será submetido à auditoria médica/técnica, podendo ser excluídas todas as despesas extraordinárias à internação, como o uso de telefone no quarto, consumo de frigobar, aluguel de filmes e qualquer outra despesa definida como extraordinária pelo hospital.

**10.7** – Caso a documentação apresentada pelo **BENEFICIÁRIO** não contenha todos os dados indicados no presente Contrato, a **CONTRATADA** poderá solicitar ao **BENEFICIÁRIO** o envio, em até 30 (trinta) dias, de documentação ou de informações complementares, o que acarretará a suspensão do prazo de pagamento estabelecido. Com a apresentação desses novos documentos/informações complementares, terá início a contagem de novo prazo para reembolso.

**10.7.1** – Somente serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao **BENEFICIÁRIO**.

**10.7.2** – A **CONTRATADA** poderá analisar todos os valores apresentados para fins de reembolso, comparando-os com os valores levantados para práticas idênticas ou similares.

**10.8** – Uma vez entregue toda a documentação a que se refere esta cláusula, os valores aprovados para reembolso serão pagos ao **BENEFICIÁRIO** Titular ou **BENEFICIÁRIO** Dependente, maior de 18 (dezoito) anos, devidamente indicado pelo **BENEFICIÁRIO** Titular, nos prazos máximos indicados no Quadro-Resumo ou no Anexo – Coberturas Adicionais, a contar da data da aprovação do reembolso.

**10.8.1** – Para o pagamento do reembolso a que se refere este item, é indispensável a apresentação de documento de identidade e CPF/MF do **BENEFICIÁRIO**, em obediência às normas estabelecidas pela Secretaria da Receita Federal, do Ministério da Fazenda.

**10.9** – O valor do reembolso das despesas médicas provenientes do sistema de livre escolha não será inferior ao praticado diretamente na rede credenciada ou referenciada do local da prestação do serviço médico realizado.

**10.10** – O decurso do prazo de 12 (doze) meses acarretará a perda do direito ao reembolso.

11 | Cláusula Décima Primeira

**ACESSO À LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES - PRODUTOS COM REEMBOLSO EXCLUSIVAMENTE PARA CONSULTAS E HONORÁRIOS MÉDICOS DE PROCEDIMENTO**

**11.1** – Para os atendimentos de consultas e honorários médicos decorrentes apenas de procedimentos cobertos pelo rol da ANS, os **BENEFICIÁRIOS** vinculados aos produtos com acesso à livre escolha para consultas e honorários médicos de procedimentos, poderão fazer uso de prestadores de serviços médicos não pertencentes à rede credenciada ou referenciada ao plano e solicitar o reembolso nos termos e limites dispostos neste instrumento, conforme proposta contratual. Procedimentos não previstos no ROL da ANS, uma vez que preencham todos os requisitos da Lei 14.454/22 e suas atualizações, serão objeto exclusivo de cobertura por parte da **AMIL** e não tem direito ao reembolso previsto nesta cláusula.

**11.1.1** – Caso o **BENEFICIÁRIO** utilize os serviços médicos de profissionais pertencentes à rede credenciada, esses serviços serão pagos pela **CONTRATADA** diretamente ao prestador de serviços, por conta e ordem do **BENEFICIÁRIO**, nos limites e nas condições do plano. Nessa hipótese, não será cabível nenhum pedido de reembolso.

**11.1.2** – Caso o **BENEFICIÁRIO** realize seu atendimento em prestador de serviços médicos não pertencente à rede credenciada, esse serviço será pago diretamente pelo **BENEFICIÁRIO**, que poderá solicitar, à **CONTRATADA**, o reembolso das despesas referentes, exclusivamente, às consultas e honorários médicos de procedimento, comprovadamente realizadas.

**11.2** – O reembolso dos honorários médico-hospitalares somente será realizado se decorrente de procedimento cobertos pelo Rol da ANS e não engloba materiais e medicamentos, bem como outros custos, que serão arcados pela **CONTRATADA**, por meio da conta hospitalar, quando realizados em prestador hospitalar credenciado.

**11.2.1** – Para os procedimentos médico-hospitalares realizados em prestador hospitalar não credenciado, não haverá reembolso de nenhum outro custo que não os dos honorários médicos decorrentes deles. Todos os demais custos, sejam dos materiais e medicamentos, sejam das diárias, taxas e outros serviços hospitalares não serão reembolsados.

**11.3** – O cálculo do montante devido pela utilização da livre escolha de prestadores é feito em função dos fatores multiplicadores definidos para o plano escolhido e a Tabela de Reembolso Amil vigente no momento da realização do procedimento, conforme a seguinte fórmula:

**Valor Reembolso = Quantidade de URA x Valor da URA x Fator Multiplicador**

Em que:

**Quantidade de URA (Unidade de Reembolso Amil):** é o quantitativo apresentado na Tabela de Reembolso Amil para o respectivo procedimento.

**Valor da URA:** valor expresso em moeda corrente nacional e definido no momento da contratação.

**Fator Multiplicador:** é o número de vezes que, de acordo com o plano contratado, aplicado sobre a quantidade de URA, indicará o valor do reembolso.

11.3.1 – A Tabela de Reembolso dos Procedimentos contendo a quantidade de Unidades de Reembolso Amil (URA), encontram-se registradas no 4º Registro de Títulos e Documentos – Rio de Janeiro, no site [amil.com.br](http://amil.com.br) e também na sede da **CONTRATADA**, para consulta dos **BENEFICIÁRIOS**.

11.3.2 – Os múltiplos de reembolso e os valores iniciais de unidade de reembolso Amil (URA) previstos para o plano escolhido pela **CONTRATANTE** estão indicados no Quadro-Resumo.

11.3.3 – O valor da URA poderá ser reajustado em periodicidade não inferior a 12 (doze) meses, de acordo com a variação do IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Ampliado), respeitando-se sempre o previsto na Consu nº 8, alterada pela Consu nº 15.

11.4 – Caberá a **CONTRATADA** realizar a atualização da Tabela de Reembolso de consultas e honorários médicos, dos produtos que preveem acesso à livre escolha para estas modalidades de atendimento.

11.5 – Para solicitar o reembolso, o **BENEFICIÁRIO** deverá entregar à **CONTRATADA**, no prazo máximo de até 12 (doze) meses, contados da data do evento médico ou da alta hospitalar, a documentação abaixo indicada, de acordo com o procedimento realizado, contendo, no mínimo, as seguintes informações:

- (i) Consultas: Recibo ou Nota Fiscal, com a especificação de consulta, nome do paciente, valor cobrado, assinatura e carimbo do médico, CPF e/ou CNPJ, CRM, endereço legível do médico assistente e data da realização do evento.
- (ii) Honorários médicos durante a internação: Recibo ou Nota Fiscal, contendo todos os dados do médico assistente e de cada um dos componentes de sua equipe, separadamente, declarando o tipo de atendimento prestado e o procedimento realizado, laudo médico, cópia da descrição cirúrgica e ficha anestésica, laudo do exame anatomopatológico, nome do paciente, valores cobrados, assinatura, CPF e/ou CNPJ, CRM e endereço legível e data da realização do evento.

## CONTRATO DE COBERTURA DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES COLETIVO EMPRESARIAL

11.5.1 – Caso seja exigida a apresentação de documentos específicos para coberturas contempladas no Anexo – Coberturas Adicionais, a relação completa dos documentos estará contida no respectivo anexo.

11.5.2 – As notas fiscais relativas aos honorários médicos durante a internação deverão conter os dados do médico assistente e de cada um dos componentes de sua equipe, separadamente. Em caso de recibo se faz necessário o envio do recibo individualizado por profissional executante e o relatório médico. Não será aceito, para fins de reembolso, recibo emitido por Pessoa Jurídica, exceto nos casos em que houver especificado no documento a isenção de emissão de nota fiscal.

11.5.3 – A **CONTRATADA** não aceitará o desmembramento de recibos para um mesmo evento.

11.5.4 – Para o efetivo reembolso, não serão aceitos como documentos comprobatórios da prestação do serviço: RPA (recibo de pagamento de autônomo), RPS (recibo provisório de serviço), nota de serviço, nota de débito, duplicatas ou DANFE (documento auxiliar de nota fiscal eletrônica) sem o código de verificação da nota fiscal.

11.6 – Nos planos de Segmentação Assistencial Hospitalar com ou sem Obstetrícia, que prevejam a cobertura de reembolso somente nos eventos de consultas médicas e honorários médicos de procedimentos, indicados no Quadro-Resumo, o valor dos recibos ou das Notas Fiscais apresentados para reembolso será submetido à auditoria médica/técnica, podendo ser excluídas todas as despesas extraordinárias à internação, como o uso de telefone no quarto, consumo de frigobar, aluguel de filmes e qualquer outra despesa definida como extraordinária pelo hospital.

11.7 – Caso a documentação apresentada pelo **BENEFICIÁRIO** não contenha todos os dados indicados no presente Contrato, a **CONTRATADA** poderá solicitar ao **BENEFICIÁRIO** o envio, em até 30 (trinta) dias, de documentação ou de informações complementares, o que acarretará a suspensão do prazo de pagamento estabelecido. Com a apresentação desses novos documentos/informações complementares, terá início a contagem de novo prazo para reembolso.

11.7.1 – Somente serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao **BENEFICIÁRIO**.

11.7.2 – A **CONTRATADA** poderá analisar todos os valores apresentados para fins de reembolso, comparando-os com os valores levantados para práticas idênticas ou similares.

11.8 – Uma vez entregue toda a documentação a que se refere esta cláusula, os valores aprovados para reembolso serão pagos ao **BENEFICIÁRIO** Titular ou **BENEFICIÁRIO** Dependente, maior de 18 (dezoito) anos, devidamente indicado pelo **BENEFICIÁRIO** Titular, no prazo máximo de 30 (trinta) dias e dentro dos limites contratuais do plano contratado, indicado na Quadro Resumo ou no Anexo – Coberturas Adicionais, a contar da data da aprovação do reembolso.

11.8.1 – Para o pagamento do reembolso a que se refere este item, é indispensável a apresentação de documento de identidade e CPF/MF do **BENEFICIÁRIO**, em obediência às normas estabelecidas pela Secretaria da Receita Federal, do Ministério da Fazenda.

11.9 – O valor do reembolso das despesas médicas provenientes do sistema de livre escolha não será inferior ao praticado diretamente na rede credenciada ou referenciada do local da prestação do serviço médico realizado.

11.10 – O decurso do prazo de 12 (doze) meses acarretará a perda do direito ao reembolso.

## 12 | Cláusula Décima Segunda

### MECANISMOS DE REGULAÇÃO

12.1 – A **CONTRATADA** fornecerá a cada **BENEFICIÁRIO** um cartão de identificação que o habilitará ao uso dos serviços médico-hospitalares, sempre acompanhado de documento de identificação expedido pelos órgãos oficiais.

12.1.1 – O cartão de identificação poderá ser emitido por meio digital.

12.1.2 – A **CONTRATADA** poderá cobrar pelo fornecimento da segunda via do cartão de identificação.

12.2 – Para disponibilização da cobertura, a **CONTRATADA** poderá fazer uso de ferramenta eletrônica vinculada a aplicativo para smartphone disponibilizado por ela, cujo objetivo está voltado à comprovação: (i) da solicitação do procedimento médico-hospitalar; (ii) da utilização dos serviços relacionados com a cobertura; e (iii) da elegibilidade do **BENEFICIÁRIO** para realização dos atendimentos (consultas, exames e internações).

### 12.3 – MECANISMOS DE REGULAÇÃO: CONSULTAS, EXAMES E INTERNAÇÃO

12.3.1 – Para efeitos deste contrato, as consultas podem ser classificadas das seguintes maneiras:

(i) consultas nas Unidades de Atenção Primária à Saúde;

(ii) consultas em consultório médico;

(iii) consultas em clínica ou centro médico;

(iv) consultas de urgência/emergência em pronto-socorro hospitalar.

**12.3.2** – Quando da utilização dos serviços cobertos pelo presente contrato, o **BENEFICIÁRIO** deverá apresentar ao estabelecimento ou profissional credenciado pela **CONTRATADA** cartão de identificação fornecido pela **CONTRATADA** (em meio físico ou digital) e documento de identidade com foto (nos termos da legislação que regulamenta o Cadastro Nacional de Registro de Identificação Civil), além da guia de procedimento (exame e/ou internação) devidamente autorizada pela **CONTRATADA**. Quando houver disponibilidade no local de atendimento, para efeito de identificação positiva do **BENEFICIÁRIO**, será realizada a validação biométrica (facial, digital etc.).

**12.3.3** – Todos os planos indicados no Quadro-Resumo, estão sujeitos aos Programas Especiais de Atendimento e Direcionamento (PEA), desta forma os agendamentos para a realização de consultas, exames e procedimentos poderão ser realizados:

- (i) pela equipe de saúde, para a realização de consultas, exames e procedimentos solicitados pela própria equipe, ainda que para realização fora das Unidades de Atenção Primária à Saúde; nessa ocasião, um agente de saúde da Unidade de Atenção Primária à Saúde dará ciência ao **BENEFICIÁRIO** da data agendada;
- (ii) pela equipe de saúde ou pelo próprio **BENEFICIÁRIO** para a realização de consultas, exames e procedimentos solicitados por profissionais que não façam parte da equipe de saúde; nesses casos, a data e a hora da consulta serão determinadas por iniciativa do **BENEFICIÁRIO**, de acordo com a agenda do profissional de saúde escolhido por este e nos limites do produto contratado.

**12.3.4** – Todos os procedimentos, com exceção dos realizados em urgência e emergência, necessitam de autorização prévia, que será concedida dentro dos prazos definidos na regulamentação normativa vigente.

**12.3.5** – Para autorização prévia, a **CONTRATADA** adotará o seguinte processo:

- (i) quando o pedido médico for emitido pelos profissionais da equipe de saúde dos planos sujeitos aos Programas Especiais de Atendimento e Direcionamento (PEA), a solicitação de autorização prévia será encaminhada pela equipe de saúde, e o agente de saúde dará ciência ao **BENEFICIÁRIO** quanto à disponibilidade para realizar o exame/procedimento;
- (ii) quando o pedido médico for emitido por profissional não integrante da equipe de saúde, mas pertencente à rede de prestadores credenciados da **CONTRATADA**, este deverá realizar a notificação no site da **CONTRATADA**. Caso essa solicitação seja informada à equipe de saúde e se houver concordância desta sobre a necessidade do exame e/ou procedimento solicitado, a própria equipe de saúde fará a notificação no site da **CONTRATADA**;

- (iii) quando o pedido médico for emitido por profissional não integrante da rede de prestadores credenciados da **CONTRATADA**, o prestador solicitante deverá promover, de forma subsidiária, o registro desta.

#### 12.4 – MECANISMOS DE REGULAÇÃO: INTERNAÇÕES HOSPITALARES E PROCEDIMENTOS REALIZADOS SOB INTERNAÇÃO

12.4.1 – A **CONTRATADA** cobrirá os custos médico-hospitalares por meio de: (i) pagamento direto ao prestador da rede credenciada específica do plano, caso o atendimento esteja contemplado pelas coberturas deste contrato; (ii) reembolso das despesas médico-hospitalares, caso o plano contratado, indicado no Quadro-Resumo possua livre escolha para os custos realizados pelo **BENEFICIÁRIO**, conforme destacado na cláusula sobre o tema Livre Escolha.

12.4.2 – Todas as solicitações de internação eletiva e de exames que necessitem da autorização da **CONTRATADA** deverão ser feitas em formulário específico, oferecido por esta ou, quando não credenciado, em receituário, com os dados do **BENEFICIÁRIO**, a descrição dos exames e sua indicação clínica.

12.4.3 – A cobertura de transplantes, bem como das despesas com os procedimentos a eles vinculados, somente será autorizada dentro da rede credenciada para a realização de transplante de órgãos, nos termos do previsto na cláusula que trata de internações hospitalares.

12.4.4 – A cobertura para próteses e órteses ligadas aos atos cirúrgicos exige a observação das seguintes regras:

- (i) Caso seja solicitado, o profissional requisitante deve apresentar justificativa clínica para a indicação de prótese/órtese, fornecendo, no mínimo, 3 (três) marcas de produtos – de fabricantes diferentes, quando disponíveis – dentre aquelas regularizadas pela Anvisa e que atendam às características especificadas;
- (ii) em caso de divergência entre o profissional requisitante e a **CONTRATADA**, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, e as despesas serão pagas pela **CONTRATADA**. Não havendo acordo entre as partes, será aplicado o critério descrito na cláusula relacionada com a divergência médica.

12.4.5 – Se a documentação apresentada pelo **BENEFICIÁRIO** não permitir uma análise conclusiva para a liberação da Guia de Cobertura de Internação Eletiva, a **CONTRATADA** poderá solicitar à **CONTRATANTE** ou ao médico assistente o envio de documentação ou informações complementares sobre o procedimento médico a ser executado.

12.4.6 – O prazo de internação inicialmente fixado pela **CONTRATADA** constará da guia expedida e corresponderá à média de dias utilizados para casos idênticos, para fins de controle.

- (i) Caso seja necessário prorrogar o prazo de internação previamente autorizado, o médico assistente/hospital deverá apresentar à **CONTRATADA** as razões de prorrogação para avaliação da correspondente cobertura;
- (ii) Caso o **BENEFICIÁRIO** continue hospitalizado após a alta médica, passarão a correr inteiramente por sua conta, a partir de então, todas as despesas decorrentes da internação.

12.4.7 – Quando da utilização dos serviços cobertos pelo presente contrato, o **BENEFICIÁRIO** deverá apresentar à equipe de saúde/ao estabelecimento credenciado cartão de identificação fornecido pela **CONTRATADA** (ou identificação biométrica) e, se for o caso, eventual código fornecido pela **CONTRATADA** decorrente da utilização de ferramenta eletrônica vinculada a aplicativo para smartphone, além do documento de identidade do **BENEFICIÁRIO** e a guia de procedimento emitida pela **CONTRATADA**.

12.4.7.1 – Além dos documentos consignados acima, em caso de internação hospitalar, ressalvados os casos de urgência e emergência, o **BENEFICIÁRIO** deverá apresentar guia de internação ou de encaminhamento, conforme o caso, devidamente emitida e autorizada pela **CONTRATADA**.

12.4.8 – As internações eletivas ou programadas somente terão cobertura quando autorizadas previamente pela **CONTRATADA**, nos termos da RN 566 ou da norma que eventualmente a substitua.

12.4.9 – Se o **BENEFICIÁRIO** necessitar de atendimento dentro da área de abrangência do produto contratado, porém em locais nos quais a **CONTRATADA** não possui estabelecimentos de saúde e/ou profissionais contratados ou credenciados, e caso esse **BENEFICIÁRIO** não deseje fazer uso de reembolso nos limites do plano contratado e sua Tabela de Reembolso, a **CONTRATADA** deverá indicar ao **BENEFICIÁRIO** outros estabelecimentos ou profissionais credenciados, em localidade mais próxima possível.

12.4.10 – A **CONTRATADA** disponibilizará para a consulta dos **BENEFICIÁRIOS** a rede de atendimento do plano indicado no Quadro-Resumo. Esta disponibilização poderá ocorrer por meio impresso, caso solicitado pelo **BENEFICIÁRIO**. As orientações quanto a eventuais dúvidas na cobertura de atendimento médico-hospitalar podem ser obtidos pelo teleatendimento ou pelo site [amil.com.br](http://amil.com.br).

**12.4.11** – As despesas extraordinárias, assim entendidas aquelas que não estão previstas no contrato ou que não estão relacionadas com alguma cobertura, por exemplo: telefonemas, frigobar, televisão, descartáveis de uso pessoal, preparo do corpo pós-morte e outras definidas pelo estabelecimento hospitalar, deverão ser pagas diretamente ao hospital pelo **BENEFICIÁRIO**, não sendo estas passíveis de reembolso pela **CONTRATADA**.

## **12.5 – MECANISMOS DE REGULAÇÃO: GERENCIAMENTO DE AÇÕES DE SAÚDE**

**12.5.1** – Nos planos que estiverem indicados no Quadro-Resumo como sujeitos aos Programas Especiais de Atendimento e Direcionamento (PEA), as condições médicas indicadas a seguir somente terão cobertura para o atendimento: (i) pela rede credenciada selecionada participante dos PEAs; e (ii) após prévio atendimento pela Unidade de Atenção Primária à Saúde, cuja relação integra a rede credenciada específica do plano e está à disposição no site da **CONTRATADA**:

- (i) cirurgias cardiovasculares;
- (ii) cirurgias da coluna vertebral;
- (iii) cirurgias ortopédicas – próteses de substituição de quadril, ombro, joelho, cotovelo;
- (iv) embolização vascular cerebral;
- (v) implante de marca-passo ou desfibrilador cardíaco;
- (vi) transplantes de córnea, medula e rim;
- (vii) tratamento cirúrgico da obesidade mórbida e seus tratamentos acessórios e/ou subsequentes;
- (viii) exames na especialidade oftalmologia;
- (ix) tratamento cirúrgico da refração;
- (x) consultas e exames de oncologia;
- (xi) tratamento de quimioterapia e radioterapia;
- (xii) terapia renal substitutiva;
- (xiii) atendimentos com psicólogos, psicoterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas.

12.5.1.1 – Além do direcionamento mencionado no subitem anterior, fica facultado à **CONTRATADA** o gerenciamento das ações de saúde por meio da indicação de prestadores participantes de Programas Especiais de Atendimento e Direcionamento, que poderão ser oportunamente implementados.

## 12.6 – MECANISMOS DE REGULAÇÃO: ALTERAÇÕES NA REDE CREDENCIADA

12.6.1 – A relação completa dos prestadores que compõem a rede credenciada da **CONTRATADA** pode ser obtida no site [amil.com.br](http://amil.com.br).

12.6.2 – A **CONTRATADA** poderá proceder a alterações na rede credenciada, para mais ou para menos, nos termos da legislação vigente; quando houver alteração na rede hospitalar, a **CONTRATADA** observará o disposto na lei e na regulamentação específica que estiver vigente e informará à **CONTRATANTE**, previamente, os casos de substituição de rede hospitalar.

12.6.3 – A **CONTRATADA** poderá, ainda, caso autorizado pela ANS, redimensionar sua rede hospitalar, reduzindo a quantidade de hospitais credenciados, por meio do descredenciamento, ocasião em que será observado o seguinte:

- (i) caso ocorra descredenciamento de prestador, os **BENEFICIÁRIOS** em tratamento terão o direito de prosseguir com seu tratamento com qualquer outro profissional ou estabelecimento integrante da rede credenciada da **CONTRATADA** e de acordo com o plano, sem que a **CONTRATADA** tenha a obrigação de efetuar qualquer indenização pela substituição de cobertura havida;
- (ii) caso o descredenciamento de estabelecimento hospitalar ocorra durante a internação de qualquer **BENEFICIÁRIO**, este permanecerá internado até a regular alta hospitalar, sendo as despesas, até a alta hospitalar, custeadas pela **CONTRATADA**;
- (iii) caso o descredenciamento/substituição/exclusão de estabelecimento hospitalar ocorram por infração às normas sanitárias em vigor durante o período de internação, a **CONTRATADA** fará a remoção do **BENEFICIÁRIO** hospitalizado para outro estabelecimento equivalente, conforme previsto na regulamentação específica vigente, sem nenhum ônus adicional para o **BENEFICIÁRIO**.

## 12.7 – MECANISMOS DE REGULAÇÃO: DIVERGÊNCIA MÉDICA

12.7.1 – As divergências de natureza médica sobre a solicitação de cobertura de exames, procedimentos especiais de diagnóstico, tratamento e internação serão dirimidas por junta médica ou odontológica constituída por três membros, sendo um nomeado pelo **BENEFICIÁRIO**, outro pela **CONTRATADA** e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

12.7.2 – Para a instauração da junta médica ou odontológica, a **CONTRATADA** deverá notificar, simultaneamente, o profissional assistente e o **BENEFICIÁRIO** ou seu representante legal, por meio de notificação por escrito, na qual serão indicados quatro profissionais aptos a compor a junta, e, ainda, assinalado um prazo para resposta. Caso o profissional assistente se recuse expressamente a escolher ou deixe de exercer a opção no prazo indicado, a escolha de um dos quatro nomes para compor a junta médica ou odontológica caberá à **CONTRATADA**.

12.7.3 – É facultado à **CONTRATADA** firmar acordos com conselhos profissionais para atuarem como desempatadores em juntas médicas ou odontológicas, hipótese que exclui a indicação prevista no item supracitado.

12.7.4 – Cada uma das partes pagará os honorários e as despesas do médico que nomear, quando este não pertencer à rede credenciada, sendo que e os honorários do profissional desempatador serão pagos pela **CONTRATADA**, conforme previsto na legislação vigente.

## 12.8 – MECANISMOS DE REGULAÇÃO: COPARTICIPAÇÃO E FRANQUIA

12.8.1 – As regras de coparticipação e/ou franquia para consultas, exames e os demais procedimentos, para aqueles planos, indicados no Quadro-Resumo, que preveem essa modalidade, seguirão o disposto nesta cláusula; quanto aos valores e percentuais, seguir-se-á o disposto no Quadro-Resumo.

12.8.2 – O percentual de coparticipação e/ou franquia referente à realização de procedimentos psiquiátricos está disposto na cláusula que trata de coberturas e procedimentos garantidos.

12.8.3 – Quando a coparticipação estiver indicada em percentuais, para a determinação do valor final devido, deverá ser utilizada a seguinte fórmula de cálculo:

$$\begin{array}{c} \text{Percentual indicado na Tabela de Coparticipação} \\ \times \\ \text{Valor Unitário do Procedimento custeado pela } \mathbf{CONTRATADA}^* \end{array}$$

\*Esse valor pode variar em função do prestador escolhido pelo **BENEFICIÁRIO**.

12.8.4 – Além disso, o valor da coparticipação a ser paga pelo **BENEFICIÁRIO** está sujeito ao LIMITE MÁXIMO DE COBRANÇA POR ITEM e também ao LIMITE MÁXIMO DE COBRANÇA POR MÊS, conforme definido na Tabela de Coparticipação disponível no Quadro-Resumo, nos planos que prevejam essa modalidade. Os valores de coparticipação sujeitos ao LIMITE MÁXIMO DE COBRANÇA POR ITEM e ao LIMITE MÁXIMO DE COBRANÇA POR MÊS não serão cumulativos em relação ao mês subsequente.

12.8.5 – A atualização dos LIMITES MÁXIMOS DE COBRANÇA POR ITEM, dos LIMITES MÁXIMOS DE COBRANÇA POR MÊS ou de eventuais valores fixos – na hipótese de a Tabela de Coparticipação estabelecê-los para determinados procedimentos – ocorrerá na data do aniversário do contrato, de acordo com a variação média dos custos unitários dos procedimentos cobertos por esse instrumento, em conformidade com os limites previstos na Consu nº 8 e na regulamentação vigente acerca do tema.

12.8.6 – O índice de atualização dos LIMITES MÁXIMOS DE COBRANÇA e também de eventuais valores fixos poderá variar de acordo com o grupo de benefícios em que se enquadra o procedimento.

### 13 | Cláusula Décima Terceira

#### FORMAÇÃO DE PREÇO E CONTRAPRESTAÇÃO

13.1 – Este contrato tem sua formação de preço preestabelecido e baseia-se nas declarações da **CONTRATANTE** e nas informações constantes do Estudo de Cobertura de Risco (ECR) vinculado ao perfil populacional apresentado pela **CONTRATANTE**, sendo o pagamento do valor da contraprestação pecuniária realizado antes da utilização das coberturas contratadas.

13.2 – A **CONTRATANTE** obriga-se a pagar à **CONTRATADA** o valor da contraprestação pecuniária, de acordo com o estabelecido pela **CONTRATADA** quanto ao local, à forma e à data de pagamento, correspondente à população – totalidade de **BENEFICIÁRIOS** em cada faixa etária – incluída e aceita na movimentação cadastral; o valor da contraprestação foi estipulado na data da celebração do contrato e corresponde ao número de **BENEFICIÁRIOS** e informações indicadas no Estudo de Cobertura de Risco (ECR) e na Proposta Comercial, anexos ao presente contrato.

13.2.1 – Não haverá distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária devida pela **CONTRATANTE** para os **BENEFICIÁRIOS** que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles já vinculados a este.

**13.2.2** – A **CONTRATADA** poderá, a qualquer tempo, revisar e adequar, de forma global, o valor da contraprestação pecuniária devida pela **CONTRATANTE**, estipulada na data da celebração do contrato, caso sejam constatadas omissões ou o fornecimento de informações incorretas, incompletas ou inverídicas na Proposta Comercial pela **CONTRATANTE**, independentemente de fraude, dolo ou má-fé da **CONTRATANTE**.

**13.3** – Os pagamentos deverão ser feitos até a data do vencimento ou no primeiro dia útil subsequente quando o vencimento ocorrer em feriado ou em dia em que não haja expediente bancário, reconhecendo-se como comprovante de pagamento o boleto bancário quitado ou outro instrumento de cobrança quitado determinado pela **CONTRATADA**.

**13.3.1** – Havendo divergência quanto à quantidade de **BENEFICIÁRIOS** incluídos em cada plano ou do grupo de **BENEFICIÁRIOS** de forma global, constatada após a emissão da fatura, os acertos referentes a essas divergências serão realizados no faturamento imediatamente subsequente, não constituindo justificativa para eventual atraso do pagamento da respectiva fatura.

**13.3.2** – Os impostos e os demais encargos que venham a incidir sobre a contraprestação pecuniária serão da responsabilidade da **CONTRATANTE**.

**13.4** – Caso a **CONTRATANTE** não receba a sua fatura ou outro instrumento de cobrança até 5 (cinco) dias úteis antes do vencimento, deverá comunicar tal fato à **CONTRATADA**, sendo certo que o não recebimento da fatura ou do instrumento de cobrança não desobriga a **CONTRATANTE** de efetuar o pagamento no prazo do vencimento.

**13.5** – Em casos de atraso no pagamento das contraprestações pecuniárias pela **CONTRATANTE** ou pelos **BENEFICIÁRIOS** definidos nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98, a regularização se fará por meio de cobrança de multa de 2% (dois por cento) e juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, sem prejuízo da atualização monetária da contraprestação apurada pelo IGP-M/FGV (Índice Geral de Preços da Fundação Getulio Vargas) ou pelo índice que vier a substituí-lo, além da possibilidade de responder a **CONTRATANTE** por eventuais encargos e penalidades impostos à **CONTRATADA** pelo atraso no pagamento devido à rede credenciada.

**13.6** – O recebimento, pela **CONTRATADA**, de parcelas em atraso constituirá mera tolerância, não implicando novação contratual ou transação.

**13.7** – O pagamento da contraprestação pecuniária referente a determinado mês não significa estarem pagos ou quitados débitos anteriores.

**13.8** – Nenhum pagamento será reconhecido como feito à **CONTRATADA** se a **CONTRATANTE** não possuir comprovantes devidamente autenticados por instituição financeira.

13.9 – Garante-se à **CONTRATADA** o uso dos recursos legais necessários para a cobrança das contraprestações pecuniárias em atraso, incluindo a inscrição da **CONTRATANTE** nos cadastros de inadimplentes mantidos por instituições de proteção ao crédito.

## 14 | Cláusula Décima Quarta

### REAJUSTES

#### I. REAJUSTE ANUAL

14.1 – Considera-se reajuste qualquer variação positiva na contraprestação pecuniária, inclusive aquela decorrente de revisão ou reequilíbrio econômico- atuarial do contrato.

14.2 – A contraprestação pecuniária será reajustada anualmente, no aniversário do contrato ou na periodicidade determinada pela legislação vigente, independentemente da data de inclusão dos **BENEFICIÁRIOS** no contrato.

14.3 – Será considerado como data-base de aniversário do contrato o mês de início de sua vigência, sendo vedada a aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano. Os reajustes subsequentes ocorrerão anualmente, respeitando-se a mesma lógica de apuração (variação percentual dos 12 últimos meses).

14.4 – O reajuste anual será composto pelo Índice Financeiro descrito no item 14.5 e, caso os custos médicos ultrapassem 70% da receita obtida pelo pagamento das contraprestações (índice de sinistralidade do contrato), será incorporado a esse reajuste também o Índice Técnico, descrito no item 14.6, com o objetivo de equilibrar a relação contratual.

14.5 – O Índice Financeiro corresponderá à Variação dos Custos Médicos e Hospitalares (VCMH) dos planos coletivos empresariais com no mínimo 100 (cem) **BENEFICIÁRIOS** que fazem parte da carteira de clientes da **CONTRATADA**. Também incluirá a estimativa do impacto da incorporação de novos procedimentos e eventos previstos no rol.

14.6 – O Índice Técnico é calculado com base no nível de sinistralidade do contrato, que corresponde à relação entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do contrato, apuradas conforme descrito abaixo:

14.6.1 – Para fins do Índice Técnico, a apuração da primeira reavaliação compreenderá as despesas assistenciais e as receitas diretas no período do 3º (terceiro) ao 8º (oitavo) mês de vigência do Contrato. Nas reavaliações subsequentes, o Índice Técnico será apurado considerando os 12 (doze) meses seguintes ao último período avaliado.

14.7 – O contrato será considerado integrante do agrupamento para fins de reajuste previsto na RN 565 da ANS ou de norma que eventualmente a substitua se, na data de seu início de vigência, possuir quantidade inferior a 30 (trinta) **BENEFICIÁRIOS**. A cada ano, na data do aniversário do contrato, será apurada a quantidade de **BENEFICIÁRIOS**, para determinar se, no reajuste do ano subsequente, o contrato será mantido ou excluído do agrupamento.

14.8 – Quando integrante do agrupamento para fins de reajuste previsto na RN 565 (quantidade inferior a 30 [trinta] **BENEFICIÁRIOS**) a este contrato será aplicado o índice de reajuste conforme descrito na subcláusula abaixo.

14.8.1 – O reajuste anual dos contratos pertencentes ao agrupamento será composto pelo Índice Financeiro, descrito no item 14.8.2. Caso os custos médicos ultrapassem 65% (sessenta e cinco por cento) da receita e se torne necessário reequilibrar a relação contratual, será incorporado ao reajuste do agrupamento, cumulativamente, também o Índice Técnico, descrito no item 14.8.3.

14.8.2 – O Índice Financeiro corresponderá à Variação dos Custos Médicos e Hospitalares (VCMH) dos planos coletivos empresariais com população inferior a 30 (trinta) **BENEFICIÁRIOS** que façam parte da carteira de clientes da **CONTRATADA**. Também incluirá a estimativa do impacto da incorporação de novos procedimentos e eventos previstos no Rol.

14.8.3 – O Índice Técnico é calculado com base no nível de sinistralidade, que corresponde à relação entre as despesas assistenciais e as receitas diretas dos contratos integrantes do agrupamento, considerando-se os 12 (doze) meses seguintes ao último período avaliado.

14.8.4 – Até o primeiro dia útil do mês de maio de cada ano, a **CONTRATADA** divulgará e manterá em seu endereço eletrônico na internet informação quanto ao percentual de reajuste que será aplicado aos contratos integrantes do agrupamento na data de aniversário de cada um desses contratos. Além disso, a **CONTRATADA** (i) identificará, perante a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), por meio do sistema Reajuste de Planos Coletivos (RPC), quais contratos estarão sujeitos ao reajuste por agrupamento, seus respectivos planos e números de registro; e (ii) incluirá informação quanto ao percentual aplicado também no boleto de pagamento e da fatura de cobrança.

14.9 – O contrato perderá a condição de integrante do agrupamento caso possua 30 (trinta) **BENEFICIÁRIOS** ou mais na sua próxima data de aniversário, ocasião em que o reajuste será aplicado na forma do item 14.4 e subitens.

14.10 – As disposições referentes ao reajuste anual não afetam ou excluem o reajuste por faixa etária, que seguirá o disposto em seção própria.

14.11 – Os valores referentes à coparticipação e franquia sofrerão reajuste nos termos da seção própria da cláusula “Mecanismos de Regulação”.

## II. REAJUSTE POR FAIXA ETÁRIA

14.12 – Havendo a previsão de reajuste por alteração de faixa etária de qualquer **BENEFICIÁRIO** inscrito no presente contrato, a contraprestação pecuniária será reajustada no mês subsequente ao da alteração, observando-se os percentuais previstos no Quadro-Resumo de acordo com o produto contratado; esses percentuais serão aplicados ao valor da última contraprestação pecuniária, observadas as seguintes condições:

(i) o valor fixado para a última faixa etária não será superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária;

(ii) a variação acumulada entre a sétima e a décima faixa não será superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixa.

## 15 | Cláusula Décima Quinta

### REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANO COLETIVO

15.1 – O **BENEFICIÁRIO** Titular demitido ou exonerado sem justa causa terá o direito de manter-se no contrato com as mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, em caso de rescisão ou exoneração sem justa causa, desde que: (i) tenha optado pela manutenção do plano de saúde; (ii) tenha contribuído para o plano contratado em decorrência de vínculo empregatício; e (iii) assuma, perante a **CONTRATADA**, o pagamento integral das contraprestações pecuniárias, observadas as exigências da legislação vigente acerca do tema.

15.1.1 – O período de manutenção da condição de **BENEFICIÁRIO** no plano será de um terço do tempo de contribuição para o plano, assegurando-se um período mínimo de 6 (seis) e máximo de 24 (vinte e quatro) meses.

15.2 – O **BENEFICIÁRIO** Titular aposentado terá o direito de manter essa condição com as mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho em caso de aposentadoria, desde que: (i) tenha optado pela manutenção do seu plano de saúde; (ii) tenha contribuído para o plano contratado pelo prazo mínimo de 10 (dez) anos, em decorrência do vínculo empregatício; e (iii) assuma, perante a **CONTRATADA**, o pagamento integral das contraprestações pecuniárias, observadas as exigências da legislação vigente acerca do tema.

15.2.1 – Caso o tempo de contribuição do **BENEFICIÁRIO** para o plano seja inferior a 10 (dez) anos, o direito à manutenção no plano é garantido à razão de um ano para cada ano de contribuição.

15.3 – O direito à manutenção no plano de saúde de que trata este item extinguir-se-á nas hipóteses previstas na seção que trata da extinção do direito assegurado, nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998, e nesta cláusula.

#### I. OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

15.4 – A **CONTRATANTE** obriga-se a dar ciência da existência do direito descrito nesta cláusula a seus ex-empregados demitidos sem justa causa ou aposentados, informando-os quanto às condições de permanência e prazos-limite previstos na legislação específica e neste contrato.

15.5 – No ato da comunicação do aviso prévio, a ser cumprido ou indenizado, ou da comunicação da aposentadoria, a **CONTRATANTE** dará ao ex-empregado a opção pela manutenção de sua condição de **BENEFICIÁRIO** Titular.

15.5.1 – O ex-empregado deverá responder à comunicação da **CONTRATANTE**, informando se aceita ou recusa a oferta, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, cabendo à **CONTRATANTE** entregar à **CONTRATADA** cópia da manifestação expressa firmada pelo ex-empregado.

15.5.2 – Caso responda positivamente à comunicação, a **CONTRATANTE** deverá inseri-lo em um plano, de acordo com a legislação vigente.

15.5.3 – Por ocasião da dispensa ou da aposentadoria, a **CONTRATANTE** obriga-se a declarar expressamente e a comprovar os valores de contribuição/participação financeira, total ou parcial, dos ex-empregados demitidos sem justa causa ou aposentados no valor da contraprestação pecuniária do plano.

15.6 – A **CONTRATANTE** obriga-se a apresentar aos **BENEFICIÁRIOS**, a qualquer tempo e quando da opção mencionada pelos itens anteriores, acima, a tabela de preços por faixa etária vigente na data da opção, conforme atualizações realizadas pela **CONTRATADA**.

15.6.1 – As regras para o estabelecimento de preços por faixa etária serão disponibilizadas pela **CONTRATADA** em consonância com a legislação vigente.

## II. CONTRIBUIÇÃO/PARTICIPAÇÃO FINANCEIRA

15.7 – Entende-se por contribuição/participação financeira todo o valor pago pelo **BENEFICIÁRIO** Titular, inclusive com desconto em folha de pagamento, para custear parte ou a integralidade da contraprestação pecuniária do plano de saúde, assim como o pagamento de qualquer valor fixo assumido pelo **BENEFICIÁRIO** que foi incluído em outro plano oferecido por seu empregador, em substituição ao originalmente disponibilizado sem sua participação.

15.7.1 – Não estão contemplados no conceito de contribuição/ participação financeira os valores relacionados: (i) aos dependentes e agregados; e (ii) à coparticipação devida pelo **BENEFICIÁRIO** como fator moderador em razão de procedimentos e/ou de utilização da assistência objeto deste contrato, nos casos que preveem essa modalidade.

15.7.2 – O **BENEFICIÁRIO** Titular que não tenha efetuado o pagamento de contribuição/participação financeira para o plano durante o período em que manteve o vínculo empregatício com a **CONTRATANTE** não terá direito a permanecer no plano.

15.8 – Ainda que o pagamento da contribuição não esteja ocorrendo no momento da demissão sem justa causa, exoneração ou aposentadoria, ao ex-empregado são assegurados os direitos previstos nesta cláusula, na proporção de sua efetiva contribuição.

## III. EXTENSÃO AO GRUPO FAMILIAR

15.9 – O direito do ex-empregado de ser mantido no plano na condição de **BENEFICIÁRIO** estende-se ao grupo familiar inscrito quando da vigência do contrato de trabalho, ressalvado o direito do **BENEFICIÁRIO** de ser mantido individualmente ou de solicitar a manutenção de apenas parte de seu grupo familiar.

15.10 – Com o falecimento do **BENEFICIÁRIO** Titular e desde que o contrato esteja vigente, aos **BENEFICIÁRIOS** Dependentes é assegurado o direito de permanecerem cobertos pelo plano, nos termos do disposto neste instrumento.

## IV. MANUTENÇÃO DA CONDIÇÃO DE BENEFICIÁRIO

15.11 – As contraprestações devidas à **CONTRATADA**, assim como os valores relativos à coparticipação, nos planos que preveem essa modalidade, serão pagas diretamente pelos **BENEFICIÁRIOS** Titulares, até a data do vencimento e nos locais indicados pela **CONTRATADA**, acrescidas dos valores próprios à administração e cobrança individualizada.

**15.12** – O não pagamento das importâncias devidas à **CONTRATADA** nos termos pactuados, sujeitará o **BENEFICIÁRIO** à cobrança de multa e juros de mora, nos termos previstos na legislação da saúde suplementar, atualmente previstos em 2% (dois por cento) de multa e 1% (um por cento) de juros de mora ao mês, sem prejuízo da atualização monetária da contraprestação apurada pelo IGP-M/FGV (Índice Geral de Preços da Fundação Getúlio Vargas) ou pelo índice que vier a substituí-lo.

**15.13** – Caso o **BENEFICIÁRIO** não receba o seu boleto ou instrumento de cobrança até 5 (cinco) dias úteis antes do vencimento, deverá comunicar à **CONTRATADA** ou retirá-lo diretamente através do site [amil.com.br](http://amil.com.br).

**15.14** – A **CONTRATADA** poderá, a seu livre critério, negociar e/ou parcelar o débito em aberto com o **BENEFICIÁRIO**.

**15.15** – A manutenção do ex-empregado na condição de **BENEFICIÁRIO**, no mesmo plano em que se encontrava quando vigente a relação de emprego, observará as mesmas cláusulas referentes a reajuste, preço, faixa etária e fator moderador existente durante a vigência do contrato de trabalho.

**15.15.1** – O direito assegurado ao **BENEFICIÁRIO** não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

**15.15.2** – O valor da contraprestação pecuniária a ser paga pelo ex-empregado demitido sem justa causa ou aposentado deverá corresponder ao valor integral estabelecido, com as devidas atualizações, e o valor da contraprestação deverá corresponder ao valor integral indicado na tabela de custos por faixa etária para os **BENEFICIÁRIOS** ativos.

**15.16** – Ao empregado aposentado que continua trabalhando na empresa **CONTRATANTE** e vem a se desligar dela é garantido o direito de manter sua condição de **BENEFICIÁRIO** na condição de aposentado.

**15.17** – O **BENEFICIÁRIO** que estiver em atraso no pagamento das contraprestações pecuniárias de, no mínimo, 02 (duas) mensalidades do plano privado de assistência à saúde, consecutivas ou não, e desde que no prazo de 10 (dez) dias ininterruptos da data da notificação, não tenha efetuado o pagamento do débito em aberto, terá o seu vínculo rescindido unilateralmente pela **CONTRATADA**.

**15.18** – A rescisão prevista no item anterior está condicionada à notificação do **BENEFICIÁRIO** até o 50º (quincuagésimo) dia de inadimplência. Se notificado em prazo superior, a rescisão será efetuada se o pagamento do débito não for realizado no prazo de 10 (dez) dias contados do recebimento da notificação.

**15.19** – A notificação por inadimplência poderá ser realizada pelos seguintes meios, sem prejuízo de outros que vierem a ser autorizados pela regulamentação em vigor:

- (i) Correio eletrônico (e-mail) com certificado digital ou com confirmação de leitura;
- (ii) Mensagem de texto para telefones celulares (SMS);
- (iii) Mensagem em aplicativo de dispositivos móveis que permita a troca de mensagens criptografadas;
- (iv) Ligação telefônica gravada, de forma pessoal ou pelo sistema URA (unidade de resposta audível), com confirmação de dados pelo interlocutor;
- (v) Carta, com aviso de recebimento (AR) dos correios, não sendo necessária a assinatura da pessoa natural a ser notificada; ou
- (vi) Preposto da operadora, com comprovante de recebimento assinado pela pessoa natural a ser notificada.
- (vii) Área restrita da página institucional da operadora na Internet e/ou por meio de aplicativo da operadora para dispositivos móveis, mediante acesso por login e senha pessoais.

**15.20** – É de responsabilidade do **BENEFICIÁRIO** manter as suas informações cadastrais atualizadas.

**15.21** – A **CONTRATADA** excluirá o **BENEFICIÁRIO** por inadimplência das mensalidades, quando o **BENEFICIÁRIO** for responsável pela realização do pagamento diretamente à **CONTRATADA** de acordo com a regulamentação vigente.

#### **V. PORTABILIDADE ESPECIAL**

**15.22** – Durante o período de manutenção da condição de **BENEFICIÁRIO** de que trata esta cláusula, o **BENEFICIÁRIO** poderá exercer a portabilidade especial de carências para plano de saúde individual, familiar, coletivo empresarial ou coletivo por adesão administrado por outra operadora de plano de saúde, na forma e nas especificidades previstas na Resolução nº 488 da ANS ou de norma que eventualmente a substitua.

#### **VI. EXTINÇÃO DO DIREITO ASSEGURADO NOS ARTIGOS 30 E 31 DA LEI Nº 9.656, DE 1998**

**15.23** – O ex-empregado terá seu direito de manutenção extinto se ocorrer qualquer das hipóteses abaixo:

- (i) decurso dos prazos de manutenção, conforme previsto nos artigos 4º e 5º, parágrafos únicos, da Resolução Normativa nº 488/2022;
- (ii) admissão em novo emprego; ou
- (iii) cancelamento do contrato coletivo empresarial ao qual se encontra vinculado.

## VII. COMUNICAÇÃO DE EXCLUSÃO DO BENEFICIÁRIO

15.24 – Para requerer a efetiva exclusão do **BENEFICIÁRIO** do plano privado de assistência à saúde, a **CONTRATANTE** obriga-se a fornecer à **CONTRATADA** as seguintes informações, acompanhadas dos documentos originais comprobatórios, caso solicitado pela **CONTRATADA**, a qualquer tempo:

- (i) se o **BENEFICIÁRIO** foi excluído por demissão sem justa causa ou aposentadoria;
- (ii) se o **BENEFICIÁRIO** aposentado continua vinculado à **CONTRATADA** por relação de emprego, conforme disposto no artigo 22 da RN nº 488/2022;
- (iii) se o **BENEFICIÁRIO** contribuía para o pagamento do plano privado de assistência à saúde;
- (iv) por quanto tempo o **BENEFICIÁRIO** contribuiu para o pagamento do plano privado de assistência à saúde;
- (v) se o **BENEFICIÁRIO** optou pela manutenção como **BENEFICIÁRIO** ou se recusou a manter essa condição.

15.25 – A exclusão apenas será aceita pela **CONTRATADA** mediante a comprovação inequívoca, pela **CONTRATANTE**, de que foi dada ao **BENEFICIÁRIO** a opção de manutenção da condição de **BENEFICIÁRIO** da qual gozava quando da vigência do contrato de trabalho.

15.25.1 – Enquanto a documentação mencionada nos itens anteriores não tiver sido entregue à **CONTRATADA**, a **CONTRATANTE** continuará responsável pelo pagamento integral da contraprestação referente ao respectivo **BENEFICIÁRIO**.

16 | Cláusula Décima Sexta

CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

16.1 – A suspensão ou exclusão de **BENEFICIÁRIOS** somente poderá ser realizada mediante pedido por escrito da **CONTRATANTE**, durante o período de movimentação cadastral descrito no Quadro-Resumo.

16.2 – Na hipótese das Partes utilizarem a via física do cartão de identificação, a **CONTRATANTE** obriga-se a coletar o referido cartão de identificação destinado ao uso do sistema por parte do(s) **BENEFICIÁRIO(S)** excluído(s) e a devolver tal documento à **CONTRATADA**, assegurando-se a esta o direito de cobrar todos os valores correspondentes a eventual uso indevido desse documento para fins de cobertura de assistência constante do presente contrato.

16.3 – A **CONTRATADA** poderá, ainda, excluir ou suspender o plano do **BENEFICIÁRIO**, independentemente da vigência contratual e sem a necessidade de anuência da **CONTRATANTE** nos seguintes casos:

- (i) perda do vínculo do **BENEFICIÁRIO** Titular com a pessoa jurídica **CONTRATANTE**;
- (ii) perda do vínculo de dependência no caso de **BENEFICIÁRIO** Dependente;
- (iii) fornecimento, pela **CONTRATANTE**, de informações incompletas e/ou inverídicas ou omissão de informações a respeito da população incluída no presente contrato;
- (iv) prática, pela **CONTRATANTE** ou pelo **BENEFICIÁRIO**, de infrações com o objetivo de obtenção de vantagem ilícita, para si ou para outrem;
- (v) prática, pelo **BENEFICIÁRIO**, de fraude referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da contratação ou adesão ao plano, situação apurada mediante procedimento administrativo específico, bem como de qualquer omissão, falsidade, inexatidão ou erro nas declarações constantes da proposta contratual para contratação coletiva.

16.4 – As exclusões cadastrais implicarão perda imediata do direito da cobertura do atendimento.

16.5 – Independentemente das consequências e responsabilidades legais, nos casos comprovados de fraude, os **BENEFICIÁRIOS** perderão todos os direitos e/ou benefícios previstos neste contrato e não farão jus à devolução de qualquer quantia paga.

**16.6** – A **CONTRATANTE** deverá comunicar a extinção do contrato aos **BENEFICIÁRIOS**, informando-os, ainda, caso não haja portabilidade para outra operadora, quanto ao direito de contratar plano individual, com o aproveitamento das carências já cumpridas, desde que: (i) a opção ocorra no período de até 30 (trinta) dias, contados da data da rescisão ou do desligamento do **BENEFICIÁRIO**; e (ii) a **CONTRATADA** possua em comercialização, à época, plano na referida modalidade de contratação.

#### Cancelamento pelo **BENEFICIÁRIO** Titular

**16.7** – O **BENEFICIÁRIO** Titular poderá, a qualquer tempo, solicitar ser excluído do contrato, bem como solicitar a exclusão de qualquer de seus dependentes, nos termos dispostos neste item, sem prejuízo do cumprimento das obrigações assumidas pela **CONTRATANTE** no contrato.

**16.7.1** – O pedido de exclusão deverá ser apresentado à **CONTRATANTE**, que providenciará o respectivo processamento, por meio do site da **CONTRATADA**, em até 30 (trinta) dias, contados do recebimento do pedido.

**16.7.2** – Processado o pedido pela **CONTRATANTE**, ele terá efeito imediato, sendo considerado este, para todos os efeitos, o momento de exclusão do **BENEFICIÁRIO** pela **CONTRATANTE**.

**16.7.3** – Caso o prazo previsto no item anterior não seja cumprido, poderá o **BENEFICIÁRIO** Titular apresentar novo pedido, dessa vez diretamente à **CONTRATADA**, que deverá ser instruído com cópia do pedido originalmente apresentado à **CONTRATANTE** (e-mail ou carta protocolada) e será processado com efeito imediato, a partir da data do seu recebimento pela **CONTRATADA**.

## 17 | Cláusula Décima Sétima

## SUSPENSÃO/RESCISÃO

## I. SUSPENSÃO DO CONTRATO

17.1 – Se a **CONTRATANTE** atrasar o pagamento da contraprestação por período superior a 10 (dez) dias, serão suspensos, para todos os **BENEFICIÁRIOS**, a prestação de serviços e os demais benefícios contratuais.

## II. RESCISÃO

17.2 – O presente contrato poderá ser extinto:

17.2.1 – Automaticamente, ainda que não tenha sido completado o prazo de vigência pactuado entre as partes, caso: (i) o número de **BENEFICIÁRIOS** inscritos se torne inferior a 100 (cem) ou (ii) a **CONTRATANTE** reduza em percentual igual ou superior a 15% (quinze por cento) o número de **BENEFICIÁRIOS** em comparação com o número de vidas apuradas no último aniversário do contrato, exceto nos casos em que as exclusões decorram, comprovadamente, de demissão dos empregados ou fechamento de unidades.

17.2.1.1 – As hipóteses de rescisão automática acima mencionadas não prejudicam a faculdade da **CONTRATADA** de cobrar a multa prevista no item 17.3 do presente contrato.

17.2.2 – Imotivadamente, por iniciativa de qualquer das partes, após vencido o prazo de vigência inicial, desde que a parte contrária seja previamente notificada com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

17.2.3 – Unilateralmente pela **CONTRATADA**, em caso de atraso: (i) no pagamento das contraprestações pecuniárias por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência; ou (ii) no pagamento das cobranças relativas ao repasse de custos a que se refere o item Coberturas Extracontratuais e demais Despesas por período superior a 60 (sessenta) dias.

17.2.4 – Unilateralmente pela **CONTRATADA** nas hipóteses de: (i) ausência de legitimidade da pessoa jurídica **CONTRATANTE**; (ii) fraude, omissão ou fornecimento de informações incorretas ou inverídicas pela **CONTRATANTE** para auferir vantagens próprias para si ou para seus **BENEFICIÁRIOS** ou (iii) omissão ou fornecimento de informações incorretas, incompletas ou inverídicas na Proposta Comercial pela **CONTRATANTE**, caso não seja possível revisar e adequar os preços ou a **CONTRATANTE** não concorde com a revisão e adequação dos preços, hipóteses essas reconhecidas como violação às disposições contratuais e ao princípio da boa-fé objetiva.

17.2.4.1 – A hipótese de cancelamento prevista acima não afasta a prerrogativa da **CONTRATADA** de buscar indenização pelos prejuízos que vier a ter com a cobertura indevidamente concedida ou ressarcimento de enriquecimento sem causa, direto ou indireto, da **CONTRATANTE**, sem prejuízo de outras medidas judicialmente cabíveis.

17.3 – Caso a **CONTRATANTE** extinga imotivadamente ou venha a dar causa à extinção do contrato antes de transcorrido o prazo de vigência estabelecido entre as partes, ficará sujeita ao pagamento, à **CONTRATADA**, de multa rescisória no valor correspondente a 3 (três) vezes a média das faturas pagas nos últimos 12 (doze) meses, sem prejuízo do pagamento de todas as demais obrigações e encargos contratuais devidos até a data da extinção do contrato, incluídos os valores relativos à coparticipação e à franquia, ainda que futuramente exigidos e sem prejuízo do encaminhamento de ofício ao SPC, Serasa e demais órgãos de proteção ao crédito, a exclusivo critério da **CONTRATADA**, mediante prévio aviso à **CONTRATANTE**.

17.4 – A **CONTRATANTE** se obriga, em caso de encerramento do presente contrato e de contratação com outra operadora/seguradora de planos de assistência à saúde, a migrar todos os **BENEFICIÁRIOS**, ativos e inativos, vinculados ao contrato para a nova operadora/seguradora, independentemente da existência ou não de ações judiciais e/ou demandas administrativas.

17.4.1 – Sem prejuízo do disposto nos itens acima, em qualquer hipótese de cancelamento do contrato ou suspensão da cobertura, caberá à **CONTRATANTE** assumir (i) todos os custos decorrentes de sinistros, a partir da data de encerramento do contrato; (ii) as penalidades ou multas e quaisquer outras despesas havidas em decorrência de qualquer medida judicial e/ou administrativa movida contra a **CONTRATADA**, que envolva os **BENEFICIÁRIOS** vinculados a este contrato, obrigando-se a ressarcir-la, após a comunicação da respectiva ocorrência, de todos os valores que esta venha a despendar em decorrência de reclamações; e (iii) todos os custos decorrentes de sinistros, penalidades ou multas e quaisquer outras despesas havidas em reclamações, seja de que natureza forem, intentadas por **BENEFICIÁRIOS** que, por determinação judicial, venham a ser mantidos na qualidade de **BENEFICIÁRIOS** da **CONTRATADA**, após o término de vigência do contrato, obrigando-se a ressarcir-la de todos os valores que esta venha a ser compelida a despendar a este título, inclusive com relação a penalidades, multas, honorários, custas judiciais, juros, etc.

17.5 – Em caso de rescisão do contrato, será facultado aos **BENEFICIÁRIOS** celebrar contratos individuais, se em comercialização pela **CONTRATADA**, nas bases e condições próprias dos produtos vigentes, inclusive com relação a preço.

18 | Cláusula Décima Oitava

PRIVACIDADE E PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

18.1 – Estas disposições aplicam-se a toda a atividade de tratamento dos dados pessoais da **CONTRATANTE** que seja realizada pela **CONTRATADA** quando esta estiver tratando dados pessoais que pertençam aos **BENEFICIÁRIOS** vinculados à **CONTRATANTE**, sempre que tiver recebido ou tido acesso a tais dados pessoais para o propósito de execução deste contrato.

18.2 – As partes cumprirão a Legislação de Proteção de Dados que tenha conexão com este contrato.

18.3 – As partes garantem que todo o seu pessoal, agentes e subcontratados que tiverem acesso a dados pessoais estarão sujeitos a obrigações de manter a confidencialidade sobre tais dados, a não ser que a revelação seja necessária ao atendimento de qualquer obrigação legal ou regulatória.

18.4 – As partes implementarão e manterão um programa de segurança da informação apropriado, razoável e por escrito, que inclua medidas físicas, técnicas e organizacionais proporcionais à natureza dos dados pessoais tratados neste contrato, medidas que correspondam a padrões de boas práticas industriais ou que os superem e que sejam adequadas para prevenir violação de dados pessoais.

18.5 – A **CONTRATADA** realizará atividades de tratamento dos dados pessoais da **CONTRATANTE** para executar o contrato e atender as prescrições legais e regulatórias emitidas pelas autoridades regulatórias, especialmente pelas entidades e autoridades responsáveis pelo setor de saúde suplementar e pela proteção de dados pessoais.

18.6 – A **CONTRATADA** manterá a confidencialidade de todos os dados pessoais relacionados com o contrato, ressalvadas as provisões regulatórias em sentido diverso.

18.7 – A **CONTRATADA** implementará medidas técnicas e organizacionais para proteger os dados pessoais da **CONTRATANTE** contra acessos, perdas, alteração, revelação, destruição não autorizada ou acidental ou qualquer outra forma de tratamento não autorizada ou ilegal.

18.8 – Caso a **CONTRATADA** colete qualquer dado pessoal em nome da **CONTRATANTE**, este será coletado de acordo com a forma, o parâmetro ou a exigência legal aplicável, inclusive em relação aos meios de coleta legalmente especificados. Quando a coleta do consentimento for, de algum modo, necessária ao exercício do presente contrato, a **CONTRATANTE** será responsável pelas formas de coleta e por manter os registros de cada consentimento coletado.

18.9 – A **CONTRATANTE** fornecerá à **CONTRATADA** toda a assistência razoavelmente necessária para que esta cumpra suas obrigações perante a legislação de proteção de dados (inclusive no que se refere à resposta à solicitação de titulares de dados no exercício de seus direitos e às consultas às autoridades competentes).

18.10 – Segundo opção da **CONTRATANTE**, a **CONTRATADA** prontamente excluirá ou devolverá todos os dados pessoais da **CONTRATANTE**, mediante solicitação desta ou na ocorrência de rescisão deste contrato, a menos que haja obrigação em diferente sentido, nos termos da legislação e regulação aplicável.

18.11 – Mediante solicitação da **CONTRATANTE** ou do titular de dados, a **CONTRATADA** deverá corrigir ou atualizar todos os dados pessoais da **CONTRATANTE** mantidos pela **CONTRATADA**.

18.12 – A **CONTRATADA** terá o direito de ser reembolsada pela **CONTRATANTE** por perdas, danos, multas, custos ou despesas (incluindo despesas e desembolsos legais) incorridos pela **CONTRATADA** e que resultem na violação de dados pessoais, em falha na adoção de medidas de segurança exigidas pelo Artigo 46 da LGPD ou na violação de algum item desta cláusula em relação a quaisquer dados pessoais tratados em conexão com o contrato. Tais valores serão considerados perdas diretas e serão devidos pela **CONTRATANTE** à **CONTRATADA** mediante comprovação.

## 19 | Cláusula Décima Nona

### DOS CÓDIGOS DE CONDUTA E PROGRAMA DE ÉTICA E COMPLIANCE DA CONTRATADA

19.1 – A **CONTRATANTE** declara ter ciência aos termos dos Códigos de Conduta e Programa de Compliance da **CONTRATADA**, onde estão dispostos os princípios gerais de Ética e Integridade da **CONTRATANTE**, bem como as melhores práticas para realização do negócio objeto deste **CONTRATO**.

19.1.1 – Os documentos mencionados nestas cláusulas, encontra-se disponibilizados pela **CONTRATADA**, por meio de seu “site”: [www.amil.com.br](http://www.amil.com.br), comprometendo-se a **CONTRATANTE**, a observá-los e a respeitá-los.

DA RESPONSABILIDADE SOCIAL E DO CUMPRIMENTO DA LEI ANTICORRUPÇÃO

19.2 – Durante a vigência do Contrato, as Partes se comprometem a:

- a) respeitar e fazer cumprir toda a legislação ambiental vigente, não empregar trabalhadores menores de 16 (dezesseis) anos de idade, salvo na condição de aprendizes a partir de 14 (quatorze) anos, bem como, não empregar adolescentes de até 18 (dezoito) anos de idade em locais prejudiciais à sua formação, ao seu desenvolvimento, de forma alguma adotar práticas de trabalho análogo ao escravo e trabalho ilegal de crianças e adolescentes no cumprimento do presente Contrato.
- b) cumprir todas e quaisquer políticas estabelecidas, leis e regulamentos anticorrupção e antisuborno, incluindo, mas não se limitando, ao *U.S. Foreign Corrupt Practices Act* ("FCPA") e a Lei Federal nº 12.846/2013, Lei Brasileira Anticorrupção se comprometendo as Partes em manter ou criar políticas e processos para promover o cumprimento dessas leis e regulamentos, bem como implementar um programa de integridade caso não exista.
- c) não solicitar, sugerir, dar, oferecer, prometer ou pagar, direta ou indiretamente através de terceiros, qualquer item de valor (exemplos: pagamentos em dinheiro, entretenimentos, presentes, hospitalidades, contribuições políticas, produtos ou serviços, etc.) para qualquer agente público ou privado, com o objetivo de influenciar indevidamente qualquer ato, decisão ou concessão, ou para garantir uma vantagem imprópria.
- d) A não observância das obrigações previstas neste contrato, em especial nesta cláusula de Compliance, poderá ensejar o pleito de rescisão do contrato com possível reparação de perdas e danos pela parte prejudicada.
- e) a **CONTRATANTE** concede, desde já, à **CONTRATADA** o direito de auditar os livros e registros da **CONTRATANTE**, para fins exclusivamente de verificar o cumprimento desta cláusula. A realização desta auditoria estará condicionada à prévia notificação da parte solicitante, bem como, agenda definida em comum acordo entre as Partes.

20 | Cláusula Vigésima

DISPOSIÇÕES GERAIS

**20.1 – NOMENCLATURA** – a nomenclatura médica de doenças a que se refere este contrato segue a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, Décima Versão – CID 10, da Organização Mundial da Saúde.

**20.2 – DOCUMENTAÇÃO** – fazem parte do presente contrato: (i) seus anexos e regulamentos; (ii) o Quadro-Resumo; (iii) a Rede Credenciada da **CONTRATADA**, definida pelo tipo de plano contratado; (iv) a Declaração de Saúde; (v) o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS) e o Guia de Leitura Contratual (GLC), documentos previamente entregues pela **CONTRATADA** à **CONTRATANTE**, além da (vi) Carta de Orientação ao **BENEFICIÁRIO**; (vii) dos recibos de pagamento e (viii) do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

**20.2.1** – É responsabilidade da **CONTRATANTE** entregar ao **BENEFICIÁRIO** Titular, previamente à adesão ao plano de saúde, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS), que poderá ser disponibilizado em material impresso ou através de mídia digital.

**20.2.2** – É responsabilidade da **CONTRATADA** enviar ao **BENEFICIÁRIO** Titular o Guia de Leitura Contratual (GLC), que poderá ser disponibilizado em material impresso ou por meio de mídia digital, juntamente com o cartão de identificação.

**20.2.3** – É responsabilidade de ambas as partes oferecer, sempre que solicitado pelo **BENEFICIÁRIO** Titular e desde que este tenha disponibilizado seu endereço, cópia das condições gerais do contrato, que conterão, no mínimo, os temas que compõem o Guia de Leitura Contratual.

**20.3 – TRANSFERÊNCIA DE PLANOS** – as partes acordam que a mudança de plano poderá ser solicitada pela **CONTRATANTE**, de acordo com as opções de planos contratados e indicados no Quadro-Resumo corresponde ao presente contrato.

**20.3.1** – Quando da transferência de **BENEFICIÁRIO** para um plano com mais benefícios, será contabilizado o tempo de vigência do plano anterior para o novo, observando que:

**20.3.1.1** – Caso a transferência se dê para um plano que contenha: (i) novos benefícios; (ii) nova rede credenciada; e (iii) novo padrão de acomodação e não se trate de casos de portabilidade/migração, os **BENEFICIÁRIOS** cumprirão apenas as carências determinadas para esses casos, de acordo com o que estiver previsto no novo plano.

**20.4 – COBERTURAS EXTRA CONTRATUAIS E DEMAIS DESPESAS** – caso a **CONTRATADA** seja obrigada a oferecer coberturas extracontratuais ou a pagar despesas não previstas no presente contrato, ainda que por força de decisão judicial ou por procedimento administrativo, caberá à **CONTRATANTE** reembolsar a **CONTRATADA** todo e qualquer valor que esta venha a despendar, incluindo o valor da condenação, das custas, das despesas processuais e administrativas e dos honorários advocatícios.

**20.4.1** – Nos casos em que a **CONTRATANTE** for responsável por reembolsar as despesas acima mencionadas, a **CONTRATADA** notificará a **CONTRATANTE**, dando-lhe ciência quanto à ocorrência da situação para que esta tenha a oportunidade de se manifestar a respeito e indicar, se for o caso, os argumentos de defesa.

**20.4.2** – O não envio da notificação indicada no item anterior não desobriga a **CONTRATANTE** de realizar o reembolso à **CONTRATADA**.

**20.4.3** – As despesas apuradas em razão das obrigações previstas na presente cláusula do contrato serão pagas pela **CONTRATANTE** à **CONTRATADA** depois do trânsito em julgado da ação judicial ou quando do encerramento deste contrato, o que acontecer primeiro.

**20.4.4** – Se quando do encerramento do contrato estiverem ainda em discussão ações judiciais que tratem das hipóteses previstas nesta cláusula, a **CONTRATADA** fará a cobrança dos valores já despendidos em tais processos, sem prejuízo de realizar novas cobranças no futuro, caso não haja sua exclusão do polo passivo desses processos depois da notícia do encerramento do contrato.

**20.4.5** – Eventuais custos com coberturas extracontratuais e demais despesas efetuados em razão de concessão de liberalidade pela **CONTRATADA** não serão objeto de mecanismo de ressarcimento previsto nesta cláusula.

**20.4.6** – Os valores que venham a ser reembolsados pela **CONTRATANTE**, nos termos desta cláusula, não serão computados para fins de apuração da sinistralidade do contrato.

**20.5 – MEDIAÇÃO** – a **CONTRATANTE** obriga-se a informar ao **BENEFICIÁRIO** que é dever deste entrar em contato prévio com a **CONTRATADA**, por intermédio de qualquer de seus canais de atendimento, caso ocorra qualquer conflito relacionado com o presente contrato e que nenhuma reclamação deve ser apresentada perante a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nem demanda judicial que verse sobre os termos deste instrumento deve ser distribuída antes que essa providência seja tomada, a fim de que se busque a composição de uma solução amigável para o pleito.

**20.6 – RESPONSABILIDADES DAS PARTES** – as partes acordam que o ônus decorrente de demandas administrativas – incluindo multas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e dos Procons, mas não limitadas exclusivamente a estas – ou judiciais fruto de atos de responsabilidade de cada uma delas, nos termos de suas obrigações legais e regulamentares, será por cada qual suportado, de acordo com os critérios expostos a seguir:

**20.6.1** – Serão de responsabilidade da **CONTRATANTE** os processos e as demandas motivados por questões administrativas, incluindo, em rol meramente exemplificativo: movimentação cadastral; suspensão/cancelamento do contrato por inadimplência; vigência de contrato; elegibilidade de **BENEFICIÁRIOS**; diferença na aplicação de reajustes das contraprestações pecuniárias (em relação àqueles praticados pela **CONTRATADA** e previstos em contrato); preenchimento de dados e apresentação de documentos necessários ao Estudo de Cobertura de Risco (ECR) e na Proposta Comercial; omissão/inexatidão na informação sobre carências, coberturas parciais temporárias e rede de atendimento, entre outros.

**20.6.1.1** – Havendo determinação administrativa ou judicial que:

- (i) impeça a aplicação dos reajustes previstos no presente contrato ou
- (ii) reduza o valor da contraprestação pactuada entre as partes, caberá à **CONTRATANTE** reembolsar à **CONTRATADA** qualquer valor que a **CONTRATADA** venha a despendar, incluindo o valor de condenação, custas, despesas processuais e honorários advocatícios. A **CONTRATANTE** deverá, ainda, pagar à **CONTRATADA** a diferença de valor da contraprestação, considerando o que será efetivamente pago pelo **BENEFICIÁRIO** ativo e/ou inativo e o valor devido.

**20.6.2** – Serão de responsabilidade da **CONTRATADA** os processos e as demandas motivados por questões assistenciais e de coberturas contratuais, ressalvados os casos de negativas de atendimento por suspensão ou cancelamento do contrato decorrente de falha operacional da **CONTRATANTE**, entre outros.

**20.6.3** – As Partes estabelecem, por fim, que, quando juridicamente possível, a parte que foi demandada por ato que não seja de sua responsabilidade deverá informar à outra parte para que: (i) compareça espontaneamente em juízo ou perante autoridade competente, reconhecendo sua condição de única e exclusiva responsável, bem como forneça à outra parte toda a documentação solicitada por esta necessária para garantir sua defesa; e (ii) se possível, substitua a parte demandada na exigência administrativa ou judicial.

**20.7 – NOMEAÇÃO E DESTITUIÇÃO DE CORRETOR(A)** – A nomeação e destituição do(a) corretor(a) responsável por intermediar a relação entre as partes é de inteira e exclusiva responsabilidade da **CONTRATANTE**.

**20.7.1** – A nomeação do corretor deverá ser realizada pela **CONTRATANTE** mediante comunicação prévia, por escrito, enviada a **CONTRATADA**.

**20.7.2** – A **CONTRATADA** acatará a designação de novo(a) corretor(a) em substituição ao (a) anteriormente nomeado: (i) a qualquer tempo, mediante notificação encaminhada pela **CONTRATANTE** com a anuência do corretor substituído, ou (ii) na data de aniversário do Contrato, mediante notificação da **CONTRATANTE** com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, e sem necessidade de anuência, bastando a comprovação da ciência do corretor substituído.

**20.8 – LIBERALIDADE DA CONTRATADA** – a autorização concedida pela **CONTRATADA** para a cobertura de eventos não previstos ou excluídos neste contrato não confere à **CONTRATANTE** ou ao **BENEFICIÁRIO** direito adquirido e/ou extensão da abrangência de cobertura do presente contrato, caracterizando mera liberalidade da **CONTRATADA**.

**20.9 – TOLERÂNCIA** – a tolerância ou a demora da **CONTRATADA** em exigir da **CONTRATANTE** o cumprimento de quaisquer das obrigações aqui previstas ou mesmo a sua omissão quanto a tais questões não será considerada novação, podendo, conforme o caso, a qualquer tempo, ser exigido seu cumprimento.

**20.10 – NÃO PRESUNÇÃO** – não se admite a presunção de que a **CONTRATADA** ou a **CONTRATANTE** possa ter conhecimento de circunstâncias que não constem deste contrato ou de comunicação posterior por escrito.

**20.11 – SUB-ROGAÇÃO** – a **CONTRATADA** ficará sub-rogada em todos os direitos e ações da **CONTRATANTE** contra aqueles que por ato, fato ou omissão tenham causado as despesas cobertas pela **CONTRATADA** ou por elas tenham concorrido, obrigando-se a **CONTRATANTE** a facilitar os meios necessários ao exercício dessa sub-rogação.

**20.12 – ENVIO DE INFORMAÇÕES À ANS** – conforme disposto pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) em resolução normativa própria, o envio de informações relativas à assistência médica prestada aos **BENEFICIÁRIOS** é responsabilidade da **CONTRATADA**, que as enviará, por intermédio do coordenador médico de informações em saúde que estiver cadastrado perante a agência. Resguardadas as prerrogativas e obrigações profissionais do coordenador, a **CONTRATADA** responde pela omissão ou incorreção dos dados enviados, que serão preservados de acordo com a garantia de sigilo médico de informações.

**20.13 – DECLARAÇÕES** – a **CONTRATANTE** declara, neste ato, sob as penas da lei, que as informações ora prestadas são verdadeiras, declarando, ainda, que todas as inclusões de **BENEFICIÁRIOS** obedecerão às regras estabelecidas neste contrato, principalmente no que tange à elegibilidade destes, responsabilizando-se administrativa, penal e civilmente pelo ressarcimento das perdas e dos danos decorrentes de eventual inclusão indevida, sem prejuízo da aplicação das penalidades contratuais cabíveis em razão do descumprimento dessa obrigação.

**20.14 – CONTRATOS COM A ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA** – os contratos que vierem a ser celebrados com a administração pública direta ou indireta obedecerão aos termos do respectivo edital e à Lei nº 14.133/21 (Lei de Licitações e Contratos Administrativos).

## 21 | Cláusula Vigésima Primeira

### DO FORO

**21.1** – Fica eleito o foro de domicílio da **CONTRATANTE** para dirimir as questões oriundas do presente Contrato.