



**CONTRATO PARTICULAR DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS
PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA, HOSPITALAR DE
DIAGNÓSTICO E TERAPIA.**

PRÓ CLASSIC PRÉ-PAGAMENTO

Registro na ANS – 472.749/14-5

Segmentação – Ambulatorial, Hospitalar Com Obstetrícia

Tipo de Contratação – Coletivo Empresarial

Acomodação – Enfermaria

Coparticipação em consultas, exames complementares e
procedimentos ambulatoriais.

Registrado em cartório sob nº 495922

Atualizado em janeiro/2019

PAM SAÚDE - Paraná Assistência Médica Ltda.

Av. Brasil, nº 4493 – centro – salas 201 a 211.

CEP: 87.013-000 – Maringá – PR - www.dr pam.com.br

ÍNDICE

A - QUALIFICAÇÃO DA CONTRATADA	03
B - QUALIFICAÇÃO DA CONTRATANTE	03
C - NOME COMERCIAL E REGISTRO NA ANS	03
D - TIPO DE CONTRATAÇÃO	03
E - SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO	03
F - ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA	03
G - ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE	03
H - URGÊNCIA E/OU EMERGÊNCIA	04
I - PADRÃO DE ACOMODAÇÃO	04
J - FORMAÇÃO DO PREÇO	04
TEMA I - ATRIBUTOS DO CONTRATO	04
TEMA II - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO	04
TEMA III - COBERTURA E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS	06
TEMA IV - EXCLUSÕES DE COBERTURA	09
TEMA V - VIGÊNCIA	11
TEMA VI - CARÊNCIAS	12
TEMA VII - DAS DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES	13
TEMA VIII - DA COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA	14
TEMA IX - DO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	15
TEMA X - DO ACESSO À ASSISTÊNCIA MÉDICA	18
TEMA XI - CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO	18
TEMA XII - DO PREÇO	19
TEMA XIII - DO REAJUSTE	20
TEMA XIV - FAIXAS ETÁRIAS	22
TEMA XV - DA PERDA DA CONDIÇÃO DE BENEFICIÁRIO	23
TEMA XVI - DA SUSPENSÃO E RESCISÃO CONTRATUAL	24
TEMA XVII - DISPOSIÇÕES GERAIS	24
TEMA XVIII - EXCLUSÃO DE HOSPITAIS DE TABELA PRÓPRIA E OU ALTO CUSTO	26
TEMA XIX - ELEIÇÃO DE FORO	27

A- QUALIFICAÇÃO DA CONTRATADA

PARANÁ ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA., pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob nº 82.353.079/0001-07, com sede social na Avenida Brasil nº 4.493, 3º andar, salas 301 e 311, Centro, com CEP 87.013-000, na cidade e comarca de Maringá, Estado do Paraná, tendo ainda como nome fantasia **PAM**, com registro sob o nº **31.526-5**, junto a ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, classificada como Medicina de Grupo, sendo doravante denominada por este instrumento como **CONTRATADA**.

B- QUALIFICAÇÃO DA CONTRATANTE

Razão Social _____
Nome fantasia _____
CNPJ _____, neste ato representada por _____, portador(a) do RG sob nº _____ e CPF/MF sob nº _____, sendo doravante denominada por este instrumento como **CONTRATANTE**.

A qualificação das partes, dados do titular, dependentes, segmentação assistencial contratada, valores e formas de pagamento, constarão na Proposta de Adesão, parte integrante deste instrumento.

Por trata-se de um contrato coletivo, as pessoas físicas vinculadas à **CONTRATANTE**, inscritas neste contrato serão doravante nominadas de **BENEFICIÁRIO TITULAR**.

C – NOME COMERCIAL E REGISTRO DO PLANO NA ANS

PRÓ CLASSIC EMPRESARIAL
Registro na ANS: **472.749/14-5**

D – TIPO DE CONTRATAÇÃO

Coletivo Empresarial.

E- SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE

Ambulatorial, Hospitalar COM Obstetrícia.

F – ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE

Grupo de Municípios.

G – ÁREA DE ATUAÇÃO DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE

Cascavel, Maringá e Ubitatã.

H- URGÊNCIA E/OU EMERGÊNCIA

Os atendimentos realizados fora da área de abrangência geográfica do contrato (Grupo de Municípios), ainda que se trate de situação de URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA, não serão cobertos pelo plano.

I – PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

Quarto Coletivo – Padrão Enfermaria.

J- FORMAÇÃO DO PREÇO

A formação do preço deste produto é PREESTABELECIDADA.

TEMA I – ATRIBUTOS DO CONTRATO

1.1 - Trata-se de um contrato particular de prestação de serviços privados de assistência médica, hospitalar, de diagnóstico e terapia, para cobertura **AMBULATORIAL HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA**, para tratamento de todas as doenças listadas e classificadas pelo CID 10 e a OMS – Organização Mundial da Saúde, **de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos editados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, diretrizes clínicas e de utilização, vigentes à época do evento.**

1.2 - A **CONTRATADA** dará integral cumprimento às inúmeras particularidades e mudanças jurídicas editadas e determinadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, ainda que posteriores à data de assinatura deste contrato.

1.3 - Trata-se de um contrato de adesão, com natureza aleatória, que gera direitos e obrigações para ambas as partes, elaborado conforme legislação civil em vigor e legislação específica editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

1.4 - Contrato de adesão redigido em termos claros, legíveis e de fácil compreensão pelo consumidor, com destaque para as cláusulas que implicam na limitação dos direitos do consumidor.

TEMA II – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

2.1 - Poderão ser incluídas neste contrato as pessoas físicas vinculadas à **CONTRATANTE** por relação empregatícia; estatutária; por vínculo societário; de administração; de trabalho temporário, extensivo aos estagiários e menores aprendizes.

2.2 - A adesão do grupo familiar dependerá da participação do beneficiário titular, vinculado ao **CONTRATANTE**, em que serão aceitos como dependentes:

- a) Cônjuge;
- b) Companheiros em união estável devidamente comprovada;
- c) Filhos menores e os solteiros até 24 (vinte e quatro) anos;

2.3 - O **BENEFICIÁRIO** titular vinculado à **CONTRATANTE**, ao solicitar a inclusão dos dependentes acima indicados, deverá comprovar o grau de dependência através dos documentos solicitados pela **CONTRATADA**.

2.4 - Não haverá impedimento por parte da **CONTRATADA** para inclusão do **BENEFICIÁRIO** e seus dependentes, em decorrência da idade ou de ser portador de deficiência física.

2.5 - Poderão ocorrer inclusões posteriores à celebração deste contrato, desde que solicitada pelo **CONTRATANTE** de forma escrita, estando em dia com o pagamento das mensalidades deste contrato.

2.6 – No ato da inclusão de novos beneficiários, após a celebração do presente contrato, por tratar-se de pré-pagamento, deverá ser paga no ato da solicitação a mensalidade, podendo ser proporcional ou integral, de acordo com a data de inclusão do beneficiário titular e/ou dependentes.

2.7. É de responsabilidade do **CONTRATANTE** manter atualizada, através do formulário cadastral, a relação dos beneficiários titulares e dependentes com as informações: nome completo, número do CPF, RG, PIS/PASEP/NIS, CNS (cadastro Nacional de Saúde), telefones, e-mails, endereço residencial, nome da mãe, endereço do beneficiário titular, entre outros.

2.8 – O **CONTRATANTE** fornecerá à **CONTRATADA**, a qualquer momento e sempre que solicitado documento que confirme a sua inscrição nos órgãos competentes, bem como sua regularidade cadastral junto à Receita Federal, e outros que vierem a ser exigidos pela legislação vigente, sob pena de rescisão contratual em caso de não apresentação dos documentos no prazo determinado.

2.9 - As solicitações de exclusões dos beneficiários titulares e dependentes deverão ser solicitadas pelo **CONTRATANTE**, de forma escrita, respeitando o prazo mínimo de 30 (trinta) dias de antecedência da data de vencimento da mensalidade.

2.10 – As condições para a contratação deste plano na modalidade “coletivo” deverá atender além das condições estabelecidas na Resolução Normativa 195/2009, o critério mínimo do número de adesão, sendo no mínimo de 05 (cinco) pessoas.

2.11 - No decorrer da vigência deste contrato, se o mesmo apresentar número inferior de beneficiários em relação ao mínimo acima indicado, o **CONTRATANTE** será notificado e terá o prazo máximo de até 30 (trinta) dias, para promover a regularização quanto ao número de inscritos, sob pena de cancelamento contratual.

2.12 – Decorrido o prazo acima indicado, sem a regularização do número de beneficiários, o **CONTRATANTE** deverá formalizar a comunicação aos seus inscritos para que alterem a modalidade do contrato para individual/familiar vigente à época, no prazo de até 30 (trinta) dias, após a rescisão do contrato, sem prejuízo dos prazos de carências e coberturas parciais temporárias já cumpridas.

2.13 - O **CONTRATANTE** assegura ao beneficiário titular que contribuiu para o plano privado de assistência à saúde, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho, sem justa causa, ou aposentadoria, o direito de manter sua condição de beneficiário - e dos beneficiários dependentes a ele vinculados - nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma junto à **CONTRATANTE** o pagamento integral das mensalidades, conforme disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656 de 1998, observada a Resolução nº 279 de 2011, e suas posteriores alterações.

TEMA III – COBERTURA E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

3.1 - A garantia de cobertura assistencial contratada é a **AMBULATORIAL, HOSPITALAR COM COBERTURA OBSTÉTRICA**, e será proporcionada de forma individual, intransferível e não cumulativa, aos beneficiários inscritos neste contrato. A cobertura será exclusivamente definida e listada no Rol de Procedimentos e eventos em saúde instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS vigente à época do evento realizado em rede referenciada ou credenciada da **CONTRATADA**, observadas as exclusões expressas das letras “F”, “G”, “H” e cláusula 4.1.

3.2 – Para fins de liberação deverão ser observadas além do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, as suas diretrizes clínicas e de utilização, editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, pois tratam-se de referências de cobertura assistencial, previstas neste contrato.

3.3 - A segmentação **AMBULATORIAL** garante:

a) Cobertura ilimitada para realização de consultas com médicos especialistas, reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina, nos termos da RN 428/2017, artigo 21, parágrafo §2º, sendo que as áreas de atuação estabelecidas pelo Conselho Federal de Medicina não são consideradas especialidades médicas.

b) Cobertura de procedimentos cirúrgicos ambulatoriais que não necessitem de internação hospitalar, incluindo atendimento com médico anestesiológico, conforme procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;

c) Cobertura de consulta e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional, conforme indicado pelo médico assistente, **previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e diretrizes de utilização;**

d) Cobertura de consulta e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional conforme indicado pelo médico assistente, previstas e limitadas com o número de sessões no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e diretrizes de utilização;

e) Cobertura de sessões de psicoterapia com psicólogo ou médico devidamente habilitado, de acordo com o número de sessões indicadas pelo médico assistente, previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e conforme diretrizes de utilização;

f) Cobertura de sessões de fisioterapia com fisiatra ou fisioterapeuta, de acordo com o número de sessões indicadas pelo médico assistente, previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigentes à época do evento e conforme diretrizes de utilização;

g) Cobertura ambulatorial para os procedimentos considerados especiais:

Hemodiálise e diálise peritoneal CAPD;

Quimioterapia oncológica ambulatorial;

Radioterapia ambulatorial (megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia,

eletroterapia, entre outros);
Procedimentos de Hemodinâmica Ambulatoriais;
Hemoterapia ambulatorial;
Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais;

h) Cobertura para atendimento das emergências psiquiátricas, consideradas como situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos para o portador da patologia ou para terceiros (estando incluídas as ameaças e tentativas de suicídio, auto-agressão, risco de danos morais e patrimoniais);

i) Cobertura para atendimento de psicoterapia de crise, prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, após o atendimento de emergência, com duração máxima de 12 (doze) semanas, limitadas a 12 (doze) sessões por ano de contrato não cumulativas;

j) Cobertura para ações de planejamento familiar, envolvendo atividades de educação, aconselhamento e atendimento clínico, conforme os procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em saúde e diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde;

k) Cobertura para atendimentos clínicos necessários ao atendimento das lesões auto-infringidas, praticadas por portadores de transtornos psiquiátricos;

3.4 - A segmentação **HOSPITALAR garante:**

a) Cobertura para internação hospitalar em hospitais gerais ou especializados desde que reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina, dentro da segmentação e da área de abrangência estabelecida no contrato, independentemente do local de origem do evento, respeitada a rede referenciada/credenciada pela **CONTRATADA**.

b) Cobertura referente às despesas com honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação, durante o período de internação hospitalar;

c) Cobertura de exames, procedimentos clínicos ou cirúrgicos indispensáveis para diagnóstico, controle e evolução da doença e elucidação diagnóstica, respeitados a segmentação contratada, os prazos de carência e de cobertura parcial temporária;

d) Cobertura de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;

e) Cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados durante o período de internação hospitalar;

f) Cobertura das despesas relativas com acompanhante, quando necessária e indicada pelo médico assistente para pacientes menores de 18 (dezoito) anos, idosos a partir de 60 (sessenta) anos e portadores de necessidades especiais.

g) Cobertura para realização de cirurgia odontológica buco-maxilo facial, que necessite de ambiente hospitalar, incluindo exames complementares,

medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ministrados durante o período de internação, ligados ao ato cirúrgico e restritos a finalidade de natureza odontológica.

h) Cobertura hospitalar para os procedimentos considerados especiais:

Hemodiálise e Diálise peritoneal CAPD;
Quimioterapia oncológica ambulatorial;
Radioterapia;
Hemoterapia;
Nutrição parenteral e enteral;
Procedimentos de diagnóstico e terapêutico em hemodinâmica;
Embolizações;

i) Cobertura de cirurgia plástica reconstrutiva da mama, para o tratamento de mutilação decorrente do tratamento de câncer;

j) Cobertura de cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções;

k) Cobertura para internamento em hospital psiquiátrico ou enfermaria psiquiátrica de hospital geral, pelo prazo de 30 (trinta) dias por ano de contrato não cumulativos, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise;

l) Cobertura para internamento em hospital geral, pelo prazo de 15 (quinze) dias por ano de contrato, não cumulativos, para portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização;

m) Cobertura parcial para os internamentos indicados nos itens k e l, quando houver previsão contratual para o pagamento de coparticipação ou franquia para as internações referentes às demais especialidades médicas.

n) Cobertura para atendimentos clínicos e cirúrgicos necessários ao atendimento das lesões auto-infringidas, praticadas por portadores de transtornos psiquiátricos;

o) Cobertura de 08 (oito) semanas por ano contratual, não cumulativo, para tratamento em regime de hospital-dia, conforme indicação do médico assistente, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise;

p) Cobertura de 180 (cento e oitenta) dias por ano contratual, não cumulativo, para tratamento em regime de hospital-dia, conforme indicação do médico assistente para portadores de transtornos psiquiátricos classificados no CID 10 como F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79 e F90 a F98.

q) Cobertura das despesas relacionadas aos transplantes previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar, incluindo despesas assistenciais com doadores vivos, medicamentos utilizados durante a internação, acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.

r) Cobertura das despesas relacionadas aos honorários médicos, para a execução dos transplantes previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar, provenientes de doador cadáver, desde que o beneficiário candidato ao transplante esteja inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos, sujeitando-se às diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde, junto ao Sistema Nacional de Transplantes.

s) Cobertura obrigatória para os procedimentos necessários ao tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas, decorrentes de eventos não cobertos por este contrato, quando constarem no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.

t) Os procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação ou outro sistema de navegação, escopias e técnicas minimamente invasivas somente terão cobertura, quando contidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.

u) Cobertura de cirurgia de laqueadura tubária, laqueadura tubária laparoscópica e vasectomia, somente se preenchidas todas as condições e exigências estabelecidas na legislação vigente que regulam esta matéria.

3.5 - A segmentação **OBSTÉTRICA garante:**

a) Cobertura para atendimento ambulatorial e hospitalar, relativo ao pré-natal, parto e puerpério.

b) Cobertura para realização de parto normal, com enfermeiro obstétrico, desde que devidamente habilitado perante seu Órgão de Classe.

c) Cobertura das despesas relativas ao acompanhante indicado pela mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato pelo período de 48 (quarenta e oito) horas, incluindo parlamentação, acomodação e alimentação.

d) Garantir atendimento ao recém-nascido, filho natural ou adotivo, independente de inscrição neste contrato, durante os primeiros 30 (trinta) dias de seu nascimento ou documento legal de adoção, desde que um dos seus representantes legais (pai ou mãe), tenha cumprido o período de carência contratual equivalente a 180 (cento e oitenta) dias.

e) A inclusão no contrato do recém-nascido ou adotado deverá ser realizada até os primeiros 30 (trinta) dias do nascimento ou documento legal de adoção.

f) O filho natural ou adotivo poderá ser incluso após o 30 (trigésimo) dia do nascimento ou documento legal de adoção, porém com o devido cumprimento de carências e cobertura parcial temporária.

TEMA IV – EXCLUSÕES DE COBERTURA

4.1 - Ficam excluídos de cobertura contratual:

- a)** Transplantes, com exceção daqueles previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;
- b)** Fornecimento de medicamentos de manutenção pós-transplante, para os transplantes provenientes de doadores vivos;
- c)** Fornecimento de medicamentos utilizados durante a internação e de manutenção pós-transplante, acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos, decorrentes de transplantes, quando provenientes de doador cadáver;
- d)** Internamento em UTI (Unidade de Terapia Intensiva), decorrente de complicações de transplantes não cobertos.
- e)** Pagamento de honorários e materiais utilizados pelo cirurgião dentista quando por imperativo clínico, for necessária a estrutura hospitalar para a realização de procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos Odontológicos.
- f)** Realização de cirurgia refrativa óptica, quando as condições do beneficiário não atenderem às diretrizes estabelecidas na regulamentação vigente;
- g)** Realização de tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- h)** Realização de procedimentos clínicos, cirúrgicos para fins estéticos (que não visam restauração parcial ou total da função do órgão ou parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita), bem como utilização de órteses e próteses para o mesmo fim;
- i)** Realização de inseminação artificial, reprodução IN VITRO ou qualquer outra entendida como técnica de reprodução assistida;
- j)** Tratamento para rejuvenescimento ou emagrecimento com finalidade estética;
- k)** Fornecimento de medicamentos, materiais e produtos para a saúde importados, sem registro na ANVISA.
- l)** Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;
- m)** Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
- n)** Tratamentos ilícitos ou antiéticos não reconhecidos pelas entidades competentes;
- o)** Cobertura assistencial para os casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados por autoridades competentes;
- p)** Tratamentos em clínicas de emagrecimento (exceto para tratamento da obesidade mórbida em prestador credenciado);
- q)** Tratamentos em clínicas de repouso, spa's, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados

médicos em ambiente hospitalar, acolhimento em clínicas de reabilitação, recuperação ou centros terapêuticos;

r) Consultas médico-domiciliares e cuidados de enfermagem em caráter particular, seja em regime domiciliar ou hospitalar, mesmo sendo de urgência/emergência ou ainda que as condições do beneficiário exijam cuidados especiais.

s) Internação sob regime domiciliar, em substituição a hospitalar (*HOME CARE*);

t) Consultas, internações hospitalares, realização de procedimentos e exames a pedido do beneficiário sem fundamentação médica.

u) Cirurgia para alteração de sexo.

v) Tratamentos da fala (logopedia);

w) Pagamento de despesas extraordinárias, não relacionadas diretamente com o internamento, tais como: diferença de despesas médico-hospitalares por internação em acomodação superior quando solicitada pelo beneficiário, despesas com dietas especiais, frigobar, telefonemas, gorjetas, quebra de objetos, cantina de hospital, alimentação extra e também aquelas decorrentes do pós- alta médica, entre outras, devendo arcar com a diferença de preço e a complementação dos honorários médicos e hospitalares, de acordo com o sistema de livre negociação, diretamente com o médico e hospital, não remanescendo assim qualquer responsabilidade para a **CONTRATADA**.

x) Realização de procedimentos ou exames no exterior, mesmo que a coleta tenha sido feita no Brasil;

y) Tratamento em localidade ou unidade não credenciada ou fora da área de abrangência de atuação da **CONTRATADA** por conforto e conveniência do beneficiário;

z) Consultas e exames pré-admissionais, demissionais, periódicos e para fins de perícia trabalhista, conforme normativas do Ministério do Trabalho;

z.1) Cirurgia Buco-maxilo-facial, fora do ambiente hospitalar.

z.2) Consultas, avaliações, sessões e exames, tratamentos e qualquer outro procedimento de medicina ortomolecular.

z.3) Aluguel de equipamentos médicos hospitalares e ortopédicos em geral;

z.4) Despesas decorrentes de serviços prestados por médico não credenciado, ou hospitais e serviços não pertencentes à rede credenciada, exceto em casos de urgência e emergência, quando da impossibilidade de utilização dos serviços credenciados.

z.5) Ficam excluídos da cobertura contratual os procedimentos que não estiverem listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde emitido pela Agência Nacional de Saúde vigente a época da solicitação de cobertura do

procedimento, bem como os que não estiverem de acordo com as DUT's (DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO).

z.6) Os procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação ou outro sistema de navegação, escopias e técnicas minimamente invasivas não especificados no Rol de Procedimento e Eventos em Saúde.

z.7) Tratamento com terapias multidisciplinares, ocupacionais, pedagógicas e terapêuticas não previstas no rol de procedimentos da ANS.

z.8) Os atendimentos realizados fora da área de abrangência geográfica do contrato (Grupo de Municípios), ainda que se trate de situação de URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA.

TEMA V – VIGÊNCIA

5.1 - O prazo de vigência deste contrato será o de 12 (doze) meses, contados a partir da data de sua assinatura, em que na ausência de manifestação das partes, sofrerá renovação automática por prazo indeterminado, sendo vedada a cobrança de qualquer taxa ou valor a título rescisório.

5.2 - A vigência para cada um dos beneficiários, contudo, subordina-se ao recebimento pela **CONTRATADA** da respectiva Proposta de adesão - Alteração contratual, iniciando-se na data indicada no campo específico do documento.

5.3 - Para efeito da contagem de carências dos beneficiários, será considerada a data de assinatura da proposta de adesão dos mesmos.

TEMA VI – CARÊNCIAS

6.1 - As carências serão cumpridas individualmente pelos **BENEFICIÁRIOS TITULARES** e dependentes, inscritos neste contrato e intransferíveis a qualquer título.

- Consultas de urgência/emergência – **24 horas.**
- Acidente pessoal – **24 horas.**
- Consultas em rede própria de atendimento – **10 dias.**
- Consultas na rede credenciada – **30 dias.**
- Exames laboratoriais; raios-X; eletrocardiograma e eletroencefalograma – **60 dias.**
- Exames de endoscopia, colonoscopia, tomografia computadorizada, densitometria óssea, ecocardiograma, ressonância nuclear magnética e demais exames de diagnóstico – **120 dias.**
- Terapias - acupuntura, fonoaudiologia, terapia ocupacional, psicologia e nutricionista – **120 dias.**
- Internamento clínico, cintilografia óssea e radiologia intervencionista – **150 dias.**
- Internamento cirúrgico, psiquiátrico, em UTI, sessões de quimioterapia, radioterapia, diálise, hemodiálise, cateterismo, angioplastia, angiografia,

arteriografia, mielografia – **180 dias**.

• Parto a termo – normal ou cesárea – **300 dias**.

• Cobertura Parcial Temporária para doenças e lesões preexistentes - **24 meses**.

a) Filho recém-nascido inscrito como dependente, até o 30º (trigésimo) dia de seu nascimento, não cumprirá prazos de carência e cobertura parcial temporária, desde que um de seus responsáveis legais (pai ou mãe) já tenha cumprido todos os prazos de carência e CPT estabelecidos neste contrato. Caso contrário, o recém-nascido terá direito de aproveitamento apenas dos prazos de carência já cumpridos.

b) Filhos adotivos menores de 12 (doze) anos de idade terão aproveitamento dos prazos de carências já cumpridos pelo adotante desde que a inscrição seja realizada no prazo máximo de 30(trinta) dias da adoção;

c) Enteados e tutelados, equiparados a filhos que estejam sob guarda do **BENEFICIÁRIO TITULAR**, com aproveitamento dos prazos de carências já cumpridos pelo responsável legal, desde que a inscrição seja realizada no prazo máximo de 30(trinta) dias da guarda ou tutela;

d) Filhos menores de 12 (doze) anos de idade, com paternidade reconhecida judicial ou extrajudicialmente, com aproveitamento dos prazos de carências já cumpridos pelo pai, desde que a inscrição seja realizada no prazo máximo de 30(trinta) dias do reconhecimento da paternidade;

6.2 - Não haverá a exigência do cumprimento de prazo de carência, desde que no ato da contratação haja 30 (trinta) ou mais **BENEFICIÁRIOS** inscritos neste contrato. Esta mesma condição de isenção de cumprimento de prazos de carência se estenderá aos **BENEFICIÁRIOS** que formalizarem o pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias da celebração deste contrato ou da vinculação com a pessoa jurídica **CONTRATANTE**.

6.3 - Nas inclusões posteriores ao prazo acima indicado, ou em número menor do que 30 (trinta) beneficiários haverá o cumprimento dos prazos de carências previstos neste contrato.

6.4 - As garantias previstas da cobertura assistencial para o plano contratado passarão a vigorar depois de cumpridos os prazos de carência.

6.5 - A transferência para contratos com maior amplitude de cobertura assistencial implicará em cumprimento de prazo de carência, inclusive quanto ao tipo de acomodação.

TEMA VII – DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES.

7.1 - Doenças ou lesões preexistentes são aquelas em que o **BENEFICIÁRIO TITULAR** e seus dependentes saibam ser portador ou sofredor, à época da contratação do plano.

a) No ato da contratação, o **BENEFICIÁRIO TITULAR** deverá obrigatoriamente preencher a Declaração de Saúde por si e seus dependentes, prestando informações verídicas e sem rasuras, em relação às perguntas ali contidas, sobre

a condição de saúde e da preexistência de doenças e/ou lesões, ficando responsável pela veracidade dos dados, sob pena de imputação de fraude, cabendo suspensão ou rescisão deste contrato, conforme art. 13º, parágrafo único, inciso II da Lei nº 9656/98.

b) O **BENEFICIÁRIO TITULAR** poderá preencher a Declaração de Saúde, mediante entrevista qualificada, orientada por um profissional de saúde, referenciado pela **CONTRATADA**, sem qualquer ônus financeiro. Entretanto, poderá ser orientado por um médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da **CONTRATADA**, desde que assuma o ônus financeiro desta entrevista.

c) O objetivo da entrevista qualificada é obter orientação correta para o preenchimento da Declaração de Saúde, esclarecer dúvidas em relação à cobertura assistencial e também sobre as consequências, caso haja omissão de informações.

d) É condição prévia para a contratação ou inclusão do beneficiário o preenchimento de Declaração de Saúde acima mencionada.

e) Se na entrevista qualificada ou na declaração expressa do beneficiário, ficar evidenciada a existência de Doenças e/ou Lesões Preexistentes, a **CONTRATADA** irá oferecer o prazo de CPT – Cobertura Parcial Temporária de 24 (vinte e quatro) meses, para que haja a cobertura assistencial em relação às patologias preexistentes ao ato da contratação.

f) Fica vedado à **CONTRATADA** alegar omissão de informações de Doenças e/ou Lesões Preexistentes, para estabelecer prazo de 24 (vinte e quatro) meses para cumprimento de CPT – Cobertura Parcial Temporária, quando realizar qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário titular e ou dependentes, para fins de admissão ao presente contrato.

TEMA VIII – DA COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA.

8.1 - Cobertura Parcial Temporária (CPT) é a suspensão de cobertura assistencial aos procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, relacionados com as doenças e/ou lesões preexistentes declaradas pelo **BENEFICIÁRIO TITULAR** em relação a si e aos seus dependentes, pelo período ininterrupto de 24 (vinte e quatro) meses, contados a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.

8.2 - Não haverá a exigência do cumprimento de prazo da Cobertura Parcial Temporária, desde que no ato da contratação haja 30 (trinta) ou mais beneficiários inscritos neste contrato. Esta mesma condição de isenção de cumprimento de prazos se estenderá aos beneficiários que formalizarem o pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias da celebração deste contrato ou da vinculação com a pessoa jurídica **CONTRATANTE**.

8.3 - É condição prévia para a contratação ou inclusão do beneficiário o preenchimento do perfil epidemiológico de beneficiários inscritos, quando no ato da contratação houver 30 (trinta) ou mais beneficiários.

8.4 - Nas inclusões posteriores ao prazo acima indicado, ou em número menor do que 30 (trinta) beneficiários, haverá o cumprimento dos prazos de Cobertura Parcial Temporária, previstos neste contrato.

a) Se houver constatação e/ou identificação de omissão de Doença e ou Lesão preexistente, posterior ao momento da contratação, ficará caracterizado o indício de fraude por omissão do verdadeiro estado de saúde por parte do **BENEFICIÁRIO TITULAR** e de seus dependentes. Nesta circunstância, a **CONTRATADA** comunicará imediatamente ao beneficiário titular a irregularidade encontrada, através de documento escrito, nominado de Termo de Comunicação ao Beneficiário, para que seja esclarecido sobre a omissão identificada.

b) Caso ocorra a simples recusa ou justificativa da omissão por parte do **BENEFICIÁRIO TITULAR**, sem qualquer fundamentação, em relação ao recebimento do Termo de Comunicação ao Beneficiário, a **CONTRATADA** solicitará abertura de Processo Administrativo junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar para verificação e julgamento do mérito da referida omissão e oferecerá Cobertura Parcial Temporária pelo período restante.

c) Não será permitida sobre qualquer alegação a negativa de cobertura assistencial, assim como a suspensão ou rescisão unilateral do contrato até a publicação de encerramento do Processo Administrativo, pela Agência Nacional de Saúde.

d) Fica a **CONTRATADA** obrigada a proteger as informações prestadas na Declaração de Saúde, sendo vedada a sua divulgação ou fornecimento a terceiros não envolvidos na prestação de serviços assistenciais, sem a anuência expressa do beneficiário, ressalvado os casos previstos na legislação civil em vigor.

e) Após o julgamento e acolhida da alegação da **CONTRATADA** de omissão de Doença e ou Lesão Preexistente pela ANS, o beneficiário titular passará a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar, a qual foi prestada durante todo o período compreendido entre a data do efetivo recebimento do Termo de Comunicado até o julgamento final pela ANS.

TEMA IX – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

9.1 - Os atendimentos de emergência são aqueles que impliquem em risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, constatado conforme declaração do médico assistente.

9.2 - Os atendimentos de urgência são aqueles resultantes de acidentes pessoais ou complicações no processo gestacional.

9.3 - Estando o beneficiário em carência contratual para o segmento hospitalar, o atendimento de urgência e emergência terá tão somente a cobertura do segmento ambulatorial e será limitado às 12 (doze) primeiras horas do atendimento.

9.4 - Quando necessária, para a continuidade do atendimento de urgência e emergência, a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar, ainda que na mesma unidade prestadora de serviço e em tempo menor que 12 (doze) horas, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser do **BENEFICIÁRIO TITULAR**, não cabendo ônus à **CONTRATADA**.

9.5 - Quando o atendimento de emergência for decorrente de Doenças e Lesões Preexistentes (DLP) e estiver em período de carência contratual ou CPT, este deverá abranger cobertura igualmente àquela fixada para o plano do segmento ambulatorial, ou seja, limitado as primeiras 12(doze) horas, não garantindo, portanto, cobertura para internação, eventos cirúrgicos, leitos e procedimentos de alta complexidade.

9.6 - Nos casos em que a atenção não venha a se caracterizar como própria da cobertura hospitalar, ou como de risco de vida, ou ainda de lesões irreparáveis, não haverá a obrigatoriedade de cobertura por parte da **CONTRATADA**.

9.7 - É garantida a cobertura de atendimento de urgência e emergência nos casos de complicação no processo gestacional, quando em cumprimento de carência, pelo período de 12(doze) horas ou até que haja necessidade de internação.

9.8 - Depois de cumpridas as carências, será garantida a cobertura aos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para internação, desde a admissão do paciente até a sua alta ou que sejam necessários à preservação da vida, órgãos e funções.

9.9 - É garantido o atendimento limitado as primeiras 12(doze) horas ou até que ocorra a necessidade de internação nos casos em que o atendimento de urgência e emergência for efetuado no decorrer dos períodos de carência para internação.

9.10 - Da remoção **INTER-HOSPITALAR**

9.11 - Será garantida a cobertura da remoção inter-hospitalar do paciente beneficiário nas seguintes situações:

a) Depois de realizar os atendimentos classificados como urgência e emergência, e se caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos da unidade para continuidade do atendimento, a **CONTRATADA** garantirá a remoção do paciente para uma unidade hospitalar credenciada mais próxima, que disponha dos recursos necessários para garantir a continuidade do atendimento.

b) A remoção acima citada realizar-se-á em ambulância com os recursos necessários, a fim de garantir a manutenção da vida, para outro hospital dentro dos limites de cobertura geográfica do plano.

c) Nos casos em que não puder haver remoção por risco de morte do paciente, o beneficiário ou seu responsável devem negociar com a unidade de atendimento a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando assim a **CONTRATADA** desse ônus.

d) Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade de atendimento em unidade diferente da disponibilizada pela **CONTRATADA**, esta ficará desobrigada da

responsabilidade médica e do custo financeiro da remoção e demais despesas relativas ao internamento em caráter particular.

e) Quando o paciente estiver internado em uma unidade hospitalar que não possua recurso para efetuar determinados exames ou procedimentos indispensáveis, para controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, a **CONTRATADA** garantirá a sua remoção para outro estabelecimento credenciado, desde que solicitado pelo médico assistente.

f) Os atendimentos realizados fora da área de abrangência geográfica do contrato (Grupo de Municípios), ainda que se trate de situação de URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA, não estão cobertos.

9.12 - DO REEMBOLSO

9.13 - Ocorrerá o reembolso das despesas com procedimentos caracterizados como de urgência e emergência realizados por médicos e serviços não credenciados, desde que respeitada a área de abrangência geográfica do contrato e não tenha sido possível a utilização dos serviços credenciados.

9.14 - O valor a ser reembolsado será aquele praticado pela **CONTRATADA** conforme tabela de preços praticada junto à rede de prestadores vigente à data do evento, no que se refere a honorários médicos, diárias e taxas hospitalares, e nos preços médios de mercado, no que se refere a materiais e medicamentos, dentro do prazo máximo de 30(trinta) dias após a apresentação dos seguintes documentos originais, que posteriormente serão devolvidos:

a) relatório do médico assistente, atestando a urgência ou emergência, declarando o nome do paciente, descrição do tratamento e respectiva justificação dos procedimentos realizados, data do atendimento, e, quando for o caso, período de permanência no hospital, e data da alta hospitalar;

b) conta hospitalar discriminando materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com notas fiscais, faturas ou recibos do hospital;

c) recibos individualizados de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, discriminando funções e o evento a que se referem, e se for o caso, a duração do ato anestésico;

d) comprovantes relativos aos serviços de exames laboratoriais, de radiodiagnósticos, terapias e serviços auxiliares acompanhados do pedido do médico assistente;

9.15 - Só serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao usuário, realizado enquanto perdurou o estado de urgência ou emergência.

9.16 - Prescreve em 01(um) ano a contar da data do evento, que originou o atendimento de urgência/emergência para que o beneficiário solicite o reembolso para a **CONTRATADA**.

9.17 - Caso a documentação apresentada destinada ao reembolso esteja

adequada a **CONTRATADA** terá o prazo de 30(trinta) dias para efetuar-lo ao beneficiário.

9.18 - Caso a documentação apresentada destinada ao reembolso, esteja inadequada ou com rasuras, a **CONTRATADA** reserva-se no direito, de negar o reembolso, até que haja a sua regularização por parte do solicitante.

9.19 - Não será devido qualquer reembolso quando o beneficiário tenha optado por livre escolha em ser atendido fora da área geográfica de atuação e/ ou rede própria e/ou credenciada da **CONTRATADA**.

9.20 - Não serão reembolsadas as despesas, ainda que relativas aos atendimentos de urgências e emergências, daqueles eventos não cobertos pela segmentação em que o beneficiário se encontra vinculado e também daqueles não previstos no Rol de Procedimentos de Eventos em Saúde e que estejam fora das diretrizes de utilização.

9.21 - Do valor total do reembolso, serão deduzidos os percentuais da coparticipação e franquia quando houver, conforme segmentação contratada.

9.22 - Não serão reembolsados os atendimentos realizados fora da área de abrangência geográfica do contrato (Grupo de Municípios), ainda que se trate de situação de URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA, não estão cobertos.

TEMA X – DO ACESSO A ASSISTÊNCIA MÉDICA, HOSPITALAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA.

10.1 - A **CONTRATADA** colocará a Rede de Serviços Referenciais (Instituto de Medicina Integrada – REDE CROSS), como atendimento preferencial para os beneficiários titulares e dependentes inscritos neste contrato.

10.2 - As atualizações referentes à Rede de Serviços Referenciais e/ou Credenciados, constando saídas e/ou entradas, de profissionais e de serviços, serão disponibilizados através do site www.drpam.com.br.

10.3 - Quando ocorrer eventual alteração ou substituição da Rede Hospitalar, a **CONTRATADA**, disponibilizará, através do site www.drpam.com.br.

TEMA XI – DAS CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO

11.1 - A condição de utilização da segmentação assistencial contratada será conforme abaixo discriminado.

a) Consultas eletivas – Serão liberadas para serem realizadas preferencialmente na rede referenciada (REDE CROSS) ou credenciada da **CONTRATADA**, disponibilizada no site www.drpam.com.br, ficando a critério exclusivo do beneficiário a escolha do profissional.

b) Consultas em Hospital – Serão liberadas para serem realizadas em unidade

hospitalar somente em casos de urgência/emergência.

c) Internações hospitalares eletivas – Serão liberadas previamente pela **CONTRATADA**, para atendimento nos estabelecimentos credenciados, disponibilizados no site www.drpam.com.br.

d) Internações hospitalares em caráter de urgência - Serão aquelas que não dependerão de liberação prévia, para atendimento nos estabelecimentos credenciados, disponibilizados no site www.drpam.com.br.

e) Se no momento do internamento hospitalar de caráter eletivo ou de urgência, dentro da área de abrangência contratual, ocorrer a indisponibilidade de acomodação na forma contratada, o beneficiário terá direito à acomodação em nível superior, sem qualquer ônus adicional.

f) Exames de Diagnóstico, Terapias e Procedimentos Ambulatoriais – Serão aqueles liberados, mediante solicitação do médico assistente, em guia própria contendo codificação específica, justificativa médica e indicação da doença a ser tratada, conforme classificação CID 10, carimbo e assinatura do médico assistente, para serem realizados exclusivamente na rede referenciada (REDE CROSS) e quando necessário haverá o encaminhamento para atendimento na Rede Credenciada.

g) Procedimentos de alta complexidade, eventos cirúrgicos e leitos de alta tecnologia – Serão aqueles liberados mediante solicitação do médico assistente, em guia própria, contendo codificação específica, justificativa médica e indicação da doença a ser tratada, conforme classificação CID 10, carimbo e assinatura do médico assistente, para serem realizados em um dos prestadores executantes do serviço, disponibilizado no site www.drpam.com.br.

h) A **CONTRATADA** poderá solicitar informações complementares ao médico assistente, caso seja constatada inexatidão ou omissão nas declarações e/ou informações prestadas nas guias de solicitações de serviços ou procedimentos.

i) Depois de observadas as condições acima apontadas, para liberação dos procedimentos, a **CONTRATADA** deverá cumprir os prazos previstos nas legislações vigentes contados a partir do momento da solicitação.

j) Quando ocorrer divergência médica para autorização dos procedimentos supracitados, inclusive para aqueles que necessitem a utilização de órteses e próteses, a definição do impasse ocorrerá através de uma junta médica constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo **BENEFICIÁRIO TITULAR**, por um médico da **CONTRATADA** e um terceiro, escolhido de comum acordo pelos 2 (dois) profissionais nomeados, cujo ônus da remuneração ficará a cargo da **CONTRATADA**.

k) Toda guia de procedimento autorizada possui prazo de validade máximo de 30(trinta) dias, sendo que após este período deverá ser trocada na sede da **CONTRATADA**, por nova guia com novo prazo de validade.

l) Não há acesso a livre escolha de prestadores no presente CONTRATO.

TEMA XII – DO PREÇO E PAGAMENTO DAS MENSALIDADES

12.1 - A formação do preço das mensalidades deste contrato é **PREESTABELECIDO**, conforme tabela de preços vigentes na época desta contratação, somados aos valores de: a) **Coparticipação de consultas** eletivas, de urgência ou emergência, estarão definidos em proposta de adesão, **exames complementares** e utilização dos **procedimentos ambulatoriais** serão cobrados à título de **coparticipação 50%** (cinquenta por cento), calculados sobre as despesas decorrentes de sua utilização, até o limite máximo de **R\$ 135,00 (cento e trinta e cinco reais)**, por evento realizado, e **50% (cinquenta por cento)** nos internamentos referentes aos transtornos psiquiátricos, quando excederem o limite contratual.

12.1.a - Os valores de coparticipação serão calculados sobre a tabela de preços praticados pela **CONTRATADA** junto a seus credenciados e os materiais e medicamentos de acordo com os preços praticados pelo mercado, estes valores serão alterados no reajuste anual do contrato.

12.1.b – Procedimentos ambulatoriais: consultas eletivas, de urgência ou emergência; sessões com fonoaudiólogos, psicólogos, nutricionistas e terapeutas ocupacionais, sessões de fisioterapia, exames, procedimentos de diagnose e terapia, realizados em consultórios médicos, clínicas, laboratórios e hospitais em regime ambulatorial, incluindo materiais, medicamentos, honorários e taxas relacionadas à execução dos eventos.

12.2 - As mensalidades deverão ser pagas até seus respectivos vencimentos, conforme indicado na proposta de adesão, e na inadimplência poderá a **CONTRATADA** adotar a forma e a modalidade de cobrança que melhor lhe aprouver.

12.3 - O pagamento das mensalidades deste contrato será de responsabilidade da pessoa jurídica **CONTRATANTE**, não podendo a **CONTRATADA**, efetuar a cobrança diretamente aos **BENEFICIÁRIO TITULARES** inscritos neste contrato.

12.4 - Se a **CONTRATANTE** não receber o documento que possibilite o pagamento da mensalidade, em até cinco dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente na sede da **CONTRATADA** para que não se sujeite às consequências da mora.

12.5 - Ocorrendo atraso no pagamento das mensalidades, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, e a correção monetária de acordo com a variação do IGPM (Índice Geral de Preços de Mercado) da Fundação Getúlio Vargas, ou outro índice que vier a substituí-lo calculados proporcionalmente ao tempo de atraso, além da multa de 2% ao mês, sobre o valor do débito em atraso.

12.6 - O recebimento das parcelas em atraso, por mera tolerância da **CONTRATADA**, não constituirá ou implicará em novação contratual ou transação e não desobriga a **CONTRATANTE**, das penalidades previstas neste contrato.

12.7 - O pagamento das contraprestações pecuniárias em atraso, referente a um determinado mês, não significa estarem pagos ou quitados débitos anteriores.

12.8 – Tratando-se de contrato na modalidade pré-pagamento, ainda que não haja utilização efetiva dos serviços no período de inadimplência, permanecerá o CONTRATANTE responsável pelo pagamento das respectivas parcelas.

TEMA XIII – REAJUSTE

13.1 - A Resolução Normativa nº 309 de 24 de outubro de 2012, trata do agrupamento de contratos coletivos empresariais e por adesão pré-pagamento, regulamentados ou adaptados a lei 9.656/1998, para fins de cálculo e aplicação de reajuste contratual.

13.2 – - A **CONTRATADA** agrupará os contratos coletivos com até 30 (trinta) beneficiários para o cálculo e aplicação do percentual de reajuste anual, nos termos da Resolução Normativa nº 309, da ANS de 24 de outubro de 2012 e suas atualizações.

13.3 – Aos contratos celebrados com a **CONTRATANTE**, que apresentarem até 30 (trinta) beneficiários ativos, será aplicado reajuste único, calculado de acordo com base no Pool de Risco.

13.4 - A quantidade de beneficiários estabelecida para avaliar se o contrato será agregado ao agrupamento será verificada na data de sua assinatura, e anualmente, reavaliada, no mês de aniversário deste contrato, para, conforme o caso, mantê-lo ou excluí-lo do agrupamento.

13.5 – Para fins do disposto no item anterior, serão considerados na mesma pessoa jurídica **CONTRATANTE** ainda que vinculados a outro produto contratado.

13.6 - Se este contrato for agrupado na data sua assinatura/mês em seu aniversário, ser-lhe-á aplicado o reajuste de aniversário subsequente, observando os critérios estabelecidos no item **13.2**.

13.7 – Ficará disponível, no sítio eletrônico dessa operadora, o percentual de reajuste a ser aplicado ao agrupamento de contratos, com código da **CONTRATANTE** informado no RPC – Reajuste de Plano Coletivo, e seus respectivos planos, com número de registro na ANS.

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

13.9 - O índice de reajuste será divulgado anualmente no primeiro dia útil do mês de maio, pelo site da **CONTRATADA**, www.drpam.com.br e também no boleto para pagamento da mensalidade.

13.10 - O critério para reajuste anual da contraprestação pecuniária do contrato agregado ao agrupamento, observará o disposto abaixo:

13.11 - A metodologia de cálculo utilizada para a aplicação do reajuste será baseada no índice setorial de custos somados à utilização pelo grupo dos

serviços contratados.

13.12 - A fórmula do reajuste obtido pela **CONTRATADA**, por sua complexidade, ficará à disposição para consulta do **CONTRATANTE** na sede desta Operadora, que em síntese é $[(Receita prevista / Receita ganha) - 1] \times 100$ = índice de reajuste a ser aplicado.

13.13 - Se este contrato não for agregado na data de sua assinatura ou for excluído do agrupamento no mês de seu aniversário, ser-lhe-á aplicado no seu aniversário subsequente, o reajuste conforme os critérios estabelecidos a partir do índice negociado entre as partes.

13.14 - Nos termos da legislação vigente, o valor das mensalidades e a tabela dos preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com o índice divulgado.

13.15 - O presente contrato não poderá receber reajuste nas contraprestações pecuniárias em periodicidade inferior a 12(doze) meses, exceto quando ocorrer mudança de faixa etária, migração e adaptação do contrato à lei 9.656/1998.

13.16 - Os percentuais de reajustes, para fins de manutenção e revisão das contraprestações pecuniárias, das coparticipações e franquias, serão comunicados à Agência Nacional de Saúde Suplementar, em até 30 (trinta) dias após a sua aplicação.

13.17 - Não poderá haver distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária, entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato em relação aqueles já vinculados. Após a contratação inicial, os valores serão compatíveis com a tabela vigente à época da contratação e seus respectivos reajustes.

13.18 - Ficarão excluídos da aplicação de reajuste, conforme Pool de Risco, aqueles contratos que após o agrupamento possuírem mais de 30 (trinta) beneficiários ativos, ficando a metodologia, fórmula e índice aplicado conforme os critérios estabelecidos a partir do índice negociado entre as partes na data de seu aniversário.

13.19 - Nos termos da legislação vigente, o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com o índice vigente e divulgado a sua época pela **CONTRATADA**.

13.20 - O teto de coparticipação será reajustado anualmente de acordo com o índice vigente e divulgado no agrupamento a sua época.

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

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

13.23 - Nenhum contrato poderá receber reajuste em periodicidade inferior a 12

(doze) meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão da migração e adaptação do contrato à Lei 9656/98 e na mudança por faixa etária.

TEMA XIV – FAIXAS ETÁRIAS

14.1 - O presente contrato apresenta dez variações de contraprestação por faixa etária, conforme segue:

00 a 18 anos	- 00%
19 a 23 anos	- 18%
24 a 28 anos	- 20%
29 a 33 anos	- 21%
34 a 38 anos	- 15%
39 a 43 anos	- 10%
44 a 48 anos	- 18%
49 a 53 anos	- 15%
54 a 58 anos	- 25%
59 anos	- 63,18%

14.2 - Os percentuais de variação em cada mudança de faixa etária deverão ser fixados pela **CONTRATADA**, observando as seguintes condições:

- a)** O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária;
- b)** A variação acumulada entre a sétima e a décima faixas, não poderá ser superior a variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.
- c)** A variação do preço em razão da faixa etária, somente incidirá quando o beneficiário completar a idade limite, sendo aplicado na contraprestação pecuniária do mês de seu aniversário.

TEMA XV – DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

15.1 - Ocorrerá a perda da condição de beneficiário nas seguintes hipóteses:

- a)** perda do vínculo empregatício, estatutário ou de trabalho temporário com a **CONTRATANTE**;
- b)** fraude comprovada na utilização do objeto deste contrato;
- c)** utilização indevida do cartão de identificação, assim entendido, também, a sua utilização por terceiros;
- d)** omissão ou distorção de informações sobre o verdadeiro estado de saúde do **BENEFICIÁRIO TITULAR** e dependentes;
- e)** óbito do titular, em que cessará também a condição de beneficiários para os dependentes inscritos neste contrato;

f) solicitação de exclusão pela **CONTRATANTE**;

g) aos aposentados, demitidos ou exonerados sem justa causa pelo decurso dos prazos de manutenção previstos nos parágrafos únicos dos artigos 4º e 5º da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações;

h) aos aposentados demitidos ou exonerados sem justa causa pela admissão do beneficiário em novo emprego considerado novo vínculo profissional que possibilite o ingresso do ex-empregado em um plano de assistência à saúde coletivo empresarial, coletivo por adesão ou de autogestão nos termos da RN 279, de 2011, e suas posteriores alterações;

i) aos aposentados demitidos ou exonerados sem justa causa pelo cancelamento pela **CONTRATANTE** do benefício do plano privado de assistência à saúde concedido aos seus empregados ativos e ex-empregados, nos termos da RN 279, de 2011, e suas posteriores alterações;

TEMA XVI - DAS CONDIÇÕES DE SUSPENSÃO E RESCISÃO CONTRATUAL

16.1 - Ocorrerá a suspensão contratual quando ocorrer inadimplência das mensalidades por período igual a 10(dez) dias consecutivos.

16.2 - Os contratos de planos privados de assistência à saúde coletivos por adesão ou empresarial somente poderão ser rescindidos **IMOTIVADAMENTE** após a vigência do período de doze meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

16.3 - Poderá ocorrer a rescisão unilateral **MOTIVADA** pela **CONTRATADA** nas seguintes hipóteses:

a) haverá o cancelamento automático do contrato, sem prévia comunicação ou notificação da **CONTRATANTE**, quando ocorrer a inadimplência por 30 (trinta) dias consecutivos, sujeito ainda à negativação junto ao SCPC (Serviço Central de Proteção ao Crédito).

b) fraude (comportamento fraudulento na omissão de informação de doença ou lesão preexistente de conhecimento prévio);

c) omissão pelo beneficiário e/ou dependentes do verdadeiro estado de saúde no ato da contratação;

d) número de beneficiários inferiores a 05(cinco);

e) em caso de desequilíbrio contratual, baseado no índice de utilização do grupo e setorial de custos;

f) em caso de não haver atualização cadastral quando solicitado pela operadora.

16.4 - No caso de rescisão do presente contrato, será disponibilizado contrato de modalidade individual/familiar, conforme tabela de preços vigentes, ao universo

de beneficiário neste inscritos, sem a necessidade de cumprimento de novos prazos de carência já cumpridos, desde que a inclusão ocorra em até 30 (trinta) dias da data de cancelamento contratual.

TEMA XVII – DISPOSIÇÕES GERAIS

17.1 - A **CONTRATADA** dará integral cumprimento as inúmeras particularidades e mudanças jurídicas editadas e determinadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, ainda que posteriores à data de assinatura deste contrato, através de aditivos contratuais.

17.2 - Todos os documentos entregues à **CONTRATANTE** que tratem de assuntos pertencentes ao plano ora contratado, farão parte do presente contrato, entre eles: proposta de adesão, declaração de saúde, manual de orientação ao beneficiário e guia de leitura contratual.

17.3 - Não serão aceitas propostas de adesão e declarações de saúde que estejam, incompletas, com rasuras, dados ilegíveis e sem a assinatura do **CONTRATANTE**.

17.4 - Após a formalização do presente contrato, a **CONTRATADA** fornecerá à **CONTRATANTE**, uma cópia do contrato; guia de leitura contratual; listagem atualizada da rede credenciada, os quais ficarão sob sua posse, devendo esta disponibilizar as cópias do mesmo, para os **beneficiários** que as solicitarem.

17.5 - A **CONTRATADA** enviará a **CONTRATANTE** o cartão de identificação dos beneficiários devidamente inscritos no presente contrato, para que esta proceda com as respectivas distribuições.

17.6 - A **CONTRATANTE** ficará responsável, em repassar as informações referentes às alterações contratuais aos beneficiários neste inscritos, que ocorrerem durante a vigência do presente contrato.

17.7 - Serão devidas as cobranças de coparticipações posteriores à exclusão do **BENEFICIÁRIO TITULAR** e dependentes, para as consultas realizadas dentro do período em que se encontravam ativos no presente contrato, ficando o ônus do pagamento das mesmas a cargo da **CONTRATANTE**.

17.8 - As despesas de emissão de segundas vias do cartão de identificação e/ou documentações extras relativas a estas contratações, para os beneficiários inscritos, deverão ser solicitadas por escrito para a **CONTRATADA** e as despesas delas decorrentes correrão por conta da **CONTRATANTE**, sendo os referidos documentos remetidos ao endereço da **CONTRATANTE**, para que proceda a devida distribuição aos solicitantes.

17.9 - As alterações que ocorrerem no quadro societário, razão social, nome fantasia e endereço deverão ser informadas de forma escrita pela **CONTRATANTE** à **CONTRATADA**, mediante o envio da cópia da alteração do contrato social.

17.10 - As alterações referentes aos dados pessoais dos beneficiários titulares e

de seus dependentes deverão ser comunicadas de forma escrita à **CONTRATADA**.

17.11 - Na hipótese de utilização do cartão de identificação, por terceiros, que não sejam titulares ou dependentes regularmente inscritos neste contrato, o **beneficiário** responderá pelas despesas decorrentes desta má utilização, cuja cobrança será por meio de fatura simples.

17.12 - A **CONTRATADA** não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente entre beneficiários e médicos, hospitais ou entidades credenciadas ou não.

17.13 - Para a liberação dos procedimentos de alta complexidade e eventos cirúrgicos, que necessitem de autorização prévia, deverá o beneficiário dirigir-se até a sede da **CONTRATADA**, ao setor de liberação de guias, para obter informações sobre a realização dos procedimentos, se haverá utilização de órteses, próteses, se a guia de solicitação está preenchida corretamente, e também para obter esclarecimentos específicos de como ocorrerá a avaliação do procedimento solicitado e como consequência sua liberação.

17.14 - Em casos de eventos cirúrgicos eletivos, com exceção da urgência e emergência, e havendo desejo do beneficiário ou seus dependentes, em realizar o procedimento em data futura, para um melhor planejamento pré e pós-operatório, basta dirigir-se ao setor de liberação de guias para realizar o agendamento futuro do evento cirúrgico.

17.15 - A transferência de um contrato de menor cobertura para outro de maior cobertura, considerando inclusive a acomodação hospitalar, implicará em cumprimento dos prazos de carência estabelecidos em contrato.

17.16 - Os meios de comunicação existente entre a **CONTRATADA** e seus beneficiários serão: site www.drpam.com.br, mala direta, correspondências diversas ou através do telefone (44) 3218-1530.

17.17 - Em caso de rescisão contratual ou parcial decorrente dos pedidos de exclusões, deverá a **CONTRATANTE** proceder com a imediata devolução dos cartões de identificação dos beneficiários e dependentes, inscritos neste contrato, sob pena de responsabilizar-se pelo pagamento dos valores correspondentes ou eventual uso indevido das coberturas assistenciais constante do presente contrato.

17.18 - Ficará também a **CONTRATANTE**, responsável por informar à **CONTRATADA** em tempo hábil, quando ocorrer perda, roubo ou o extravio dos cartões de identificação, dos beneficiários ou dependentes, no caso de uso indevido, desde que não tenha feito a comunicação escrita e imediata à **CONTRATADA**, após ocorrência dos eventos citados.

17.19 - Para fins de assinatura do presente contrato, a **CONTRATANTE**, deverá no ato da assinatura apresentar cópia dos documentos que comprovem a legitimidade do Representante legal para firmar o presente instrumento.

17.20 - Os direitos e obrigações emanados desta avença são intransferíveis,

obrigando as partes, herdeiros e sucessores a qualquer título.

17.21 - As mensagens inseridas no boleto de cobrança das mensalidades ou correspondências anexadas a ele valerão como sendo de conhecimento inequívoco do **CONTRATANTE**, para fins de cumprimento de seu teor.

TEMA XVIII – EXCLUSÃO DE HOSPITAIS DE TABELA PRÓPRIA E OU ALTO CUSTO

18.1 - Estão expressamente excluídos da rede credenciada vinculada ao presente contrato os prestadores mencionados no anexo (Tabela de HOSPITAIS SEM ATENDIMENTO).

18.2 - Os prestadores mencionados no anexo supracitado poderão ser alterados a qualquer momento pela **CONTRATADA**, razão pela qual deve ser sempre observada a rede credenciada contida no site www.drpam.com.br.

TEMA XIX – ELEIÇÃO DE FORO.

19.1 - Fica eleito o foro da **CONTRATANTE**, para esclarecer dúvidas ou litígios, acerca das condições de contratação, especificadas neste instrumento jurídico.

19.2 - E assim, neste ato, por estarem as partes justas entre si, acerca dos direitos e deveres estabelecidos nas condições contratuais contidas neste instrumento, assinam o presente em duas vias de igual teor e forma, na presença de duas testemunhas instrumentárias.

Maringá, ____ de _____ de 20____.

Contratante
Carimbo e assinatura

Paraná Assistência Médica Ltda.
Alexandre da Silva Lima
CPF N° 031.130.899-64

Testemunha
Nome/RG

Testemunha
Nome/RG

DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO ORIENTAÇÕES E RECEBIMENTO DE CONTRATO

Declaramos para os devidos fins, que recebemos as orientações sobre o Plano de Saúde e os documentos abaixo descritos, em decorrência da contratação do plano, com a operadora **Paraná Assistência Médica Ltda.**, inscrita no CNPJ nº 82.353.079/0001-07, com matriz localizada em Maringá, Paraná, devidamente registrada perante à ANS –Agência Nacional de Saúde Suplementar, sob nº 31.526-5:

Orientações:

- _ Forma de atendimento e direcionamento do produto;
- _ Pagamento de coparticipações em consultas;
- _ Cumprimento de prazo de Carências e CPT- Cobertura Parcial Temporária;
- _ Atendimento de Urgências e Emergências;
- _ Doenças e Lesões Preexistentes;
- _ Remoção;
- _ Reajuste anual;
- _ Cancelamentos;
- _ Inadimplências;
- _ Inclusões Posteriores de Beneficiários;
- _ Exclusões de Beneficiários; e
- _ **Informações sobre a Rede Credenciada, atualizada diariamente e disponível para consultas e impressões, se necessário, no site www.drpam.com.br ou através da nossa central de atendimento (44) 3218-1530 ou (45) 3322-5150.**

Documentos:

- _ Cópia do Contrato **PRÓ CLASSIC PRÉ-PAGAMENTO – A + H + O** Registro na ANS **472.749/14-5**, Segmentação – Ambulatorial, hospitalar Com Obstetrícia - Tipo de Contratação – Coletivo Empresarial - Acomodação–**ENFERMARIA**, e Registrado em cartório sob nº **495922**.
- _ Anexo I - tabela de hospitais excluídos da rede credenciada
- _ Cópia da Proposta de Adesão; e

Declaro ainda, que me foi ofertado o **PLANO REFERÊNCIA**, registrado na ANS sob o número **703.181/99-5**, o qual possui cobertura assistencial ambulatorial + hospitalar com obstetrícia, leito de terapia intensiva ou similar, com padrão de acomodação enfermaria e optei pelo plano, descrito acima, também fomos informados, de que os Cartões de Identificações de Beneficiários, serão entregues em nosso endereço, no prazo de até 15 (quinze) dias úteis, após a assinatura do contrato, via Correios ou pelo setor de Pós-Vendas da Operadora.

_____, ____ de _____ de 20____

Ass. Contratante