



ASSOCIAÇÃO SÃO LUIZ SAÚDE
Rua Coronel André Ulson Jr, 248 – Centro – Araras/SP – CEP 13.600-690

Telefone (19) 3543-5400
www.associacaosaoluizsaude.com.br

ANS – N° 42.100-6

Contrato nº 05/2023

CONTRATO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

NOME COMERCIAL: EMPRESARIAL ECONÔMICO COM COPARTICIPAÇÃO
REGISTRO DO PRODUTO NA ANS: 473.443/15-2

NOME COMERCIAL: EMPRESARIAL APARTAMENTO COM COPARTICIPAÇÃO
REGISTRO DO PRODUTO NA ANS: 473.441/15-6

Qualificação da operadora contratada:

Razão Social: Associação São Luiz Saúde

CNPJ: 27.067.508/0001-63

Registro da Operadora na ANS: 42.1006

Endereço: Rua Coronel André Ulson Jr, 248- Centro.

Cidade: Araras/SP

Presidente: Hildebrando Xavier de Sousa

CPF: 853.689.038-04

RG: 9.771.899-3 SSP/SP

Qualificação do contratante:

Razão Social: Camara Municipal de Araras

Nome Fantasia: Camara Municipal de Araras

Endereço: Avenida Zurita, nº. 181

Bairro: Jardim Belvedere

CEP: 13.601-020

Cidade/UF: Araras/SP

CNPJ: 51.324.705/0001-03

Representante: Mirian Vanessa Pires – Presidente

CPF: 358.588.498-90

RG: 43521449 SSP/SP

Representante: Rodrigo Soares dos Santos- Vice Presidente

CPF: 347.946.908-60

RG: 42465203 SSP/SP

Representante: Regina Noemia Geromel Corochel- Secretária da Mesa

CPF: 076.951.678-51

RG: 16388.704-4

Tipo de contratação: Coletivo Empresarial

Segmentação assistencial do plano de saúde: Ambulatorial +Hospitalar com Obstetrícia

Área geográfica de abrangência do plano de saúde: Municipal (Araras)

Padrão de acomodação em internação: Econômico

Formação do preço: Pré-estabelecido

Coparticipação: Sim

ATRIBUTOS DO CONTRATO

O objeto do contrato é a prestação continuada de serviços ou cobertura dos custos assistenciais médico-hospitalares na forma de Plano Privado de Assistência à Saúde, garantindo a cobertura do Rol de Procedimentos Médicos editados pela ANS, vigente à época do evento.

O presente contrato é de adesão bilateral, gerando direitos e obrigações para as partes, conforme dispõe o Código Civil Brasileiro.

CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

Plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada às CONTRATANTES por relação empregatícia ou estatutária, sócios e administradores das pessoas jurídicas contratantes.

Podem ser inscritos no plano como Beneficiários Titulares as pessoas que comprovem o(s) seguinte(s) vínculo(s) com as CONTRATANTES:

Podem ser inscritos pelo Titular como Beneficiários Dependentes, a qualquer tempo, mediante a comprovação das qualidades abaixo indicadas e da dependência econômica em relação àquele:

- a) O cônjuge;
- b) O companheiro, havendo união estável na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge salvo por decisão judicial.
- c) Os filhos e enteados, ambos com até 18 anos incompletos ou, se estudantes universitários, até 24 anos incompletos;

A adesão do grupo familiar dependerá da participação do Titular no plano privado de assistência à saúde.

Admite-se sem qualquer diferença a inclusão de filhos adotados nos moldes da legislação em vigor. Em caso de inscrição de filho adotivo menor de 12 (doze) anos, serão aproveitados os períodos de carência já cumpridos pelo Beneficiário Titular ou Dependente adotante.

COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

A CONTRATADA assegurará aos beneficiários regularmente inscritos e satisfeitas às respectivas condições, a cobertura básica prevista neste Título, compreendendo a cobertura de todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, visando o tratamento de todas as doenças, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente à época do evento.

Havendo alteração no Rol de Procedimentos Médicos da ANS, o presente Contrato passará a garantir as coberturas previstas no diploma legal vigente.

1. A participação de profissional médico anesthesiologista nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento terá cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínica.
2. O atendimento, dentro da segmentação e da área de abrangência estabelecida no contrato, está assegurado independentemente do local de origem do evento.
3. Cobertura Ambulatorial
 - 3.1. A cobertura ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatórios, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.
4. Cobertura Hospitalar com Obstetrícia
 - 4.1. A CONTRATADA garante aos beneficiários, dentro dos recursos próprios, credenciados ou contratados, os seguintes serviços hospitalares:
 - I - diárias de internação hospitalar, sem limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, a critério do médico assistente, reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina;

- II - Acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional; havendo indisponibilidade de leito hospitalar na acomodação contratada nos estabelecimentos próprios ou contratados pelo plano;
- III - cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada à limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;
- IV - cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;
- V - cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, 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 hospitalar;
- VI - cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados;
- VII - Remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro;
- VIII - cobertura de despesas de acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital a acompanhante de beneficiário menor de dezoito anos ou com idade igual ou superior a 59 anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente, nas mesmas condições da cobertura contratada, exceto nos casos de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares;
- IX - cobertura de cirurgias odontológicas buco-maxilo-facial realizada por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministradas durante o período de internação hospitalar;
- X - Cobertura de estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica.

XI - cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada ao nível de internação hospitalar:

- hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- quimioterapia oncológica ambulatorial;
- radioterapia incluindo radiomoldagem, radioimplante e braquiterapia;
- hemoterapia;
- nutrição parenteral e enteral;
- procedimentos diagnóstico e terapêuticos em hemodinâmica;
- embolizações
- radiologia intervencionista;
- exames pré anestésicos ou pré cirúrgicos;
- procedimentos de fisioterapia;
- acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos a transplante de Rim e Córnea, exceto medicação de manutenção.

XII - cobertura de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer.

XIII - Cirurgia plástica reparadora quando efetuada para restauração de órgãos e funções conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

XIV - Procedimentos relativos ao pré-natal e à assistência ao parto e puerpério;

XV - Cobertura de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, e pós-parto imediato;

XVI - cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, sendo vedada qualquer alegação de DLP ou aplicação de CPT, desde que o beneficiário (pai ou mãe do recém-nascido) tenha cumprido carência de 300 dias para parto a termo;

XVII - todos os atendimentos clínicos, bem como tratamentos decorrentes de transtornos psiquiátricos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10º Revisão - CID – 10.



5
mf

XVIII - transplantes de rim e córnea e dos transplantes autólogos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.

EXCLUSÕES DE COBERTURA

Em conformidade com o que prevê a Lei nº. 9656/98, as Resoluções e respeitando as coberturas mínimas obrigatórias previstas na Lei e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, estão excluídos de cobertura do Plano os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento e os provenientes de:

1. Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
2. Atendimentos prestados antes do início da vigência contratual ou do cumprimento dos prazos de carências ou prestados em desacordo com o estabelecido neste contrato;
3. Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;
4. Fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados, ou seja, sem registro vigente na ANVISA;
5. Despesas com assistência odontológica de qualquer natureza, inclusive as relacionadas com acidentes, exceto as cirurgias buco-maxilo faciais que necessitem de ambiente hospitalar e os procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar;
6. Cirurgias e tratamentos não éticos ou ilegais, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes e órgãos reguladores;
7. Despesas de acompanhantes, excepcionadas as de alimentação (servida exclusivamente pela instituição) e acomodação de um acompanhante para o paciente menor de 18 anos e maior de 59 (cinquenta e nove) anos e para os portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente;
8. Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
9. Produtos de toalete e higiene pessoal, serviços telefônicos ou qualquer outra despesa que não seja vinculada à cobertura deste contrato;

10. Procedimentos, exames e tratamentos realizados fora da área de abrangência contratada, bem como das despesas decorrentes de serviços médicos hospitalares prestados por médicos não cooperados ou entidades não credenciadas a Operadora, à exceção dos atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, quando não for possível utilizar serviços credenciados e que serão posteriormente, reembolsados na forma e termos previstos neste contrato, mediante autorização prévia da operadora.
11. Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
12. Inseminação artificial;
13. Enfermagem em caráter particular seja em regime hospitalar ou domiciliar;
14. Cirurgias plásticas estéticas de qualquer natureza;
15. Procedimentos clínicos e cirúrgicos com finalidade estética, inclusive órteses e próteses para o mesmo fim;
16. Aplicação de vacinas preventivas;
17. Exames para piscina ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
18. Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
19. Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
20. Consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de emergência ou urgência;
21. Remoção domiciliar;
22. Transplantes, exceto os de córnea e rim, e os transplantes autólogos;
23. Tratamentos em SPA, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, casas sociais e clínicas de idosos;
24. Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior;
25. Investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade; e
26. Especialidade médica não reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina.
27. Home care (cuidado em domicílio).

DURAÇÃO DO CONTRATO

O presente Contrato vigorará pelo prazo de 180 dias, contados da data da assinatura do contrato, desde que até este momento não seja feito nenhum pagamento à operadora.

O contrato será renovado automaticamente, por prazo indeterminado, ao término da vigência inicial, sem cobrança de qualquer taxa ou outro valor no ato da renovação, salvo manifestação formal em contrário por qualquer uma das partes, mediante aviso prévio de 30 (trinta) dias anteriores ao seu vencimento.

PERÍODOS DE CARÊNCIA

As coberturas previstas pelo plano contratado somente passam a vigorar depois de cumpridos os prazos de carência a seguir descritos, contados a partir da data da assinatura da proposta de adesão de cada beneficiário:

SERVIÇOS/PROCEDIMENTOS	PRAZO DE CARÊNCIA
GRUPO 1 Atendimento de Urgência ou Emergência: (assim entendidos ou resultantes de acidentes pessoais, complicações no processo gestacional) devidamente caracterizado pelo médico assistente da CONTRATADA .	24 HORAS
GRUPO 2 Consultas em consultório, exames laboratoriais (exceto hormonais) e RX (sem contraste). Verificar na operadora com o pedido médico.	0 DIAS

Exames complementares	
<p>a) Grupo 3 Laboratoriais hormonais /eletroencefalograma Radiológicos contrastados /anatomopatológico/ Eletrocardiograma, dentre outros. Verificar na operadora com o pedido médico.</p>	60 DIAS
<p>b) Grupo 3^a Audiometria/ impendânciometria/ Colposcopia/ultra-sonografia Atendimento em Fisioterapia, dentre outros. Verificar na operadora com o pedido médico.</p>	90 DIAS
<p>GRUPO 4 Pequenos procedimentos ambulatoriais. Verificar na operadora com o pedido médico.</p>	120 DIAS
<p>GRUPO 5 Atendimentos e exames especiais constantes do Rol de Procedimentos, tomografia, Ressonância Magnética, Cintilografia, fonoaudiologia, psicologia, nutricionista, terapia ocupacional, dentre outros. Verificar na operadora com o pedido médico.</p>	180 DIAS
Internações Psiquiátricas	180 DIAS
Internações clínicas	180 DIAS
<p>GRUPO 6 Parto a Termo.</p>	300 DIAS
<p>GRUPO 7 Doença e lesões pré-existentes</p>	730 DIAS

- **Não será exigido carência**: quando houver inclusão de 30 beneficiários ou mais no momento da adesão da empresa; quando solicitado inclusão no plano em até 30 dias da data de admissão do funcionário titular na empresa; quando solicitado inclusão de recém-nascido em até 30 dias do nascimento e em até 30 dias do casamento ou escritura pública de união estável.

DOENÇAS E LESÕES PRÉ EXISTENTES

O beneficiário deverá informar à CONTRATADA, quando expressamente solicitado na documentação contratual por meio da Declaração de Saúde, o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes à época da adesão ao presente contrato, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou rescisão unilateral do contrato, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656/1998.

Doenças ou Lesões Preexistentes são aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofedor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei nº 9656/1998, o inciso IX do art 4º da Lei nº 9961/2000 e as diretrizes estabelecidas na Resolução Normativa nº 162/2007.

Para informar a existência de doenças e lesões preexistentes, o Beneficiário Titular preencherá o Formulário de Declaração de Saúde.

O beneficiário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados ou referenciados pela CONTRATADA, sem qualquer ônus para o beneficiário.

Caso o beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da CONTRATADA, poderá fazê-lo, desde que assumo o ônus financeiro dessa entrevista.

O objetivo da entrevista qualificada é orientar o beneficiário para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ser portador ou sofedor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequência da omissão de informações.

É vedada a alegação de omissão de informação de doença ou lesão preexistente quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário pela CONTRATADA, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.

Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do beneficiário, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a CONTRATADA oferecerá a cobertura parcial temporária. Caso a CONTRATADA não ofereça Cobertura Parcial Temporária no momento da adesão contratual, não caberá alegação de omissão de informação na Declaração de Saúde ou aplicação posterior de Cobertura Parcial Temporária.

Cobertura Parcial Temporária - CPT é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.

Na hipótese de Cobertura Parcial Temporária, a CONTRATADA somente poderá suspender a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta tecnologia e os procedimentos de alta complexidade, quando relacionados exclusivamente à Doença ou Lesão Preexistente.

Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no site www.ans.gov.br

É vedada à CONTRATADA a alegação de Doença ou Lesão Preexistente decorridos de 24 meses da data da celebração do contrato ou da adesão ao plano privado de assistência à saúde.

Nos casos de Cobertura Parcial Temporária, findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme a segmentação contratada e prevista na Lei nº 9.656/1998.

Identificado indício de fraude por parte do beneficiário, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a CONTRATADA deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao beneficiário através de Termo de Comunicação ao Beneficiário e poderá solicitar abertura de processo administrativo junto a ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do beneficiário à Cobertura Parcial Temporária.

Instaurado o processo administrativo na ANS, à CONTRATADA caberá o ônus da prova.

A CONTRATADA poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do Beneficiário sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão pré-existente.

A ANS efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação.

Se solicitado pela ANS, o Beneficiário deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.

Após julgamento, e acolhida à alegação da CONTRATADA, pela ANS, o Beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação da constatação da doença e lesão preexistente, pela CONTRATADA, bem como será excluído do contrato.

Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de doença ou lesão preexistente, bem como a suspensão ou rescisão unilateral do contrato até a publicação, pela ANS, do encerramento do processo administrativo.

Não haverá Cobertura Parcial Temporária, nos casos de Doença e Lesão Preexistente, quando o número de participantes for igual ou maior que trinta, para os beneficiários que formalizarem o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação às pessoas jurídicas contratantes.

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

1. É obrigatória por parte da CONTRATADA a cobertura do atendimento nos casos de:
 - I - urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional; e
 - II - emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.
2. A CONTRATADA garantirá os atendimentos decorrentes de acidentes pessoais, sem restrições, depois de decorridas 24 horas de vigência do contrato.
3. A cobertura será prestada por 12 (doze) horas ou, caso surja à necessidade de internação, por período inferior, para:
 - I - os atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, durante o cumprimento dos períodos de carência;
 - II - os atendimentos de urgência e emergência, quando efetuados no decorrer dos períodos de carência para internação; e
 - III - os casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia ou procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças ou lesões preexistentes.
4. Depois de cumpridas as carências, haverá cobertura dos atendimentos de urgência e emergência desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções.

5. DA REMOÇÃO

- 5.1. A remoção do paciente será garantida pela OPERADORA nas seguintes hipóteses:
 - I - para outra unidade de atendimento da rede do plano, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente; e
 - II - para uma unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, quando houver o limite de 12 (doze) horas de atendimento, nas hipóteses citadas acima, e este for atingido ou surgir a necessidade de internação.

5.2. Da Remoção para o SUS:

- 5.2.1. À CONTRATADA caberá o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento.
- 5.2.2. Quando não puder haver remoção por risco de vida, os CONTRATANTES e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a CONTRATADA desse ônus.
- 5.2.3. A CONTRATADA deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS.
- 5.2.4. Se o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade que, ainda que pertencente ao SUS, não disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento, ficará a CONTRATADA desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

6. DO REEMBOLSO

6.1. Será garantido ao Beneficiário o reembolso das despesas decorrentes dos atendimentos de urgência e emergência ocorridos na área de abrangência geográfica da cobertura contratual sempre que não for possível a utilização dos serviços de prestadores da rede assistencial deste plano mediante autorização prévia da operadora.

Com autorização prévia da operadora, o beneficiário terá o prazo de 30 (trinta) dias para solicitar o reembolso, devendo para tanto apresentar à CONTRATADA os seguintes documentos:

- Nota fiscal do serviço prestado;
- Recibo de pagamento do serviço prestado;
- Relatório médico atestando a urgência e ou emergência;
- Justificativa do atendimento

6.2. O reembolso será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento da documentação completa pela CONTRATADA, e seu valor não poderá ser inferior ou superior ao praticado pela CONTRATADA junto a sua rede assistencial credenciada.

ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES

O presente instrumento jurídico não contempla acesso à livre escolha de prestadores. A escolha está limitada aos prestadores credenciados e ou funcionários da operadora de plano de saúde.

MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Somente terão direito aos serviços ora contratados os beneficiários regularmente inscritos.

Para utilização dos serviços cobertos pelo presente contrato, deverão ser observadas as regras de atendimento a seguir descritas:

Os serviços deverão ser realizados na rede credenciada da CONTRATADA, cabendo ao beneficiário fazer a marcação de horário, por telefone ou pessoalmente, exceto em caso de urgência ou de emergência, mediante apresentação dos seguintes documentos:

- cédula de identidade ou documento oficial similar do beneficiário;
- carteira de identificação do beneficiário, fornecida pela CONTRATADA, em vigor.
- guia de autorização fornecida pela central de atendimento da CONTRATADA, exceto para os casos de urgência e emergência.

A CONTRATADA não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa do acordado.

Os serviços diagnósticos, tratamentos e demais procedimentos podem ser solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista, não havendo restrição aos não pertencentes à rede própria ou credenciada da CONTRATADA.

Em casos de divergência médica sobre o direito às coberturas previstas neste Contrato, garante-se ao beneficiário e a CONTRATADA a prerrogativa de requerer a formação de junta médica, constituída por 3 (três) médicos, sendo um nomeado pela CONTRATADA, outro pelo beneficiário, e um terceiro, escolhido por ambas as partes. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que designar, sendo que a remuneração do terceiro será paga pela CONTRATADA, bem como do médico do beneficiário, se este for pertencente à rede credenciada.

A CONTRATADA reserva-se o direito de alterar a rede de prestadores de serviços, obedecido aos trâmites legais existentes, principalmente no que se refere à mudança de entidade hospitalar.

É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outro equivalente e mediante comunicação ao beneficiário e à ANS com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias em vigor.

Na hipótese de a substituição de entidade hospitalar ocorrer por vontade da CONTRATADA durante período de internação de algum beneficiário, será garantido o pagamento das despesas relacionadas com a internação até a alta hospitalar, estabelecida pelo médico assistente, exceto nos casos de infração às normas sanitárias, quando a CONTRATADA providenciará, às suas expensas, a transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência.

No caso de redução de entidade hospitalar, é necessária autorização prévia da ANS.

FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

O valor a ser pago pela cobertura assistencial contratada é pré-estabelecido.

A responsabilidade pelo pagamento das contraprestações pecuniárias dos beneficiários à operadora será da pessoa jurídica contratante.

A CONTRATANTE obriga-se a pagar à CONTRATADA, em pré-pagamento, os valores relacionados na Proposta de Admissão, por associado, para efeito de inscrição e mensalidade, através da emissão de faturas.

As mensalidades serão pagas até o dia 5 de cada mês.

ACOMODAÇÃO ENFERMARIA	
FAIXA ETÁRIA	VALOR
00 - 18	R\$ 118,23
19 - 23	R\$ 123,05
24 - 28	R\$ 134,59
29 - 33	R\$ 146,14
34 - 38	R\$ 157,68
39 - 43	R\$ 168,52
44 - 48	R\$ 178,25
49 - 53	R\$ 306,77
54 - 58	R\$ 458,98
59 >	R\$ 654,27

ACOMODAÇÃO APARTAMENTO	
FAIXA ETÁRIA	VALOR
00 - 18	R\$ 183,72
19 - 23	R\$ 209,97
24 - 28	R\$ 229,67
29 - 33	R\$ 249,38
34 - 38	R\$ 269,08
39 - 43	R\$ 360,97
44 - 48	R\$ 449,59
49 - 53	R\$ 613,69
54 - 58	R\$ 771,22
59 >	R\$ 1.099,45

Quando a data de vencimento cair em dia que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser realizado até o primeiro dia útil subsequente.

As faturas emitidas pela CONTRATADA serão baseadas na comunicação de movimentação de pessoal enviada pela CONTRATANTE. A fatura se baseará nos dados disponíveis, realizando-se os acertos nas faturas subseqüentes.

Se a CONTRATANTE não receber documento que possibilite realizar o pagamento de sua obrigação até cinco dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente à CONTRATADA, para que não se sujeite a conseqüência da mora.

Ocorrendo impontualidade no pagamento da mensalidade, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso, além de multa de 2% (dois por cento).

A CONTRATANTE que não realizar o pagamento da sua contribuição na forma e prazo acordado com a Contratante por período superior a 60 dias consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência, poderá ser excluído do plano a pedido da Contratante.

A Contratada não poderá fazer distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles a este já vinculado

Da Coparticipação

Dos fatores de regulação:

Define-se como "coparticipação", a parte efetivamente paga pelo consumidor à CONTRATADA, referente à realização do procedimento.

Os usuários titulares e dependentes estarão sujeitos a coparticipação nos procedimentos relacionados abaixo:

Modulo	Descrição	Valor por evento
Consultas	Consultas eletivas e Pronto Atendimento	R\$ 15,00
Exames Laboratoriais	Exames laboratoriais	R\$ 4,00
Exames Simples	Raio X simples , Eletrocardiograma, Eletroencefalograma,	

	dentre outros. Verificar na operadora com o pedido médico.	R\$ 6,00
Exames Especiais	Ultrassonografia, Mamografia, Densitometria, Endoscopia Digestiva e Peroral, Alergologia, Exames Genéticos, Neurologia Digital, PM Metria, Anatomia Patológica, Raio X Contrastados, Exames Otorrinolaringologia, Oftalmológicos e Exames Cardiológicos (Holter, Ecocardiograma, Mapa, Teste Ergométrico, Avaliação de marcapasso); dentre outros. Verificar na operadora com o pedido médico.	R\$ 15,00
Terapias e Sessões	Fisioterapia motora e neurológica, sessões de acupuntura, Psicologia, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional e Nutrição. Verificar na operadora com o pedido médico.	R\$ 5,00
Procedimentos Ambulatoriais	Laringoscopia, Procedimentos Dermatológicos, Ginecológicos, Oftalmológicos e de Cirurgia Plástica Reparadora, dentre outros que tenham cobertura no Rol de Procedimentos da ANS. Verificar na operadora com o pedido médico.	R\$ 5,00
Exames de alto custo	Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Medicina Nuclear, Polissonografia, Neuroradiologia, Radiologia Intervencionista, Exames de Diagnose Ginecológica, Angiografias, Acilcarnitinas, Perfil quantitativo e/ou qualitativo, Análise Molecular de DNS para doenças genéticas, Avidéz de IgG para toxoplasmose, Biopsia Percutânea a vácio guiada por Raio X ou USG (mamotomia), Citomegalovirus-qualitativo por PCR, D-Dímero, Eletroforese de proteínas de alta resolução, Fator V Leiden, análise de mutação, Galactose 1-fosfato uridiltransferase, Hepatite B – teste quantitativo, Hepatice C – genotipagem, HIV – genotipagem, Imunofixação para proteínas, inibidor dos fatores de hemostasia Succinil acetona, Técnicas citogenéticas moleculares – FISH, Teste de inclinação ortostática)Tilt Test), X-frágil, análise molecular, dentre outros que tenham cobertura no Rol de Procedimentos da ANS. Verificar na operadora com o pedido médico.	R\$ 30,00
Internação	Internação por dia, sendo cobrado até 10 diárias por internação.	R\$ 30,00

Será de responsabilidade do CONTRATANTE, o pagamento das coparticipações pactuadas, juntamente com a taxa mensal, dos procedimentos realizados no mês anterior da cobrança.

Os reajustes dos valores da coparticipação obedecerão às mesmas regras da taxa mensal, citadas no tema Reajuste ítem 2.2 deste contrato.




DO REAJUSTE

Este contrato integra o agrupamento de contratos com até 29 (Vinte e nove) beneficiários, para o cálculo e aplicação do percentual de reajuste anual.

1.1 - 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.

1.2 - Para fins do disposto no item anterior, serão considerados todos os beneficiários vinculados à mesma pessoa jurídica, ainda que vinculados a outro plano contratado.

1.3 - Se este contrato for agrupado na data de sua assinatura/mês de seu aniversário, ser-lhe-á aplicado o reajuste do agrupamento no seu aniversário subsequente, observando os critérios estabelecidos no item 2.

1.4 - 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 no item 3.

1.5 - Ficará disponível no sítio eletrônico dessa operadora, o percentual de reajuste a ser aplicado ao agrupamento de contratos, os contratos que receberão o reajuste, com o código informado no sistema RPC, e seus respectivos planos, com número de registro na ANS.

2 - O critério para o reajuste anual da contraprestação pecuniária do contrato agregado ao agrupamento observará o disposto nesse item.

2.1 - Nos termos da legislação vigente, o valor das mensalidades e a tabela de preços serão reajustados anualmente, de acordo com o índice divulgado pela ANS para reajuste de planos individuais/familiares. Este será apurado no período de 12 meses consecutivos entre o mês de março a fevereiro subsequente.

2.1.1 - Na hipótese de descontinuidade do índice estabelecido no item 2.1, será estipulado novo índice mediante instrumento específico.

2.2 - Caso seja verificado o desequilíbrio econômico-atuarial da carteira de planos coletivos com até 29 beneficiários, este será reavaliado, nos termos descritos a seguir.

2.2.1 - O desequilíbrio é constatado quando o nível de sinistralidade da carteira ultrapassar o índice de 75% (Sm), cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 meses consecutivos entre o meses de março a fevereiro subsequente.

2.2.2 Neste caso, para o cálculo do percentual de reajuste será aplicada a seguinte fórmula:

$$R = (S / Sm) - 1$$

Onde: S - Sinistralidade apurada no período

Sm - Meta de Sinistralidade expressa em contrato

2.2.3 - Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, previsto no item 2.2, este deverá ser procedido de forma complementar ao especificado no item 2.1 e na mesma data, de forma a garantir a anualidade dos reajustes.

3 - O critério para o reajuste anual da contraprestação pecuniária do contrato não agregado ao agrupamento observará o disposto nesse item.

3.1 - Nos termos da legislação vigente, o valor das mensalidades e a tabela de preços serão reajustados anualmente, de acordo com o IPCA (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo). Este será apurado no período de 12 (doze) meses consecutivos, com uma antecedência de 60 (sessenta) dias em relação à data-base de aniversário; considerada esta o mês de assinatura do Contrato.

3.1.1 - Na hipótese de descontinuidade do índice estabelecido no item 3.1, será estipulado novo índice mediante instrumento específico.

3.2 - Caso seja verificado o desequilíbrio econômico-atuarial do contrato, este será reavaliado nos termos descritos a seguir.

3.2.1 - O desequilíbrio é constatado quando o nível de sinistralidade da carteira ultrapassar o índice de 75% (Sm), cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 meses consecutivos, anteriores à data base de aniversário.

3.2.2 - Neste caso, para o cálculo do percentual de reajuste será aplicada a seguinte fórmula:

$$R = (S / Sm) - 1$$

Onde: S - Sinistralidade apurada no período

Sm - Meta de Sinistralidade expressa em contrato

3.2.3 - Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, previsto no item 3.2, este deverá ser procedido de forma complementar ao especificado no item 3.1 e na mesma data, de forma a garantir a anualidade dos reajustes.

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

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

6 - O plano continuidade de ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados (quando houver) fará parte do cálculo do reajuste anual da empresa.

7- Nenhum contrato poderá receber reajuste em periodicidade inferior a 12 meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária, migração e adaptação do contrato à Lei 9656/98.

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

9- Havendo alteração da faixa etária de qualquer beneficiário inscrito no presente contrato, a taxa mensal de manutenção será reajustada no próprio mês da ocorrência, de acordo com o percentual abaixo citado:

Percentual de Reajuste por mudança de faixa etária Acomodação Econômica	
Faixa etária	
0 a 18 anos	-
19 a 23 anos	4,08%
24 a 28 anos	9,38%

29 a 33 anos	8,58%
34 a 38 anos	7,90%
39 a 43 anos	6,87%
44 a 48 anos	5,77%
49 a 53 anos	72,10%
54 a 58 anos	49,62%
59 anos em diante	42,55%

Percentual de Reajuste por mudança de faixa etária Acomodação Apartamento	
Faixa etária	
0 a 18 anos	-
19 a 23 anos	14,29%
24 a 28 anos	9,38%
29 a 33 anos	8,58%
34 a 38 anos	7,90%
39 a 43 anos	34,15%
44 a 48 anos	24,55%
49 a 53 anos	36,50%
54 a 58 anos	25,67%
59 anos em diante	42,55%

REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS

Do direito de manutenção da condição de beneficiário para ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados.

1 - As CONTRATANTES asseguram ao beneficiário titular que contribuir (mensalidade; se contribuir somente com a coparticipação não há este direito) 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 as CONTRATANTES o pagamento integral das mensalidades, conforme disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656, de 1998, observada a Resolução nº 488, de 29/03/2022, e suas posteriores alterações.

2.1 - O período de manutenção da condição de beneficiário para ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa será de um terço do tempo de contribuição ao plano, ou sucessor, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses.

2.2 - O período de manutenção da condição de beneficiário para o ex-empregado aposentado será:

a) indeterminado, se o ex-empregado contribuiu para o plano pelo prazo mínimo de dez anos; ou

b) à razão de um ano para cada ano de contribuição, se o ex-empregado contribuiu por período inferior a dez anos.

3 - A manutenção da condição de beneficiário está assegurada a todos os dependentes do beneficiário demitido ou aposentado inscritos quando da vigência do contrato de trabalho (artigo 30, § 2º, e artigo 31, § 2º da Lei nº 9656, de 1998), podendo o direito ser exercido individualmente pelo ex-empregado ou com parte do seu grupo familiar (artigo 7º, § 1º da RN nº 488, de 2022, e suas posteriores alterações);

4 - O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado deve optar pela manutenção do benefício no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da comunicação inequívoca do empregador sobre a opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho formalizada no ato da concessão do aviso prévio, a ser cumprido ou indenizado, ou da comunicação da aposentadoria (artigo 10 da RN nº 488, de 2022, e suas posteriores alterações);

5 - O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado poderá incluir novo cônjuge e filhos no período de manutenção da condição de beneficiário (artigo 7º, § 2º da RN nº 488, de 2022);

6 - Em caso de morte do ex-empregado demitido ou aposentado, o direito de permanência no plano é assegurado aos dependentes, nos termos do disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656, de 1998 e no artigo 8º da RN nº. 488, de 2022; e suas posteriores alterações.

7 - O direito de manutenção assegurado ao beneficiário demitido ou aposentado não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas ou acordos coletivos de trabalho (artigo 30, § 4º e artigo 31, § 2º da Lei nº 9656, de 1998, e artigo 9º da RN nº 488, de 2022 e suas posteriores alterações).

A condição de beneficiário deixará de existir:

a) pelo decurso dos prazos de manutenção previstos nos parágrafos únicos dos artigos 4º e 5º da RN nº. 488, de 2022, e suas posteriores alterações; ou,

b) pela admissão do beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado 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 (artigo 30, § 5º e artigo 31, § 2º da Lei nº 9656, 1998 c.c inciso II e § 1º do artigo 26 e inciso III do artigo 2º da RN nº. 488, de 2011, e suas posteriores alterações); ou,

c) pelo cancelamento pelo empregador do benefício do plano privado de assistência à saúde, concedido aos seus empregados ativos e ex-empregados (inciso III do artigo 26 da RN nº. 488, de 2022, e suas posteriores alterações).

É assegurado ao ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado ou seus dependentes vinculados ao plano, durante o período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656, de 1998, o direito de exercer a portabilidade especial de carências para plano individual ou familiar ou coletivo por adesão, em operadoras nos termos do disposto no artigo 28 da RN nº. 488, de 2022, c.c artigo 7º - C da RN nº 186, de 2009, e suas posteriores alterações.

Ao empregado aposentado que continua trabalhando na mesma empresa e dela vem a se desligar é garantido o direito de manter sua condição de beneficiário nos termos do disposto no artigo 31 da Lei nº 9656, de 1998 e na RN nº. 488, de 2022, e suas posteriores alterações.

CONDIÇÕES PARA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

A perda da qualidade de beneficiário poderá ocorrer nas seguintes situações:

1. perda da qualidade de beneficiário titular:

- a) pela rescisão do presente contrato;
- b) pela perda do vínculo com as pessoas jurídicas contratantes, ressalvadas as condições previstas nos artigos nº 30 e nº 31 da Lei nº 9.656/98;
- c) fraude praticada pelo beneficiário titular, apurada de acordo com a legislação vigente.

2. Perda da qualidade de beneficiário dependente:

- a) pela perda da condição de dependência prevista nas condições gerais deste contrato;
- b) a pedido do beneficiário titular;
- c) fraude praticada pelo beneficiário dependente, apurada de acordo com a legislação vigente.

3. Caberá tão somente às pessoas jurídicas contratantes solicitar a suspensão ou exclusão de beneficiários.

4. A contratada só poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência das pessoas jurídicas contratantes nas seguintes hipóteses:

- a) fraude;
- b) por perda do vínculo do titular com as pessoas jurídicas contratantes, ou de dependência, previstos neste contrato, ressalvado o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/1998.

RESCISÃO

A suspensão ou rescisão do presente contrato poderá ocorrer nos casos de:

Fraude/dolo das CONTRATANTES; descumprimento pelas CONTRATANTES ou pela CONTRATADA das cláusulas e condições deste Contrato.

Inadimplência das CONTRATANTES por período superior a 30 (trinta) dias, independente de notificação judicial, sem prejuízo do direito da CONTRATADA de requerer judicialmente a quitação do débito, com suas conseqüências moratórias.

Antes do término do prazo mínimo de 180 dias da vigência contratual é facultado a qualquer das partes denunciarem o contrato, mediante comunicação escrita e protocolada, dirigida à outra parte, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, observadas as condições descritas abaixo:

- a) quando motivada por uma das hipóteses previstas acima, sem qualquer ônus; ou,
- b) imotivadamente, condicionando a parte que solicitou a rescisão ao pagamento de multa pecuniária equivalente a 10% (dez por cento) do valor das mensalidades que seriam devidas até o término do citado prazo.

Após o período de 12 (doze) meses, contados da data de início de sua vigência, o presente contrato poderá ser denunciado imotivadamente, a qualquer tempo, por qualquer das partes, mediante aviso prévio por escrito, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

Não será admitida a inclusão ou exclusão de usuários durante os prazos de aviso prévio descritos neste Contrato.

DISPOSIÇÕES GERAIS

Por convenção, adotou-se neste Contrato o gênero masculino quando há referência ao gênero masculino e feminino.

A Contratada fornecerá aos Usuários o Cartão Individual de Identificação dos Usuários inscritos, cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade legalmente reconhecido, assegura a fruição dos direitos e vantagens deste Contrato, podendo a Contratada adotar, a qualquer tempo, novo sistema para melhor atendimento aos Usuários.

É obrigação dos (as) Contratantes, na hipótese de rescisão, resolução ou resilição deste Contrato, ou ainda, de exclusão de beneficiários, devolverem os respectivos cartões de identificação e quaisquer outros documentos porventura fornecidos, respondendo, diante da comprovação da ilicitude, pelos prejuízos resultantes do uso indevido desses documentos, restando isenta, neste caso, de qualquer responsabilidade, a Contratada, a partir da exclusão do beneficiário, rescisão, resolução ou resilição do presente.

Considera-se uso indevido a utilização desses documentos para obter atendimento, mesmo que na forma contratada, pelos beneficiários que sabiam da perda desta condição por exclusão ou término do contrato, ou, por terceiros, que não sejam beneficiários, se comprovada à má-fé do beneficiário que emprestou seu cartão a outrem.

Nestas condições, o uso indevido do cartão de identificação de qualquer beneficiário ensejará pedido de indenização por perdas e danos, bem como a exclusão do beneficiário do plano.

Ocorrendo a perda ou extravio do Cartão Individual de Identificação, os (as) Contratantes deverão comunicar o fato, por escrito, para cancelamento ou, quando for o caso, emissão de segunda via.

O beneficiário titular assume inteira responsabilidade pela veracidade das declarações lançadas na Proposta de Admissão, sobretudo no que diz respeito aos dependentes ali incluídos.

O beneficiário titular deverá notificar sobre eventual mudança de endereço, eximindo a Contratada de qualquer transtorno decorrente da inexatidão dessa informação.

Qualquer tolerância não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

O Usuário Titular, por si e pelos Dependentes, autoriza a Contratada a prestar todas as informações cadastrais solicitadas pelos órgãos de fiscalização da assistência à saúde, desde que respeitado o sigilo das informações de saúde.

O beneficiário poderá consultar o Rol de Procedimentos Médicos da ANS em vigor por meio do site www.ans.gov.br, no link legislação.

Para entendimento, interpretação, fins e efeitos do presente Contrato, são adotadas as seguintes definições:

- a) ACIDENTE PESSOAL: evento exclusivo, com data caracterizada diretamente externo, súbito, imprevisível, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico;
- b) AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS: autarquia sob regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde;
- c) ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA: área em que a operadora se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo beneficiário;
- d) ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA: todo atendimento prestado à gestante, em decorrência da gravidez, parto, aborto e suas consequências – cobertura que não está contemplado no presente instrumento jurídico -;
- e) ATENDIMENTO AMBULATORIAL: compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, ou serviços como recuperação pós-anestésica, UTI, CETIN e similares;

- f) **ATENDIMENTO ELETIVO:** todo evento que pode ser realizado em horário pré-estabelecido ou aquele em que o beneficiário pode programar seu atendimento médico, ou seja, que não são considerados de urgência e emergência;
- g) **BENEFICIÁRIO:** pessoa física, titular ou dependente, que possuem direitos e deveres definidos em contrato assinado com a operadora de plano privado de saúde, para garantia da assistência médico-hospitalar e/ou odontológica.
- h) **CARÊNCIA:** prazo ininterrupto, contado a partir do início de vigência do Contrato (ou da adesão do beneficiário, se posterior), durante o qual os beneficiários não têm acesso às coberturas contratadas;
- i) **CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO:** cédula onde se determina a identidade do Usuário, comprovante de sua admissão no plano de saúde, permitindo o acesso aos serviços proporcionados pela contratada;
- j) **CID-10:** Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10ª revisão;
- k) **COBERTURA:** segmentação de plano de saúde que garante a prestação de serviços à saúde que compreende os procedimentos clínicos, cirúrgicos, obstétricos, odontológicos, atendimentos de urgência e emergência determinadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e em contrato.
- l) **COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA:** aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes - DLP declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal por ocasião da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.
- m) **COMPANHEIRO:** pessoa que vive em união estável com outrem, nos moldes do Código Civil Brasileiro;
- n) **DATA DE RENOVAÇÃO DO CONTRATO:** data de aniversário do Contrato;

- o) **DOENÇA OU LESÃO PREEEXISTENTE:** aquela que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde;
- p) **EMERGÊNCIA:** é a situação que implica em risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente;
- q) **EXAME:** é o procedimento complementar solicitado pelo médico, que possibilita uma investigação diagnóstica, para melhor avaliar as condições clínicas do beneficiário.
- r) **ORIENTADOR MÉDICO:** manual de orientação ao beneficiário sobre os procedimentos para utilização das coberturas, que informa a lista dos serviços próprios e credenciados para atendimento;
- s) **ÓRTESE:** acessório usado em atos cirúrgicos e que não substitui parcial ou totalmente nenhum órgão ou membro, podendo, ou não, ser retirado posteriormente;
- t) **PROPOSTA DE ADESÃO:** documento no qual o beneficiário titular informa à Contratada seus dados pessoais e de seus dependentes para fins de inscrição no plano;
- u) **PRÓTESE:** peça artificial empregada em atos cirúrgicos, em substituição parcial ou total de um órgão ou membro, reproduzindo sua forma e/ou sua função;
- v) **URGÊNCIA:** evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional.

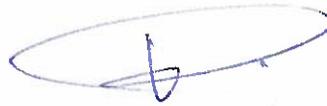
Assessoria
Registra e Controla Contratos
Vestibular

Rodrigo Soares
Coordenador
Operações de Saúde

ELEIÇÃO DO FORO

Para dirimir eventuais questões oriundas deste contrato fica eleito o Foro da Comarca do domicílio da CONTRATANTE.

Araras, 01 de abril de 2023.



Contratada
Associação São Luiz Saúde



Contratante
Camara Municipal de Araras

Mirian Vanessa Pires
Presidente



Rodrigo Soares
Secretário
Camara Municipal de Araras



Regina N. Geromei Corrochel
Vereadora

**ANEXO DE PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS
LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS – LGPD**

PARTES

CONTRATADA: ASSOCIAÇÃO SÃO LUIZ SAÚDE, cadastrada no CNPJ sob n.º 27.067.508/0001-63, com sede e foro jurídico na Cidade, Município e Comarca de Araras-SP, na Rua Coronel André Ulson Junior, n.º 248, CEP: 13.600-690, através de seu representante legal conforme ata de eleição, doravante denominada **contratada**;

CONTRATANTE: CAMARA MUNICIPAL DE ARARAS, com sede na Avenida Zurita, n.º 181-Jardim Belvedere; CEP: 13.601-270, Município de Araras/SP; cadastrada no CNPJ sob n.º 51.324.705/0001-03, através de seu representante legal, doravante denominada **contratante**;

As partes acima identificadas têm, entre si, justas e acertadas o presente Anexo de Proteção de Dados Pessoais referente à Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais – LGPD, o qual passa a fazer parte integrante do contrato assinado entre as partes, que se regerá pelas cláusulas seguintes e pelas condições descritas no presente.

1. DO OBJETO

O objeto do presente é disciplinar a relação entre as partes, estabelecendo seus direitos e obrigações, especialmente contemplar as regras da Lei 13.709.2018, a “Lei Geral de Proteção de Dados (“LGPD)”, de acordo com as disposições deste instrumento, que complementam o aqui disposto.

1.1. Para os fins deste contrato, são considerados:

(A) **"DADOS PESSOAIS"**: qualquer informação relativa a uma pessoa singular identificada ou identificável ("TITULAR ou TITULAR DOS DADOS"); é considerada identificável uma pessoa singular que possa ser identificada, direta ou indiretamente, em especial por referência a um identificador, como por exemplo, um nome, um número de identificação, dados de localização, identificadores por via eletrônica ou a um ou mais elementos específicos da identidade física, fisiológica, genética, mental, econômica, cultural ou social dessa pessoa singular;

(B) **"DADOS PESSOAIS SENSÍVEIS"**: é o dado pessoal que verse sobre origem racial ou étnica, convicção religiosa, opinião política, filiação a sindicato ou organização de caráter religioso, filosófico ou político, dado referente à saúde ou à vida sexual, dado genético, biométrico, quando vinculado a uma pessoa natural. DADOS PESSOAIS e DADOS PESSOAIS SENSÍVEIS serão tratados conjuntamente como "DADOS";

(C) **"TRATAMENTO"**: qualquer operação ou conjunto de operações efetuadas sobre DADOS ou sobre conjuntos de DADOS, por meios automatizados ou não

Rubricas	
CONTROLADORA 1: 	Testemunha 1:
CONTROLADORA 2: 	Testemunha 2:

automatizados, tais como a coleta, o registro, a organização, a estruturação, o armazenamento, a conservação, a adaptação ou alteração, a recuperação, a consulta, a utilização, a avaliação, a classificação, a divulgação por transmissão, difusão ou qualquer outra forma de disponibilização, a comparação ou interconexão, a limitação, a eliminação ou a destruição;

(D) "CONTROLADOR": parte que determina as finalidades e os meios de tratamento de DADOS. No caso do presente contrato, o CONTROLADOR é tanto a **CONTRATADA** quanto a **CONTRATANTE**, doravante designadas, em conjunto, CONTROLADORES;

(E) "OPERADOR": parte que trata DADOS de acordo com as instruções do CONTROLADOR. No caso do presente contrato, o OPERADOR trata-se de terceiro que poderá ser indicado por um dos Controladores, respeitando-se as regras deste Anexo.

(F) "ELIMINAÇÃO": exclusão de dado ou conjunto de DADOS armazenados física ou digitalmente nos CONTROLADORES, independentemente do procedimento empregado.

(G) "ENCARREGADO PELO TRATAMENTO" (DPO): pessoa indicada por cada um dos CONTROLADORES para atuar como canal de comunicação entre o CONTROLADOR, os TITULARES DOS DADOS e a Autoridade Nacional de Proteção de Dados ("ANPD").

1.2. As PARTES declaram e garantem que os TRATAMENTOS de DADOS serão realizados em conformidade com o objeto do Contrato e a sua finalidade, na forma das leis brasileiras em vigor.

1.3. OS CONTROLADORES declaram, por este instrumento, que mantêm políticas de governança em privacidade e proteção de DADOS, com medidas de inibição de utilização indevida, planos de contingenciamento e eventual punição para casos de violações às obrigações legais e aqui estabelecidas, cumprem toda a legislação aplicável sobre privacidade e proteção de dados, inclusive (sempre e quando aplicáveis):

- a Constituição Federal,
- o Código de Defesa do Consumidor,
- o Código Civil,
- o Marco Civil da Internet (Lei Federal n. 12.965/2014) e seu decreto regulamentador (Decreto 8.771/2016),
- a Lei Geral de Proteção de Dados (Lei Federal n. 13.709/2018), e demais normas setoriais ou gerais sobre o tema.

1.4. Na hipótese de qualquer alteração aos termos previstos neste Anexo, as Partes deverão celebrar aditivo contratual, por escrito, formalizando a mudança acordada.

1.4.1 Os CONTROLADORES deverão informar um ao outro sobre o compartilhamento de DADOS com terceiros caso o compartilhamento impacte diretamente na execução do Contrato entre os CONTROLADORES.

Rubricas	
CONTROLADORA 1:	Testemunha 1:
CONTROLADORA 2:	Testemunha 2:

1.5. Durante o armazenamento de DADOS pessoais, os CONTROLADORES respeitarão, no mínimo, os seguintes padrões de segurança, os quais sempre deverão estar sustentados nas melhores tecnologias disponíveis no mercado:

- (a) O estabelecimento de controle restrito sobre o acesso aos DADOS mediante a definição de responsabilidades das pessoas que terão possibilidade de acesso e de privilégios mínimos de acesso exclusivo para determinados responsáveis. Os acessos deverão ser revisados periodicamente;
- (b) O estabelecimento de mecanismos de autenticação de acesso aos registros, usando, por exemplo, sistemas de duplo fator autenticação para assegurar a individualização do responsável pelo tratamento dos registros;
- (c) O estabelecimento de uma política de senha que possua uma padronização de senha forte, com a obrigação de trocas de senhas periodicamente, impedindo a reutilização das senhas anteriores e bloqueio por tentativas sem sucesso;
- (d) Os ambientes onde serão tratados os DADOS deverão ser monitorados por meio de inventário detalhado dos acessos aos registros de conexão e de acesso a aplicações, contendo a data e hora, a duração, a identidade do funcionário ou do responsável pelo acesso designado pela CONTRATADA e o arquivo acessado, inclusive quando tal acesso é feito para cumprimento das obrigações legais ou determinações por parte de autoridades;
- (e) Uso de soluções de gestão dos registros por meio de técnicas que garantam a inviolabilidade dos dados, como encriptação;
- (f) Utilização de meios para proteção dos dados em repouso/armazenado;
- (g) O estabelecimento de mecanismos de descarte seguro dos DADOS, eliminando a possibilidade de restauração. Esse mecanismo deverá registrar as atividades realizadas, a data e o nome completo da pessoa que a realizou;
- (h) Manter um inventário atualizado de todos os DADOS armazenados, processados ou transmitidos pelos sistemas, incluindo aqueles localizados no local ou em um provedor de serviços remoto.

1.6 Os CONTROLADORES deverão manter registro escrito das seguintes informações:

- (a) Registro de todos os papéis e responsabilidades pelo TRATAMENTO de DADOS definidos e atribuídos. Esse registro deverá ser revisado e atualizado periodicamente;
- (b) Registro das transferências internacionais de DADOS a países terceiros, incluindo a informação sobre o país/organização de destino, e no caso das transferências indicadas no artigo 33 da Lei Geral de Proteção de Dados, a documentação que comprove a adequação das garantias necessárias, quando aplicável;
- (c) Registro das transferências a terceiros, incluindo toda a documentação que comprove a adequação das garantias necessárias, quando aplicável;
- (d) Descrição geral das medidas técnicas e organizacionais de segurança que garantam a:
 - i. Pseudoanimação e encriptação dos DADOS;

Rubricas	
CONTROLADORA 1:	Testemunha 1:
CONTROLADORA 2:	Testemunha 2:

- ii. Confidencialidade, disponibilidade, integridade e resiliência nos sistemas de TRATAMENTO de DADOS;
- iii. Capacidade de restaurar a disponibilidade e o acesso aos DADOS de forma rápida em caso de incidente físico ou técnico; e
- iv. Existência de processo de verificação contínua de medidas técnicas e organizacionais relativas à segurança do TRATAMENTO de DADOS.

1.7 Os CONTROLADORES deverão manter sigilo em relação aos DADOS que não forem manifestamente públicos, ao TRATAMENTO dos DADOS PESSOAIS e dos DADOS PESSOAIS SENSÍVEIS, bem como em relação ao resultado do TRATAMENTO em virtude deste contrato, garantindo que todas as pessoas autorizadas a realizarem tais atividades estejam comprometidas ao dever de confidencialidade, de forma expressa e por escrito; e devidamente instruídas e capacitadas para o referido tratamento.

1.8 Sempre que necessário, um CONTROLADOR poderá solicitar o auxílio do outro a realizar avaliações de risco e impacto, bem como a garantir o exercício dos seguintes direitos por parte dos TITULARES:

- (a) Confirmação da existência de TRATAMENTO;
- (b) Acesso aos DADOS;
- (c) Correção de DADOS incompletos, inexatos ou desatualizados;
- (d) Anonimização, bloqueio ou eliminação de DADOS desnecessários, excessivos ou tratados em desconformidade com a lei;
- (e) Portabilidade dos DADOS;
- (f) Eliminação dos DADOS tratados com o consentimento;
- (g) Informação sobre entidades públicas e privadas com as quais foi realizado uso compartilhado de DADOS;
- (h) Informação sobre a possibilidade de não fornecimento do consentimento e sobre as consequências da negativa;
- (i) Revogação do consentimento; e
- (j) Revisão de decisões automatizadas tomadas com base no TRATAMENTO de DADOS.

1.9. Caso algum TITULAR solicite informações de seus direitos descritos na cláusula anterior diretamente em face de qualquer um dos CONTROLADORES e o TRATAMENTO dos DADOS impactar na execução do Contrato entre os CONTROLADORES, deverá a parte requerida comunicar tal fato à outra parte, de forma imediata (e, no limite, no dia útil seguinte).

1.10. Sem prejuízo do disposto nas cláusulas anteriores, o outro Controlador será o único responsável, independentemente da necessidade de comprovação de culpa, por eventual acesso indevido, não autorizado e/ou além dos limites da autorização, a incidente, a perda de DADOS ou qualquer outro prejuízo decorrente do TRATAMENTO de DADOS PESSOAIS ou DADOS PESSOAIS SENSÍVEIS, obrigando-se o outro CONTROLADOR a indenizar as partes prejudicadas e a ressarcir todos os danos a que der causa à Parte prejudicada, aos TITULARES de DADOS ou a terceiros, em qualquer esfera.

Rubricas	
CONTROLADORA 1:	Testemunha 1:
CONTROLADORA 2:	Testemunha 2:

1.10.1. Caso a CONTROLADORA ASSOCIACAO SAO LUIZ SAUDE seja demandada por qualquer pessoa, autoridade ou entidade, pública ou privada, em razão de incidente causado pelo outro CONTROLADOR ou em virtude de descumprimento das obrigações estabelecidas na Lei 13.709/2018 e outras regulamentações pertinentes, fica garantido à CONTROLADORA ASSOCIACAO SAO LUIZ SAUDE o direito de denúncia da lide, ação de regresso e demais medidas necessárias para assegurar os seus direitos.

1.11. Em caso de incidente, como por exemplo, de acesso indevido, não autorizado, de vazamento ou perda de dados, decorrente de TRATAMENTO que seja de responsabilidade da uma das Partes, independentemente do motivo que o tenha ocasionado, deverá o CONTROLADOR responsável pelo referido TRATAMENTO enviar comunicação à outra Parte por escrito, certificando-se do recebimento, imediatamente a partir da ciência do incidente, contendo, no mínimo, as seguintes informações:

- (i) data e hora do incidente;
- (ii) data e hora da ciência pelo CONTROLADOR responsável;
- (iii) relação dos tipos de DADOS afetados pelo incidente;
- (iv) número de TITULARES afetados;
- (v) relação de TITULARES afetados pelo vazamento;
- (vi) dados de contato do ENCARREGADO DE PROTEÇÃO DE DADOS(DPO) ou outra pessoa junto à qual seja possível obter maiores informações sobre o ocorrido;
- (vii) descrição das possíveis consequências e riscos do incidente; e
- (viii) indicação de medidas que estiverem sendo tomadas para reparar o dano e evitar novos incidentes.

1.11.1. Caso o CONTROLADOR responsável não disponha de todas as informações ora elencadas no momento de envio da comunicação, deverá enviá-las de forma gradual, de modo a garantir a maior celeridade possível, sendo certo que a comunicação com o máximo das informações indicadas deve ser enviada no prazo máximo de 48 horas a partir da ciência do incidente, ou outro posteriormente estipulado pela Autoridade Nacional de Proteção de Dados.

1.11.2. Os CONTROLADORES responsabilizam-se integralmente por toda e qualquer informação fornecida ao outro CONTROLADOR em razão do incidente, respondendo, administrativa e judicialmente (civil e criminal) pela inobservância de normas legais, bem como pela inveracidade das informações prestadas observada a cláusula 1.11.

1.11.3. Na ocorrência de incidente, além das obrigações já previstas nesta cláusula, o CONTROLADOR responsável pelo incidente se compromete a prestar toda a colaboração necessária na ocorrência de qualquer investigação ou em qualquer outra hipótese de exercício regular de direitos do outro CONTROLADOR.

1.12. Os CONTROLADORES declaram que manterão, durante toda a execução do contrato, no mínimo os padrões de segurança, de privacidade e de proteção de DADOS informados no momento da contratação, comprometendo-se a enviar

Rubricas	
CONTROLADORA 1:	Testemunha 1:
CONTROLADORA 2:	Testemunha 2:

evidências da manutenção desses padrões quando solicitado pelo outro CONTROLADOR.

1.12.1. Os CONTROLADORES acordam em trocar evidências de que mantém os padrões de proteção à privacidade e de segurança da informação fixados no momento da assinatura do Termo Aditivo, por meio do envio de relatório de análise de impacto de privacidade de dados, sempre que solicitado pelo outro CONTROLADOR.

1.13. O presente contrato não autoriza os CONTROLADORES a contratarem OPERADOR, em todo ou em parte, para o exercício de qualquer atividade de TRATAMENTO de DADOS relacionada ao objeto da contratação, exceto os serviços auxiliares necessários para o normal funcionamento dos serviços dos CONTROLADORES.

(a) Caso haja necessidade de contratar outras empresas, deverá o CONTROLADOR obter a aprovação prévia e expressa do outro CONTROLADOR, indicando os tipos de TRATAMENTOS e DADOS afetados pela contratação.

(b) Para todos os efeitos, o terceiro contratado será considerado OPERADOR, estando obrigada a, no mínimo, cumprir as obrigações estabelecidas no presente contrato. Cabe ao CONTROLADOR que o contratou garantir que o terceiro contratado estará sujeito às mesmas obrigações deste contrato, sendo inclusive, responsável pelas atividades de TRATAMENTO de DADOS exercidas pelo terceiro contratado.

1.14. Ao término da relação entre as partes, quando um dos CONTROLADORES assim solicitar ao outro e/ou mediante eventual solicitação do TITULAR, deverão os CONTROLADORES eliminar, corrigir, anonimizar e/ou bloquear o acesso aos DADOS, em caráter definitivo ou não, que tiverem sido tratados em decorrência do contrato, estendendo-se a eventuais cópias, salvo mediante instrução diversa do outro CONTROLADOR ou em virtude de uma base legal que permita a manutenção desses DADOS.

1.14.1 O CONTROLADOR solicitado deverá comprovar ao outro que realizou a solicitação no prazo indicado pelo CONTROLADOR solicitante ou da regulamentação, o que for menor.

1.14.2 Caso um CONTROLADOR mantenha os DADOS após o término da relação entre as Partes, será o único responsável por eventual incidente.

1.14.3 O outro CONTROLADOR deverá eliminar os DADOS no prazo de até 30 (trinta) dias, contados do término da relação entre as Partes, apresentando, ao São Luiz Saúde a comprovação de que tal eliminação foi devidamente realizada.

1.15. Em caso de descumprimento de qualquer obrigação prevista nesta seção "DA PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS", o CONTROLADOR responsável por tal descumprimento deverá saná-lo no prazo de 15 dias contados da comunicação pelo outro CONTROLADOR, sendo que, na hipótese do contrato, da lei ou da regulamentação pertinente prever prazo menor para tal ajuste, prevalecerá o menor prazo.

Rubricas	
CONTROLADORA 1:	Testemunha 1:
CONTROLADORA 2:	Testemunha 2:

1.15.1. Fica estabelecido que o descumprimento de qualquer uma das disposições deste aditivo será considerado uma violação material do respectivo contrato, autorizando a sua rescisão motivada e garantindo seu direito de regresso de eventuais perdas e danos decorrentes do descumprimento.

2. RATIFICAÇÃO DO CONTRATO ORIGINÁRIO

2.1. Permanecem em vigor e integralmente ratificadas todas as demais cláusulas e condições do Contrato, não expressamente alteradas pelo presente instrumento.

E por estarem as partes assim, justas e contratadas, assinam o presente instrumento, em 02 (duas) vias de igual teor.

Araras, 01 de abril de 2023.



ASSOCIAÇÃO SÃO LUIZ SAÚDE
CONTRATADA



CAMARA MUNICIPAL DE ARARAS

Mirian Vanessa Pires
Presidente

Rubricas	
CONTROLADORA 1:	Testemunha 1:
CONTROLADORA 2:	Testemunha 2:



John Adams 1791
President