

PRODUTO MAX 200

AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA

SUMÁRIO

CLÁUSULA	ASSUNTO	PAGINA
1	DA QUALIFICAÇÃO DA CONTRATADA /CONTRATANTE	3
2	DAS CARACTERÍSTICAS DO PRODUTO	3
3	OBJETO DO CONTRATO	3
4	NATUREZA JURIDICA	4
5	DEFINIÇÕES	4
6	CONDIÇÕES DE ADMISSÃO	8
7	AVALIAÇÃO MÉDICA	10
8	COMPROVAÇÃO DE VÍNCULO DOS BENEFICIÁRIOS COM A CONTRATANTE	10
9	DAS COBERTURA CONTRATUAIS	11
10	DAS EXCLUSÕES DE COBERTURA	17
11	DURAÇÃO E RESCISÃO CONTRATUAL	19
12	PERÍODOS DE CARÊNCIA	19
13	DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES	22
14	URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	24
15	REEMBOLSO	25
16	LIMITES FINANCEIROS DE REEMBOLSO	26
17	SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO	27
18	MECANISMO DE REGULAÇÃO	30
19	AUTORIZAÇÃO PRÉVIA DA OPERADORA	31
20	JUNTA MEDICA	32
21	PADRÃO DE ACOMODAÇÃO	33
22	DURAÇÃO DO CONTRATO VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO	33
23	FORMAÇÃO DE PREÇO	33
24	REAJUSTE DE MENSALIDADE	35
25	REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS	39
26	CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO	43
27	RESCISÃO DO CONTRATO	43
28	DISPOSIÇÕES GERAIS	44
29	DECLARAÇÃO	47
30	DO FORO	48

INSTRUMENTO DE CONTRATO DE DESPESAS COM ASSISTÊNCIA À SAÚDE, QUE ENTRE SI FAZEM DE UM LADO, PESSOAL SAÚDE PLANOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA (CONTRATADA) e, de outro lado, a Pessoa Jurídica qualificada (CONTRATANTE) em Proposta de Adesão da Pessoal Saúde.

CARACTERÍSTICAS GERAIS DO CONTRATO

1. DA QUALIFICAÇÃO DA CONTRATADA

PESSOAL SAÚDE PLANOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob Nº 17.146.846/0001-37, com sede, Rua José. Versolato, Nº 101 - 4º andar, bloco A, sala 42 - CEP 09750-730, Centro – São Bernardo do Campo, São Paulo, devidamente registrada junto a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) sob o Nº 31.023-9, **NA MODALIDADE MEDICINA DE GRUPO**, representada na forma de seus atos constitutivos, doravante denominada simplesmente **PESSOAL SAÚDE**.

E, do outro lado, CONTRATANTE – QUALIFICADA EM NOSSA PROPOSTA DE ADESÃO – ANEXO I

2. DAS CARACTERÍSTICAS DO PRODUTO

2.1. Este produto pode ser comercializado para empresas com CNPJ ativo – e MEI conforme legislação vigente.

2.1.1. PESSOAL MAX 200 -- registro na **ANS nº 488.025/21-1**

Tipo de contratação: Coletivo Empresarial

Segmentação: Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia

Acomodação Hospitalar – Enfermaria

2.1.2. Grupo de Municípios, com a seguinte área, Mauá, Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul, Ribeirão Pires e São Paulo Capital

3. OBJETO

3.1. Este Contrato tem por objeto a cobertura de custos assistenciais, por prazo indeterminado, sem limite financeiro, na forma de Plano Privado de Assistência à Saúde, conforme previsto no artigo 1º, inciso I, da Lei nº 9.656/98, visando a Assistência Médica e Hospitalar.

3.2. A cobertura contratual compreende partos e tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, bem como os procedimentos expressamente previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS conforme normativo vigente na época do evento. O presente contrato tem por objeto a prestação continuada de serviços, por intermédio de rede própria/fidelizada e credenciada da PESSOAL SAÚDE, na forma de plano privado de assistência à saúde, prevista no inciso I do art. 1º da Lei nº 9.656, **VISANDO EXCLUSIVAMENTE À COBERTURA DOS PROCEDIMENTOS ESPECÍFICOS DA SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL PESSOAL SAÚDE (AMBULATORIAL e HOSPITALAR**

COM OBSTETRÍCIA), de acordo com o rol editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no tratamento das doenças codificadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, 10ª Revisão - CID 10, da Organização Mundial de Saúde, aos usuários regularmente inscritos, na forma e condições deste instrumento.

- 3.3. A assistência ora pactuada visa, além da recuperação e manutenção da saúde, também à prevenção da doença, observando-se a legislação vigente e os termos deste instrumento, em especial, as coberturas da PESSOAL SAÚDE.

4. NATUREZA JURÍDICA

- 4.1. Este instrumento tem as características de contrato bilateral de adesão, gerando direitos e obrigações para ambas as partes, aplicam-se, igualmente, as normas estatuídas na Lei 9656/98 e, na forma do Código Civil Brasileiro (Lei nº 10.406), estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor (Lei nº 8.078), de forma subsidiária.
- 4.2. O presente também tem característica de contrato aleatório, regulado pelos artigos 458 a 461 do Código Civil. assim, a prestação da assistência objeto deste contrato pode vir ou não a acontecer (acontecimentos incertos), mas se mantêm, de qualquer forma, a obrigação de pagamento integral da contraprestação.

5. DEFINIÇÕES

- 5.1. Para os efeitos deste Contrato, os termos abaixo têm as seguintes definições:
- 5.2. **Acidente Pessoal** - é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física, que, por si só, e independentemente de toda e qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médio.
- 5.3. **Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)** – é a autarquia sob regime especial vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo território nacional, como entidade de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem a saúde suplementar.
- 5.4. **Área Geográfica de Abrangência da Cobertura Contratual** – é a área geográfica de abrangência em que a Operadora se obriga a garantir todas as coberturas de assistência à saúde objeto deste Contrato.
- 5.5. **Área de Atuação** – é a relação de, conforme o caso, estados ou municípios incluídos na Área Geográfica de Abrangência da Cobertura Contratual, ressaltando-se que no caso de abrangência Nacional estão incluídos todos os municípios brasileiros.
- 5.6. **Beneficiário** - é todo proponente, titular ou dependente, efetivamente incluído no Contrato.
- 5.7. **Beneficiário Titular** - é aquele que mantém vínculo jurídico concreto com a Contratante e vínculo contratual com a Operadora e que, efetivamente incluído no Contrato, se

responsabiliza, solidariamente com a Contratante, pelo pagamento das Mensalidades e pelas declarações constantes da Ficha de Inscrição Cadastral - FIC.

- 5.8. Carência** - é o período de tempo ininterrupto a ser cumprido pelo Beneficiário para adquirir o direito de utilização de determinadas coberturas, contado a partir da data de sua inclusão no Contrato.
- 5.9. Contratante** - é a pessoa jurídica, legalmente constituída, que contrata o Plano de Assistência à Saúde com a Operadora, em favor dos Beneficiários com os quais mantém vínculo jurídico concreto, e, havendo ou não participação dos Beneficiários no custeio das Mensalidades, se responsabiliza pelo pagamento integral dessas Mensalidades à Operadora.
- 5.10.** Contratante fica investida de plenos poderes de representação do Beneficiário perante a Operadora, devendo ser encaminhados à mesma todos os avisos e/ou comunicações inerentes ao Contrato, inclusive alterações de limites de coberturas, bem como inclusão e exclusão de Beneficiários.
- 5.11. Coparticipação** – é o montante, definido contratualmente, que a Contratante deve pagar, como participação na despesa assistencial, diretamente à Operadora, após a realização do procedimento.
- 5.12. Declaração de Saúde** – é o formulário, anexo e parte integrante da Ficha de Inscrição Cadastral, a ser preenchido, de próprio punho, e assinado pelo Beneficiário Titular, em seu nome e de seus dependentes.
- 5.13. Despesas Cobertas (Coberturas e Procedimentos Garantidos)** - são as despesas decorrentes de procedimentos, serviços e eventos, cuja cobertura é garantida pela Operadora, de acordo com o estabelecido neste Contrato.
- 5.14. Despesas não cobertas (Exclusões de Cobertura)** - são as despesas decorrentes de procedimentos, serviços e eventos, cuja cobertura é excluída do Plano de Assistência à Saúde, de acordo com o estabelecido neste Contrato.
- 5.15. Doença** - é o processo mórbido definido, tendo um conjunto de sintomas e sinais, que requer tratamento médico e/ou internação hospitalar e não se enquadra na definição de Acidente Pessoal.
- 5.16. Doença Aguda** – é a falta ou perturbação da saúde, de característica grave e de curta duração, sendo reversível com o tratamento.
- 5.17. Doença Crônica** - é aquela que atingiu estado mórbido irreversível (exemplos: insuficiência grave de órgãos vitais - coração, rins, fígado etc. câncer em fase avançada; diabetes em estado avançado).
- 5.18. Doença, Lesão e/ou Deformidade Congênita** – trata-se de anormalidade desenvolvida durante a vida intrauterina, com as quais a pessoa já nasce.

- 5.19. Doença ou Lesão Preexistente** - é aquela cuja origem ou causa tenha ocorrido antes do início da cobertura individual, sendo, contudo, considerada para efeitos deste Contrato, apenas quando o Beneficiário, ou seu responsável, saiba ser portador ou sofredor da mesma na época de sua inclusão no Contrato.
- 5.20. Doença Profissional** – é aquela adquirida em consequência do trabalho.
- 5.21. Emergência e Urgência**
- 5.22. Emergência** - situação médica que implica risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, requerendo atendimento médico imediato.
- 5.23. Urgência** - situação médica, resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional, com necessidade de atendimento médico imediato, podendo haver, ou não, porém, o caráter de morte iminente, como nas situações de emergência.
- 5.24. Evento** - é o conjunto de ocorrências e/ou serviços de assistência médica e/ou hospitalar, que tenham por origem ou causa o mesmo dano involuntário à saúde do Beneficiário, em decorrência de acidente pessoal ou doença.
- 5.25.** O evento se inicia com a comprovação médica da ocorrência e termina com a alta médica ou com o óbito do Beneficiário.
- 5.26. Ficha de Inscrição Cadastral** - é o documento que contém os dados e informações pessoais do Beneficiário Titular e de seus dependentes, preenchido e assinado em seu nome e de seus dependentes, apresentado à Operadora para análise do risco a ser assumido.
- 5.27. Franquia** - é o montante, definido contratualmente, até o qual o Beneficiário é responsável pelo custo do atendimento médico e/ou hospitalar, devendo ser pago diretamente ao prestador credenciado ou referenciado utilizado, por não ser referido pagamento de responsabilidade da Operadora, não se aplicando para efeitos deste Contrato.
- 5.28. Grupo de Beneficiários** - é, em qualquer época, o conjunto de componentes do Grupo Elegível, efetivamente incluídos no Contrato, cuja cobertura esteja em vigor.
- 5.29. Grupo Elegível** - é o conjunto de pessoas, devidamente caracterizado pelo vínculo jurídico concreto à Contratante, homogêneo em relação a uma ou mais características objetivas, devendo a vinculação ter caráter empregatício ou estatutário
- 5.30. Inclusão de Beneficiário** – é o processo pelo qual o Proponente, titular ou dependente, é admitido pela Operadora, passando à condição de Beneficiário.
- 5.31. Internações Hospitalares Cirúrgicas** - são aquelas decorrentes de Eventos que exigem ato cirúrgico.

- 5.32. Internações Hospitalares Clínicas** - são aquelas decorrentes de Eventos que, por sua gravidade ou complexidade, exigem internação hospitalar, sem, contudo, exigir ato cirúrgico.
- 5.33. Internações Hospitalares Eletivas e Procedimentos Eletivos** - são os casos que não se caracterizam como Emergência ou Urgência.
- 5.34. Leitos de Alta Tecnologia** – são consideradas como leitos de alta tecnologia as unidades de terapia intensiva, de qualquer tipo, assim consideradas aquelas que, em conformidade com o disposto na Súmula Normativa nº 2, da Diretoria Colegiada da ANS, apresentem as características definidas na Portaria GM nº 3.432, de 12/08/1998, do Ministério da Saúde.
- 5.35. Limitações de Cobertura** - são as quantidades máximas de dias ou de serviços, de responsabilidade da Operadora para fins de cobertura, previstas neste Contrato, em conformidade com a legislação vigente, sendo certo que os limites contratualmente previstos serão automaticamente reintegrados no aniversário de inclusão do Beneficiário no Contrato, sem efeito cumulativo de ano para ano nem compensação dentro do grupo familiar.
- 5.36. Mensalidade** - é a quantia, em moeda corrente, devida, mensal e antecipadamente, pela Contratante à Operadora.
- 5.37. Órtese** – acessório usado em atos cirúrgicos e que não substitui, parcial ou totalmente, nenhum órgão ou membro, podendo, ou não, ser retirado posteriormente.
- 5.38. Plano Contratado** - é o nível de cobertura, oferecido na forma deste Contrato, mediante o pagamento da Mensalidade específica, para o qual o Beneficiário Titular tenha sido indicado pela Contratante.
- 5.39. Tipo de Contratação:** Coletivo Empresarial.
- 5.40. Tipo de Segmentação Assistencial** - Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia.
- 5.41. Área Geográfica de Abrangência:** Grupo de Municípios.
- 5.42. Procedimentos de Alta Complexidade** – para efeitos deste Contrato, são entendidos como de alta complexidade os exames/procedimentos como tal indicados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS conforme normativo vigente à época do evento, de acordo com a segmentação assistencial do Plano Contratado.
- 5.43. Proponente** - é o componente do Grupo Elegível, cuja inclusão no Contrato seja solicitada pela Contratante e que passará à condição de Beneficiário tão logo sua inclusão seja efetivada pela Operadora.
- 5.44. Prótese** – peça artificial empregada em atos cirúrgicos, em substituição, parcial ou total, de um órgão ou membro, reproduzindo sua forma e/ou sua função.

- 5.45. Rede Credenciada** – é o conjunto de prestadores de serviços médicos e hospitalares (hospitais, centros médicos, clínicas, serviços de diagnóstico e de terapia etc.), composto por pessoas físicas e jurídicas legalmente habilitadas para a prestação de assistência médica e/ou hospitalar, PESSOAL SAÚDE pela Operadora.
- 5.46. Rede Própria** – é o conjunto de recursos e/ou serviços médicos e hospitalares (hospitais, centros médicos, serviços de diagnóstico e de terapia etc.) de propriedade da Operadora, onde o atendimento médico ao Beneficiário é prioritariamente prestado.
- 5.47. Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS** – é a listagem de consultas, exames, cirurgias e demais procedimentos e eventos em saúde, que um plano de saúde deve oferecer, constituindo-se, assim, na referência básica de cobertura obrigatória, de acordo com a segmentação assistencial do plano contratado. O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS contém, ainda, os Procedimentos de Alta Complexidade (PAC) e as Diretrizes de Utilização (DUT), podendo ser consultado no site <http://www.ans.gov.br>.

6. CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

- 6.1.** Plano privado de assistência à saúde **COLETIVO EMPRESARIAL** é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à **CONTRATANTE** por relação empregatícia ou estatutária.
- 6.2. Poderão se inscrever no Plano, nas seguintes categorias:** Na Qualidade de **Beneficiário Titular** (respeitado o disposto no art. 5º da RN nº 195/09 da ANS e suas alterações):
- 6.2.1.** Pessoas naturais que mantiverem vínculo empregatício ou estatutário com a **CONTRATANTE**.
- 6.3. Toda inclusão de BENEFICIÁRIO TITULAR pela CONTRATANTE, deverá OBRIGATORIAMENTE estar acompanhada dos seguintes documentos:**
- A. Proposta de Adesão preenchida devendo constar obrigatoriamente o nome da mãe.
 - B. Declaração de Saúde.
 - C. Cópia de CPF, RG e ou CNH.
 - D. Cópia de comprovante de Residência
 - E. Cartão do SUS.
 - F. Certidão de Casamento ou declaração de União Estável, com reconhecimento de firma do Beneficiário (a) Titular e Companheiro (a), assinado por duas testemunhas.
- 6.4. Na Qualidade de Beneficiários Dependentes:**
Pessoas naturais com grau de parentesco ou afinidade e dependência econômica em relação ao Beneficiário Titular:
- 6.4.1.** O cônjuge, mediante entrega à PESSOAL SAÚDE de cópia da certidão de casamento;
- 6.4.2.** O companheiro, havendo união estável, na forma da lei, sem eventual concorrência com o

cônjuge, mediante entrega à **PESSOAL SAÚDE** de cópia de declaração lavrada em cartório ou de certidão expedida pela Vara de Família da comarca competente;

- 6.4.3.** Os filhos, adotivos ou não, solteiros e menores de 18 (dezoito) anos incompletos, mediante entrega à **PESSOAL SAÚDE** de cópia da certidão de nascimento ou de adoção, ou até 24 (vinte e quatro) anos incompletos, se estudante em curso superior registrado no MEC – Ministério da Educação, mediante comprovação anual ou semestral, conforme validade do documento;
- 6.4.4.** Enteados, solteiros e menores de 18 (dezoito) anos incompletos, mediante entrega à **PESSOAL SAÚDE** de cópia da certidão de guarda ou tutela expedida pela Vara da Família da comarca competente ou Juizado da Infância e Juventude.
- 6.4.5.** O menor que, por determinação judicial, se ache sob a guarda e responsabilidade do Beneficiário Titular ou sob sua tutela, mediante entrega à **PESSOAL SAÚDE** de cópia da decisão judicial de guarda ou tutela;
- 6.4.6.** Os filhos, adotivos ou não, e enteados, comprovadamente inválidos, mediante entrega à **PESSOAL SAÚDE** de atestado de invalidez emitido pelo INSS e documentos das alíneas c e d.
- 6.5. A Adesão dos Beneficiários Dependentes fica condicionada à participação do Titular.**
- 6.6. OBRIGATORIAMENTE**, obedecendo o artigo 20 da lei 9656/98 e do artigo 16 da Resolução Normativa 295/2012 da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no momento da Contratação do Beneficiário (a) independente da idade, deverá fornecer o número de cadastro de pessoas físicas CPF/MF.
- 6.7.** Por ser requisito essencial para contratação disposto no item 7.3. deste contrato, em nenhuma hipótese serão aceitos a inclusão de BENEFICIÁRIO (a) sem o devido cadastro de pessoa físicas (CPF/MF).
- 6.8.** A falta do número do CPF/MF ou a recusa do BENEFICIÁRIO (a) de fornecer, acarretará a imediata exclusão do Beneficiário Titular e seus dependentes que houver no presente contrato.
- 6.9. Toda inclusão de DEPENDENTES efetuada pela CONTRATANTE, deverá OBRIGATORIAMENTE estar acompanhada dos seguintes documentos:**
- A. Proposta de Adesão preenchida devendo constar obrigatoriamente o nome da mãe.
 - B. Declaração de Saúde.
 - C. Cópia de CPF, RG e ou CNH
 - D. Cópia de comprovante de Residência
 - E. Cartão do SUS
 - F. Certidão de Casamento ou declaração de União Estável, com reconhecimento de firma do Beneficiário (a) Titular e Companheiro (a), assinado por duas testemunhas.

- 6.10.** Caso as exclusões de Beneficiários titulares e/ou dependentes, independente de motivo, reduza a massa de Beneficiários do plano a menos que o mínimo exigido de 90% (NOVENTA por cento), ou ainda, o número de inclusões não atinja o mínimo exigido no período especificado nas CARACTERÍSTICAS GERAIS, observar-se-á o disposto na Cláusula de Rescisão deste instrumento.
- 6.11.** No ato da contratação e das inclusões posteriores, o Beneficiário Titular preencherá o Formulário de Declaração de Saúde, quando for o caso, obrigando-se a informar a condição sabida de doenças ou lesões preexistentes, sua e de seus Dependentes, quando receberá a Carta de Orientação ao Beneficiário.
- 6.12. É assegurada a inclusão:**
- 6.12.1.** do recém-nascido, filho natural ou adotivo do Beneficiário, isento do cumprimento dos períodos de carência já cumpridos pelo Beneficiário e não cabendo qualquer alegação de doença ou lesão preexistente, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o nascimento ou adoção do filho adotivo, menor de 12 (doze) anos, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo Beneficiário Titular adotante e não cabendo qualquer alegação de doença ou lesão preexistente, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a adoção.
- 6.13.** A inclusão fica vinculada à verificação das condições de elegibilidade do Dependente estabelecidas no presente Contrato.
- 6.14.** Ultrapassado o prazo previsto no item antecedente, será obrigatório o cumprimento integral dos respectivos prazos de carência e exigência de Cobertura Parcial Temporária, nos casos de Doenças e Lesões Preexistentes.

7. AVALIAÇÃO MÉDICA

- 7.1.** Fica ressalvado que, para melhor acompanhamento, dos beneficiários vinculados ao contrato, poderão passar por avaliação médica a critério da PESSOAL SAÚDE, nos casos de recusa do BENEFICIÁRIO (a) a CONTRATANTE poderá proceder a exclusão do contrato até sua regularização.

8. COMPROVAÇÃO DE VÍNCULO DOS BENEFICIÁRIOS COM A CONTRATANTE

- 8.1.** É assegurada a PESSOAL SAÚDE o direito de exigir da CONTRATANTE a qualquer tempo, documentação que comprove a título arguido para inscrição do BENEFICIÁRIO, como vínculo empregatício, associativo, contratual ou societário, de dependência econômica, faixa etária e todos os demais assim como os dados necessários por exigência da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.
- 8.2.** O não fornecimento das informações do Item 7.1 no prazo de 5 (cinco) dias a contar da data da solicitação da mesma, **isentar a PESSOAL SAÚDE das obrigações assistenciais** objeto deste contrato, cabendo ao CONTRATANTE as responsabilidades decorrentes,

inclusive de ordem financeira, por todo e qualquer tratamento prestado, bem como causando exclusão dos mesmos do contrato, por falta de comprovação da qualidade de BENEFICIÁRIO cadastrado.

9. DAS COBERTURAS CONTRATUAIS

9.1. A cobertura ambulatorial compreende:

Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas), inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM. **Não são consideradas especialidades médicas as áreas de atuação reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM;**

9.1.1. Medicamentos registrados/regularizados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, **exclusivamente quando administrados em unidade de saúde e solicitados pelo médico assistente;**

9.1.2. Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, ou cirurgião-dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, para o segmento ambulatorial e observados os critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes à época do evento, quando for o caso;

9.1.3. Consultas / sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo e fisioterapeuta solicitadas pelo médico assistente, de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e observando os critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes à época do evento, quando for o caso;

9.1.4. Consultas / sessões de psicoterapia, de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e observando os critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes à época do evento, que poderão ser realizadas tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme solicitação e indicação do médico assistente;

9.1.5. Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, solicitados pelo médico assistente, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta;

9.1.6. Hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;

9.1.7. Quimioterapia oncológica ambulatorial: baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes (medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de

forma sinérgica ao tratamento), conforme prescrição do médico assistente, que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro do estabelecimento de Unidades de Saúde;

9.1.8. Medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, desde que preenchidas as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento;

9.1.9. Procedimentos de radioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para a segmentação ambulatorial;

9.1.10. Procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais: aqueles que prescindem de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para a segmentação ambulatorial;

9.1.11. Hemoterapia ambulatorial;

9.1.12. Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais, denominada cirurgia refrativa (PRK ou Lasik), para pacientes com mais de 18 (dezoito) anos e grau estável há pelo menos 01 (um) ano, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios: (i) miopia moderada e grave, de graus entre - 5,0 a – 10,0DE, com ou sem astigmatismo associado com grau até –4,0DC com a refração medida através de cilindro negativo; (ii) hipermetropia até grau 6,0DE, com ou sem astigmatismo associado com grau até 4,0 DC, com a refração medida através de cilindro negativo.

9.2. A cobertura hospitalar com obstetrícia compreende:

9.2.1. Internações hospitalares de todas as modalidades, em número ilimitado de dias, solicitados pelo médico assistente;

9.2.2. Despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem, **exceto em caráter particular**, e alimentação;

9.2.3. Atendimento por outros profissionais de saúde, durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico ou cirurgião dentista assistente, obedecidos os seguintes critérios:

9.2.3.1. O atendimento deverá ocorrer dentro do escopo de atuação dos profissionais de saúde indicados e em conformidade com a legislação específica sobre as profissões de saúde e a regulamentação dos respectivos Conselhos Profissionais;

9.2.3.2. No caso de ser necessária a realização de procedimentos, estes deverão constar do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, respeitando-se a segmentação hospitalar;

- 9.2.3.3.** Exames complementares previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, indispensáveis para o controle da evolução do quadro clínico do beneficiário 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;
- 9.2.3.4.** Remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, **dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no Contrato, em território brasileiro;**
- 9.2.3.5.** Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do Beneficiário menor de 18 anos, Beneficiário com idade igual ou superior a 60 anos ou Beneficiário portador de necessidades especiais, **salvo contra indicação do médico ou cirurgião dentista assistente ou no caso de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares;**
- 9.2.3.6.** *Órteses e próteses, registradas na ANVISA, ligadas aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento;*
- 9.2.3.7.** Cabe ao médico ou cirurgião dentista assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais – OPME necessários à **execução dos procedimentos contidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS;**
- 9.2.3.8.** O profissional solicitante deverá justificar clinicamente a sua indicação, quando solicitado, e oferecer pelo menos 03 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas, ficando a escolha a critério da PESSOAL SAÚDE;
- 9.2.3.9.** Em caso de divergência entre o profissional requisitante e a PESSOAL SAÚDE, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com as despesas arcadas pela PESSOAL SAÚDE;
- 9.2.3.10.** O profissional requisitante pode recusar até 03 (três) nomes indicados pela PESSOAL SAÚDE para composição da junta médica;
- 9.2.3.11.** Procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS para a segmentação hospitalar, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar;
- 9.2.3.12.** Estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, com equipe de saúde necessária à complexidade do caso, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de

internação hospitalar;

- 9.2.3.13.** O imperativo clínico caracteriza-se pelos atos que se impõem em função das necessidades do beneficiário, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção, observadas as seguintes regras:
- 9.2.3.14.** O cirurgião-dentista assistente e/ou o médico assistente irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao beneficiário, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados;
- 9.2.3.15.** Os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que, nas situações de imperativo clínico, necessitem ser realizados em ambiente hospitalar, não estão incluídos na cobertura hospitalar.
- 9.2.3.16.** Procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:
- A. Hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
 - B. Quimioterapia oncológica ambulatorial;
 - C. Medicamentos para tratamento antineoplásico domiciliar de uso oral, desde que preenchidas as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento;
 - D. Radioterapia: todos os procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento para as segmentações ambulatorial e hospitalar;
 - E. Hemoterapia;
 - F. Nutrição parenteral ou enteral;
 - G. Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
 - H. Embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
 - I. Radiologia intervencionista;
 - J. Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
 - K. Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme solicitação e indicação do médico assistente.

- 9.3.** 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;
- 9.4.** Cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- 9.5.** Transplantes, desde que listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, e procedimentos a ele vinculados, respeitadas as Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes à época do evento, incluindo as despesas necessárias à sua realização, no que couber:
- 9.5.1.** despesas assistenciais com doadores vivos, as quais estão sob expensas da operadora de planos privados de assistência à saúde do beneficiário receptor;
- 9.5.2.** medicamentos utilizados durante a internação;
- 9.5.3.** acompanhamento clínico em todo o período pós-operatório, que compreende não só o pós-operatório imediato (primeiras 24 horas da realização da cirurgia), mediato (entre 24 horas e 48 horas da realização da cirurgia), mas também o pós-operatório tardio (a partir de 48 horas da realização da cirurgia), exceto medicamentos de manutenção;
- 9.5.4.** despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.
- 9.6.** Os procedimentos de transplante, no âmbito da prestação de serviços de saúde suplementar, estarão submetidos à legislação específica vigente;
- 9.7.** Beneficiário candidato a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica deverá, obrigatoriamente, estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs e sujeitar-se-á ao critério de fila única de espera e de seleção;
- 9.8.** As entidades privadas e equipes especializadas deverão observar o regulamento técnico – legislação vigente do Ministério da Saúde – que dispõe sobre a forma de autorização e cadastro junto ao Sistema Nacional de Transplante – SNT;
- 9.9.** São competências privativas das CNCDOs, dentro das funções de gerenciamento que lhes são atribuídas pela legislação em vigor: determinar o encaminhamento de equipe especializada e providenciar o transporte de tecidos e órgãos ao estabelecimento de saúde autorizado em que se encontre o receptor.
- 9.10.** Procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto e puerpério;
- 9.11.** Acomodação, alimentação e paramentação, conforme legislação vigente e limitadas àquelas

fornecidas pelo hospital, relativas a um acompanhante indicado pela mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato (nos termos da regulamentação vigente), salvo intercorrências, a critério do médico e/ou da equipe do hospital ou no caso de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares;

9.12. Assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do Beneficiário, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, desde que o Beneficiário (pai ou mãe do recém-nascido) tenha cumprido carência de 180 (cento e oitenta) dias.

9.13. Na atenção prestada aos portadores de transtornos mentais serão observados:

O atendimento ambulatorial e em consultórios será priorizado, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico quando houver indicação do médico assistente;

9.13.1. Haverá cobertura para os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto infligidas;

9.13.2. Haverá cobertura de hospital-dia para transtornos mentais, de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes na data do evento;

9.13.3. Entende-se hospital-dia para transtornos mentais como o recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional, e proporcionando ao beneficiário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar.

9.13.4. Nos casos de internação decorrente de transtornos psiquiátricos, haverá coparticipação de 50% (cinquenta por cento), incidentes sob o valor dos serviços utilizados, observados os tetos dos normativos editados pela ANS vigentes à época da contratação, quando ultrapassados 30 (trinta) dias de internação, contínuos ou não, no transcorrer de 01 (um) ano de Contrato.

9.14. O presente Contrato garante, ainda:

9.14.1. Atendimentos nos casos de planejamento familiar, de que trata o inciso III do artigo 35-C da Lei 9.656/1998, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, observadas, ainda, as Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes na data do evento;

9.14.2. Eventos e procedimentos relacionados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor na data do evento que necessitem de anestesia com ou sem a participação de profissional médico anestesista, caso haja indicação clínica;

9.14.3. Insumos necessários para realização de procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor na data do evento, assim como a equipe cirúrgica necessária para a realização de procedimentos cirúrgicos, caso haja indicação clínica;

- 9.14.4.** Taxas, materiais, contrastes e medicamentos, necessários para a execução de procedimentos e eventos em saúde previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor na data do evento, desde que estejam regularizados e registrados e suas indicações constem da bula/manual junto a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA;
- 9.14.5.** Procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuro navegação ou outro sistema de navegação, escopias e técnicas minimamente invasivas, quando assim especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;
- 9.14.6.** Remoção e/ou retirada de órteses, próteses ou outros materiais cuja colocação, inserção e/ou fixação esteja contemplada no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento.

10.DAS EXCLUSÕES DE COBERTURA

- 10.1.** Em conformidade com o que prevê a Lei nº 9.656/1998, as Resoluções posteriores, e respeitando-se as coberturas mínimas obrigatórias previstas na citada Lei e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, estão excluídos da cobertura do Plano os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não descritos expressamente neste Contrato e os provenientes de:
- 10.1.1.** Procedimentos assistenciais que exijam autorização prévia, realizados à revelia da PESSOAL SAÚDE sem atendimento às condições previstas neste Contrato;
- 10.1.2.** Atendimentos prestados antes do início da vigência contratual ou do cumprimento das carências, respeitadas as demais condições contratuais;
- 10.1.3.** Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, ou seja, aqueles que empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país, bem como, aqueles que são considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina – CFM, e, ainda, aqueles cujas indicações não constem da bula/manual registrada na ANVISA (uso off-label);
- 10.1.3.1.** Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, ou seja, aqueles que não visam restauração parcial ou total da função de órgão ou de parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;
- 10.1.3.2.** Inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de ovócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de ovócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;

- 10.1.3.3.** Cirurgia plástica estética de qualquer natureza;
- 10.1.3.4.** Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- 10.1.3.5.** Transplantes, à exceção dos transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;
- 10.1.3.6.** Despesas com assistência odontológica de qualquer natureza (diagnóstica, clínica ou cirúrgica), inclusive relacionadas com acidentes, exceto cirurgias buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar;
- 10.1.3.7.** Honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista quando, por imperativo clínico, for necessária estrutura hospitalar para a realização de procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para a segmentação odontológica;
- 10.1.3.8.** Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, ou seja, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA;
- 10.1.3.9.** Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ou seja, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, com exceção dos medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar e dos medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento;
- 10.1.3.10.** Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico, conforme os seguintes conceitos: prótese como qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido e órtese como qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico os materiais cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico;
- 10.1.3.11.** Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- 10.1.3.12.** Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- 10.1.3.13.** Aplicação de vacinas preventivas e hipossensibilizantes;
- 10.1.3.14.** Serviços de enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar;

- 10.1.3.15.** Procedimentos não discriminados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;
- 10.1.3.16.** Aparelhos ortopédicos, com exceção dos inerentes e ligados ao ato cirúrgico;
- 10.1.3.17.** Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
- 10.1.3.18.** Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência do plano, bem como despesas decorrentes de serviços prestados por médicos não credenciados ao plano contratado, à exceção dos atendimentos de urgência ou de emergência, que poderão ser efetuados por médicos não credenciados e posteriormente reembolsados, nos limites e termos deste Contrato;
- 10.1.3.19.** Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do Beneficiário, exceto para pacientes menores de 18 anos, com idade igual ou superior a 60 anos, portadores de necessidades especiais, nos termos definidos neste Contrato;
- 10.1.3.20.** Despesas relativas a um acompanhante, ressalvadas as relativas ao indicado pela mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato, nos termos definidos neste Contrato;
- 10.1.3.21.** Despesas hospitalares extraordinárias tais como: serviços telefônicos, uso de televisão, alimentação não prevista no tratamento, lavagem de roupas, produtos de toalete e de higiene pessoal e quaisquer outras despesas que não sejam vinculadas à cobertura do presente instrumento;
- 10.1.3.22.** Estada de paciente ou acompanhante em hotel, pensão ou similares;

11. DURAÇÃO E RESCISÃO CONTRATUAL

- 11.1.** O presente contrato tem validade pelo prazo de 12 (doze) meses, contados a partir o prazo de vigência do referido contrato.
- 11.2.** O contrato será renovado automaticamente por tempo indeterminado, ao término da vigência inicial, sem cobrança de qualquer taxa ou outro valor no ato da renovação, salvo manifestação formal contrária por escrito de uma das partes, com aviso prévio de 30 (trinta) dias de antecedência, anteriores ao vencimento.

12. PERÍODO DE CARÊNCIA

- 12.1.** Entende-se por carência o período de tempo durante o qual o Beneficiário não terá direito às coberturas contratadas. O direito de atendimento ao Beneficiário dos serviços previstos neste instrumento será garantido após cumprimento das carências especificadas nas **CARACTERÍSTICAS GERAIS**, observando-se o disposto na legislação vigente, especialmente inciso V, art. 12, da Lei nº 9.656/1998.

- 12.2.** O prazo de carência será contado a partir do início de vigência do Contrato. Para os incluídos após a vigência deste instrumento, as carências serão contadas da data do processamento pela **PESSOAL SAÚDE** da sua inclusão, nos termos estabelecidos nas Condições de Admissão deste Contrato.
- 12.3.** Na hipótese do Beneficiário optar por adquirir novo produto, com acomodação superior à PESSOAL SAÚDE anteriormente, sujeitar-se-á ao cumprimento do período de carência de 180 (cento e oitenta) dias para utilização da nova acomodação, quando deverá aderir a novo produto, com registro específico na ANS. Em caso da internação ocorrer durante o prazo de carência citado neste item, será assegurada a utilização da acomodação anteriormente PESSOAL SAÚDE.
- 12.4.** Nos termos da Resolução Normativa nº. 195/09, quando o número de Beneficiários inscritos neste Contrato for igual ou superior a 30 (trinta), não será exigido o cumprimento dos períodos de carência estipulados neste Contrato, desde que o Beneficiário formalize o pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias da data da assinatura deste Contrato.
- 12.5.** A exigência do cumprimento dos períodos de carência voltará a vigorar para as novas adesões se houver redução de Beneficiários para um número inferior a 30 (trinta) Beneficiários.

GRUPO	PRAZO DE AQUISIÇÃO	PROCEDIMENTOS/ EVENTOS MÉDICOS E/ OU HOSPITALARES COBERTOS
I	24 horas	Atendimentos nos casos de emergência ou de urgência, caracterizados nos termos do artigo 35-C, inciso I ou II, da Lei nº 9.656/98.
II	180 dias	Além dos atendimentos descritos acima, o Beneficiário adquire o direito a: a) atendimento, em prontos-socorros gerais ou especializados, nos casos em que não se configure risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente; b) consultas médicas eletivas; c) exames, realizados em regime ambulatorial, de: análises clínicas em bioquímica, hematologia, fezes e urina; radiologia simples (não contrastada); eletrocardiografia.
III	180 dias	Além dos procedimentos/eventos descritos nos itens anteriores, o Beneficiário adquire o direito aos seguintes procedimentos/eventos, realizados em regime ambulatorial: a) mamografia; audiometria; b) exames endoscópicos (endoscopia, esofagogastroduodenoscopia, laringoscopia); c) teste ergométrico; exames e testes alergológicos, oftalmológicos e otorrino-laringológicos; radioimunoensaio; testes ortópticos; ultrassonografias; d) eletroencefalografia; e) fisioterapia.

IV	180 dias	Além dos procedimentos/eventos descritos nos itens anteriores, o Beneficiário adquire o direito aos seguintes procedimentos/ eventos, realizados em regime ambulatorial: a) demais exames de análises clínicas; b) cirurgias ambulatoriais de porte zero (com anestesia local); c) exames de anatomia patológica, colpocitologia e citopatologia, d) exames endoscópicos (cistoscopia, colonoscopia, broncoscopia, retossigmoidoscopia); e) provas de função pulmonar; líquor; mapeamento de retina; f) exames angiológicos de Doppler; fluxometria e investigação vascular ultra-sônica; ecocardiografia; g) Holter; h) eletroneuromiografia. i) exames de citologia oncológica (papanicolau); j) densitometria óssea; l) exames radiológicos contrastados.
V	180 dias	Além dos procedimentos/eventos descritos nos itens anteriores, o Beneficiário adquire o direito a: a) internações, clínicas e cirúrgicas, nas especialidades do aparelho digestivo e anexos (fígado, vesícula biliar, apêndice cecal e pâncreas) e demais especialidades, com exceção do previsto nos Grupos de Carência 5 e 6; b) amniocentese; laparoscopia diagnóstica; monitoragem cardiotetral; c) videolaparoscopia; d) coronariografia; ressonância magnética; medicina nuclear (mapeamento, cintilografia, terapia); fotocoagulação; radiologia intervencionista; tomografia computadorizada; e) consultas/sessões de Psicoterapia, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional e Nutrição f) com exceção dos previstos no Grupo de Carência 5, todos os demais exames para diagnóstico e tratamentos terapêuticos contratualmente cobertos.
VI	180 dias	Além dos procedimentos/eventos descritos nos itens anteriores, o Beneficiário adquire o direito a: a) diálise e hemodiálise em pacientes crônicos; b) procedimentos, clínicos ou cirúrgicos, relacionados a transplantes (rim e córnea, além dos transplantes autólogos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS) ou implantes e suas consequências; c) internações hospitalares psiquiátricas; d) internações hospitalares de portadores de doenças infecto-contagiosas de notificação compulsória, inclusive AIDS; e) hemodinâmica e angiografia digital; transfusões e hemoderivados; f) neurocirurgia e cirurgia cardíaca, acidente vascular-cerebral; g) angioplastias em geral; h) quimioterapia e radioterapia; i) procedimentos cobertos com diretrizes de utilização, conforme definidos no Rol de Procedimentos e Eventos da ANS (tais como cirurgias esterilizantes, cirurgia refrativa, cirurgia bariátrica, dermolipectomia); j) procedimentos exclusivamente relacionados a planejamento familiar
VII	300 dias	Além dos procedimentos/eventos descritos nos itens anteriores, a Beneficiária, titular ou dependente, adquire o direito à cobertura de partos a termo
VIII	720 dias	Doenças e lesões preexistentes (quando contratou o plano de saúde, a pessoa já sabia possuir)

- 12.6.** A redução dos prazos de carências eventualmente fornecidos pela PESSOAL SAÚDE não alterará as demais condições do contrato, principalmente aquelas relativas as limitações de coberturas e exclusões
- 12.7.** Para inclusões de Beneficiários e Dependentes fora dos prazos estabelecidos nesse contrato, serão aplicadas as carências constantes na tabela referida, iniciando-se a contagem a partir da data de ingresso do usuário.

13. DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

- 13.1.** Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP) - são aquelas 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, de acordo com o art. 11 da Lei nº 9656, de 3 de junho de 1998, o inciso IX do art. 4º da Lei nº 9961, de 28 de janeiro de 2000 e as diretrizes estabelecidas na RN/ANS nº 162, ou em outra que a suceda.
- 13.2.** Cobertura Parcial Temporária (CPT) - é aquela que admite, por 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 (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.
- 13.3.** Agravado - é qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura PESSOAL SAÚDE, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a Operadora e a Contratante e o Beneficiário Titular, em conjunto.
- 13.4.** O beneficiário titular deverá preencher declaração de saúde, no momento da adesão contratual, ou da inclusão posterior de dependente, informando o conhecimento de DLP, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à exclusão do contrato, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9656, de 1998, observando-se que:
- 13.4.1.** O Beneficiário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais credenciados ou referenciados pela Operadora, sem qualquer ônus para o Beneficiário;
- 13.4.2.** caso o Beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da Operadora, poderá fazê-lo, desde que assumo o ônus financeiro dessa entrevista;
- 13.4.3.** 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 sofredor, no momento de sua inclusão no Contrato, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações;

- 13.4.4.** a Operadora se reserva o direito de exigir, complementarmente à Declaração de Saúde, exame ou perícia médica do Beneficiário Titular e/ou de seus dependentes, assumindo o ônus integral pela sua realização, sendo certo que, nos termos do artigo 5º, parágrafo 4º, da RN/ANS nº 162, após a realização do exame ou perícia, a Operadora fica proibida de alegar, posteriormente, omissão de informação de DLP.
- 13.5.** Sendo constatada, por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração 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 Operadora poderá oferecer cobertura total no caso de doenças ou lesões preexistentes, sem qualquer ônus adicional para o Beneficiário, observando-se que:
- 13.6.** caso a Operadora opte pelo não oferecimento de cobertura total, deverá, obrigatoriamente, oferecer CPT, podendo, se entender conveniente, oferecer, facultativamente, o Agravo como opção à CPT;
- 13.7.** Caso a Operadora não ofereça CPT no momento da contratação ou da inclusão no Contrato, não caberá alegação de omissão de informação na Declaração de Saúde ou aplicação posterior de CPT ou Agravo;
- 13.8.** havendo acordo de CPT, a operadora somente poderá suspender a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta tecnologia (unidades de terapia intensiva, de qualquer tipo) e os procedimentos de alta complexidade (conforme especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS), quando relacionados diretamente à(s) DLP especificada(s).
- 13.9.** Caso não seja aceita a cláusula de CPT ou, se facultativamente oferecida, de Agravo, a Ficha de Inscrição Cadastral respectiva será cancelada, sendo devolvidos à Contratante os valores que, eventualmente, já tenham sido pagos à Operadora.
- 13.10.** Identificado indício de fraude por parte do beneficiário, referente à omissão de conhecimento de DLP por ocasião da adesão contratual, ou da inclusão posterior de dependente no plano privado de assistência à saúde, a operadora deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao beneficiário através de Termo de Comunicação ao Beneficiário, conforme descrito no inciso V do art. 18 da RN/ANS nº 162, podendo, alternativamente:
- 13.10.1.** oferecer CPT ao Beneficiário pelos meses restantes, a partir da data de recebimento do Termo de Comunicação ao Beneficiário, até completar o período máximo de 24 (vinte e quatro) meses da inclusão no Contrato;
- 13.10.2.** oferecer o Agravo (como opção à CPT), na forma do art. 7º da RN/ANS nº 162;
- 13.10.3.** solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do beneficiário à CPT. Relativamente ao processo administrativo por alegação de DLP, deve ser ressaltado que:

13.10.4. à Operadora caberá o ônus da prova;

13.11. A Operadora poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação de sua alegação; não será permitida, sob qualquer alegação, a suspensão da cobertura individual, assim como a exclusão unilateral do Beneficiário do Contrato, até a publicação pela ANS do encerramento do processo administrativo, desde que o Contrato permaneça em vigor e o Beneficiário esteja em dia com suas obrigações contratuais; após julgamento e acolhida à alegação da Operadora pela ANS, o Beneficiário Titular e, solidariamente, a Contratante, passam a ser responsáveis pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data Termo de Comunicação ao Beneficiário, alegando a omissão de informação de doença(s) e/ou lesão(ões) preexistentes, no momento da inclusão no Contrato.

13.12. Nos casos em que o Grupo de Beneficiários (composto por titulares mais dependentes) vinculado ao Contrato tenha número de participantes maior ou igual que 30 (trinta), não poderá haver cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária, nos casos de doenças ou lesões preexistentes, quando o beneficiário tenha sua inclusão solicitada em até 30 (trinta) dias do início de vigência do Contrato ou de sua vinculação à Contratante.

14. URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

14.1. Serão cobertas as despesas com atendimento nos casos de emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente, e de urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional, na forma do disposto no artigo 35-C, incisos I e II, da Lei nº 9.656/98. 8.1.1. Os atendimentos de emergência ou de urgência reger-se-ão pela garantia da atenção e atuação no sentido da preservação da vida, órgãos e funções.

14.2. Nos casos em que o atendimento de urgência e emergência se refira ao processo gestacional, em que a beneficiária esteja em cumprimento de prazo de carência para parto a termo, observam-se as seguintes peculiaridades:

14.2.1. caso o Beneficiário já tenha cumprido o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias, o parto e a internação dele decorrente têm cobertura integral garantida;

14.2.2. caso a Beneficiária ainda não tenha cumprido o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias, é garantida a cobertura pelo período de 12 (doze) horas ou até que haja a necessidade de internação, o que ocorrer primeiro.

14.3. preexistente sobre a qual exista acordo de cobertura parcial temporária, a cobertura estará limitada às 12 (doze) primeiras horas do atendimento, realizado em pronto socorro geral ou especializado.

14.4. Enquanto o Beneficiário estiver cumprindo prazos carenciais para eventos que requeiram internação hospitalar, a cobertura estará limitada às 12 (doze) primeiras horas do atendimento, realizado em pronto socorro geral ou especializado, exceto nos casos em que a

urgência decorra de acidente pessoal, para os quais a cobertura é garantida, sem restrições, após decorridas 24 (vinte e quatro) horas da inclusão do Beneficiário no Contrato. Nos casos de atendimento em que a atenção não venha a se caracterizar, nos termos do artigo 35-C, incisos I e II, da Lei nº 9.656/98, como de emergência ou urgência, não haverá a obrigatoriedade, por parte da Operadora, de cobertura, ambulatorial ou hospitalar, de eventual continuidade do atendimento, enquanto o Beneficiário estiver cumprindo prazos carenciais.

14.5. Nos casos de atendimento de Emergência ou Urgência decorrente de doença ou lesão preexistente sobre a qual exista acordo de cobertura parcial temporária, se ficar caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade de atenção ao paciente ou a necessidade de internação hospitalar, a Operadora deverá garantir a cobertura de remoção para uma unidade do SUS, sendo certo que:

14.5.1. quando não possa haver remoção por risco de vida, o beneficiário (ou o seu representante legal) e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a Operadora, desse ônus;

14.5.2. caberá à Operadora 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;

14.5.3. na remoção, a Operadora 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;

14.5.4. quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente da unidade indicada, a operadora estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

14.6. Idêntico procedimento será adotado nos casos de atendimento de Emergência ou Urgência ocorridos enquanto o Beneficiário estiver cumprindo prazos carenciais.

14.7. Não havendo possibilidade clínica da remoção para uma unidade do SUS, o Beneficiário (e/ou os responsáveis pelo mesmo) e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira pela continuidade da assistência, não cabendo à Operadora quaisquer ônus relativos a essa continuidade.

15. REEMBOLSO

15.1. Haverá possibilidade de reembolso ao beneficiário que tiver pago os custos de atendimento nos seguintes casos enumerados abaixo e, obrigatoriamente, quando a operadora tiver sido devida e expressamente comunicada do fato com a antecedência devida e não tiver, dentro dos prazos previstos nas Resoluções Normativas nº259, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, publicada em 20 de julho de 2011 atualizada pela Resolução Normativa nº 268, publicada em 02 de setembro de 2011, fornecendo as alternativas previstas para o atendimento.

- 15.1.1.** Indisponibilidade de prestador integrante da rede assistencial no município pertencente concomitantemente a área de atuação PESSOAL SAÚDE e área de abrangência geográfica do plano ao qual o beneficiário esteja devidamente vinculado;
- 15.1.2.** Indisponibilidade de prestador, integrante ou não da rede assistencial, no município demandado e nos municípios limítrofes, igualmente pertencentes concomitantemente a abrangência geográfica e a área de atuação do plano ao qual o beneficiário esteja devidamente vinculado;
- 15.1.3.** Inexistência de prestador, integrante ou não da rede assistencial, no município demandado, nos municípios limítrofes e na região de saúde, igualmente pertencentes concomitantemente a abrangência geográfica e a área de atuação do plano ao qual o beneficiário esteja devidamente vinculado;
- 15.1.4.** Inexistência de prestador, integrante ou não da rede assistencial, na abrangência geográfica e na área de atuação do plano ao qual o beneficiário esteja devidamente vinculado;
- 15.1.5.** Indisponibilidade de prestador de serviços integrante ou não da rede assistencial para o atendimento de casos de urgência e emergência no município demandado e no município limítrofe, pertencentes à abrangência geográfica e a área de atuação do plano ao qual o beneficiário esteja devidamente vinculado, sem necessidade de autorização prévia;
- 15.1.6.** Inexistência de prestador de serviços integrante ou não da rede assistencial para o atendimento de casos de urgência e emergência no município demandado, no município limítrofe e na região de saúde, pertencentes à abrangência geográfica e a área de atuação do plano ao qual o beneficiário esteja devidamente vinculado, sem necessidade de autorização prévia.

16. LIMITES FINANCEIROS DE REEMBOLSO

- 16.1.** Os beneficiários terão direito ao reembolso de despesas relacionadas aos atendimentos quando não houver possibilidade de utilização da rede de assistência da operadora, dentro da abrangência geográfica e a área de atuação do plano contratado, tendo como limite financeiro de reembolso os múltiplos estabelecidos na seguinte tabela:
 - 16.1.1.** Serão cobertos, exclusivamente, os materiais e medicamentos utilizados ou ministrados dentro do período de internação hospitalar ou atendimentos em pronto socorro, desde que cobertos pelo Contrato, sendo reembolsados de acordo com os valores estabelecidos no guia farmacêutico Bransíndice, na data do atendimento. Nos casos não constantes deste guia, o reembolso se dará de acordo com os preços médios do mercado, sem aplicação de múltiplos de reembolso, independentemente do plano contratado, exceto os medicamentos importados não nacionalizados, que não terão Cobertura, de acordo com o disposto no artigo 10, inciso V da Lei nº 9.656/98.

MÚLTIPLOS DE REEMBOLSO PARA ATENDIMENTOS

Tipo de cobertura para reembolso		Múltiplos
Coberturas hospitalares e diárias	Diárias e taxas hospitalares	1 x TPS - PS
	Serviços auxiliares de diagnose e terapias	1 x TP-PS
	Honorários médicos	1 x TP-PS
Coberturas ambulatoriais e taxas	Consultas médicas	1 x TP-PS
	Exames	1 x TP-PS
	Terapias	1 x TP-PS

16.2. No caso de procedimentos sujeitos a coparticipação, os valores de recuperação serão deduzidos dos valores reembolsáveis.

17. SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO

- 17.1.** A tabela de reembolso estará disponível na sede da operadora para consulta do beneficiário, no portal www.pessoalsaude.com.br, o qual informará ainda o Cartório de Registro de Títulos e Documentos onde a tabela encontra-se registrada. Em caso de dúvidas ou esclarecimentos referentes a esta tabela o beneficiário poderá contatar nossa central de atendimento Pessoal Saúde.
- 17.2.** Os procedimentos médicos contemplados na Tabela de Reembolso, estão em conformidade com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e poderão ser atualizados com inclusões e/ou exclusões de procedimentos.
- 17.3.** A TPS define a quantidade de USPS a ser considerada em cada procedimento médico do reembolso.
- 17.4.** A Unidade de Serviço Pessoal Saúde (USPS) é coeficiente expresso em moeda corrente nacional que servirá como base de cálculo do reembolso dos serviços médicos e hospitalares cobertos pelo plano.
- 17.5.** O reembolso de honorários profissionais também será efetuado na tabela (TPS) obedecida a quantidade de auxiliares e o porte anestésico, previstos para cada procedimento.
- 17.6.** O cálculo do valor de reembolso das despesas médico-hospitalares cobertas será obtido pela multiplicação de três fatores:
- Quantidade de USPS para o procedimento realizado, conforme estabelecido na Tabela TPS;
 - O valor, em moeda corrente, da USPS na data do atendimento;
 - O múltiplo de reembolso do plano contratado, para o tipo de procedimento realizado;
- 17.7.** O valor de reembolso em nenhuma hipótese, será maior que o valor efetivamente pago pelo beneficiário pago para as respectivas despesas;

17.8. O valor a ser reembolsado será o menor entre o valor pago pelo beneficiário e o limite de reembolso contratado, de acordo com o procedimento realizado.

17.9. Exemplo de cálculo de reembolso

Para efeito do cálculo dos valores de reembolso, a USPS – Unidade de Serviço Pessoal Saúde, tem seu valor inicial fixado em 0,50 (cinquenta centavo).

O cálculo do reembolso será feito através da seguinte fórmula:

REEMBOLSO = Nº de USNDI x Valor USNDI x Múltiplo do Plano + UCO (quando aplicável)

Onde:

- **Nº de USPS (Unidade de Serviço Pessoal Saúde):** é o quantitativo apresentado na TPS para o respectivo procedimento.
- **Valor da USPS:** é o valor em reais para o cálculo do valor devido como reembolso.
- **Múltiplo do Plano:** é o número de vezes que, de acordo com o plano contratado, aplicado sobre o Nº de USPS, indicará o valor de reembolso.
- **UCO (Unidade de Custo Operacional):** é o valor em reais a ser incluído ao cálculo do reembolso dos exames e procedimentos de SADT (Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico).

Exemplos:

1) Consulta médica – Quantidade de USPS, conforme Tabela de Reembolso (TPSI)-70

Valor em moeda corrente da USPS R\$ 0,50

Múltiplo de reembolso para Consultas Médicas do plano –1X TPS

Valor do reembolso = $70 \times 0,50 \times 1 = \text{R\$ } 35,00$

2) Eletrocardiograma Convencional (de até 12 derivações) – Quantidade de USPS, conforme Tabela de Reembolso (TPS)– 12,30

Valor em moeda corrente da USPS R\$ 0,50

Múltiplo de reembolso para Consultas Médicas do plano –1X TPS

UCO em moeda corrente (Exames) - R\$7,95

Valor do reembolso = $12,30 \times 0,50 \times 1 + 7,95 = \text{R\$ } 14,10$

3) Acupuntura por sessão – Quantidade de USPS, conforme Tabela de Reembolso (TPS)– 8,50

Valor em moeda corrente da USPS R\$ 0,50

Múltiplo de reembolso para Consultas Médicas do plano –1X TPS

UCO em moeda corrente (Terapias) - R\$8,48

Valor do reembolso = $8,50 \times 0,50 \times 1 + 8,48 = \text{R\$ } 12,73$

17.10. MÚLTIPLOS DE REEMBOLSO

Os múltiplos de reembolso são os coeficientes a serem aplicados sob a quantidade de USPS apresentadas na Tabela de Reembolso (TPS) para obtenção do valor, multiplicada pelo valor da USPS vigente para o contrato em moeda corrente nacional, do reembolso das despesas médicas e hospitalares cobertas e efetivamente pagas pelo beneficiário titular e/ou seus dependentes.

17.11. O valor do reembolso das despesas médico-hospitalares será obtido pela aplicação do múltiplo do Plano do beneficiário sobre o valor unitário do procedimento previsto na tabela

de reembolso (TPS) multiplicado pelo valor em real da USPS vigente do contrato à época da realização do procedimento e não poderá, sob nenhuma hipótese ser superior ao valor efetivamente pago pelo beneficiário para as respectivas despesas.

17.12. O valor correspondente à Coparticipação, quando aplicável, será deduzido do valor a ser reembolsado ao beneficiário titular.

17.13. O reembolso será processado a partir da entrega na Pessoal Saúde da documentação comprobatória dos atendimentos médico hospitalares, nas suas vias originais e quitadas, sendo efetuado, se observada essa condição, nos prazos estabelecidos na tabela abaixo. No caso de apresentação de documentação incompleta, o reembolso será processado assim que a mesma for completada, dentro do prazo máximo de 45 (quarenta e cinco) dias.

Exames e consultas simples	10 (dez) dias úteis a contar da entrega da documentação
Outros procedimentos	45 dias (quarenta e cinco) dias úteis a contar da entrega da documentação

17.14. Se os documentos apresentados não possibilitarem a comprovação de despesas a análise técnica necessária para reembolso das despesas médico hospitalares realizadas, a operadora solicitará, documentos ou informações complementares, o que acarretará a recontagem do prazo estabelecido, sempre respeitando o prazo máximo para a apresentação dos pedidos de reembolso será de 1 (um) ano após a realização dos eventos cobertos. (artigo 206 do Código Civil Brasileiro).

17.15. É facultado ao beneficiário titular solicitar a revisão dos valores de reembolso até 180 (cento e oitenta) dias de seu efetivo pagamento pela Operadora.

17.16. Ainda que o beneficiário tenha, na mesma operadora mais de um plano em seu nome ou de outra pessoa no qual seja incluído como dependente, ele terá direito a uma única cobertura, vedada, pois, a acumulação. Nesse caso, serão aplicados os valores de reembolso do maior plano.

17.17. Os múltiplos de reembolso para os planos descrito nesta condição específica constam na tabela a seguir:

MÚLTIPLOS DE REEMBOLSO PARA ATENDIMENTOS	
TIPO DE COBERTURA PARA REEMBOLSO	1,00 X TPS
CONSULTA MÉDICA	1,00 X TPS
HONORARIOS MEDICOS	1,00 X TPS
EXAMES BASICOS	1,00 X TPS
EXAMES COMPLEXOS	1,00 X TPS
TERAPIAS SIMPLES	1,00 X TPS
TERAPIAS COMPLEXAS	1,00 X TPS
PROCEDIMENTOS COMPLEXOS	1,00 X TPS

PROCEDIMENTOS SIMPLES	1,00 X TPS
OUTROS SERVIÇOS	1,00 X TPS

MOEDA DE REEMBOLSO - A moeda de reembolso para este plano será: R\$ 0,50

18. MECANISMO DE REGULAÇÃO

- 18.1.** Forma de Utilização, para a utilização de serviços de prestadores relacionados no Indicador de Serviços da Rede no site www.pessoalsaude.com.br, o Beneficiário deverá apresentar o Cartão de Identificação virtual da Operadora constante no APP da Pessoal Saúde, juntamente com um documento de identidade, a requisição médica para a realização de exames ou tratamentos e, nos casos previstos, com a Autorização Prévia da Operadora para a realização do serviço.
- 18.2.** Os Beneficiários com 60 (sessenta) ou mais anos de idade, as gestantes, as lactantes e as crianças de até 5 (cinco) anos de idade possuem privilégios na marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos, em relação aos demais beneficiários.
- 18.3.** Manual do Beneficiário - é o instrumento de orientação ao Beneficiário sobre seus direitos e obrigações contratuais, bem como sobre as rotinas operacionais relativas a alterações cadastrais, mecanismos de acesso aos serviços cobertos e formas e condições de sua utilização, eventuais fatores de coparticipação ou de fatores moderadores, limites de cobertura e/ou franquias, procedimentos para a obtenção de autorizações prévias, bem como informações sobre os recursos eletrônicos disponibilizados pela Operadora para a agilização do atendimento.
- 18.4. Rede de Serviços**
- 18.5.** Indicador de Serviços da Rede - é a relação de prestadores de serviços médicos e hospitalares, componentes da Rede Própria e da Rede Credenciada, sendo sua utilização liberada aos Beneficiários de forma diferenciada, de acordo com o plano contratado.
- 18.6.** É facultada à Operadora a substituição de entidade hospitalar PESSOAL SAÚDE ou credenciada, desde que por outra equivalente e mediante comunicação aos Beneficiários e à ANS com trinta dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor.
- 18.7.** Na hipótese dessa substituição ocorrer por vontade da operadora durante período de internação do beneficiário, o estabelecimento hospitalar obriga-se a manter a internação e a operadora, a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério médico, na forma do contrato.
- 18.8.** Na hipótese dessa substituição ocorrer em razão de infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação do beneficiário, a operadora arcará com a responsabilidade pela transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para o beneficiário.
- 18.9.** Nos casos de Internações Hospitalares Eletivas e Procedimentos Ambulatoriais Eletivos, o atendimento será prestado, mediante prévia autorização da Operadora, nos recursos médicos

e/ou hospitalares constantes da Rede específica para o Plano Contratado, de prévio conhecimento do Beneficiário Titular.

- 18.10.** Nos casos de Emergência ou Urgência Médica, o atendimento será prestado nos Prontos Socorros, gerais ou especializados, constantes da Rede específica para o Plano Contratado, também de prévio conhecimento do Beneficiário Titular.
- 18.11.** A Operadora mantém serviços contratados e/ou credenciados especificamente para atendimento nos casos em que seja requerida a utilização de leitos de alta tecnologia e/ou para a realização de exames/procedimentos de alta complexidade, para os quais o Beneficiário, inicialmente atendido em unidades de pronto socorro próprias ou credenciadas, será transferido, com o objetivo de fornecer as mesmas condições ou recursos médico-hospitalares mais adequados ao seu tratamento.
- 18.12.** Essa transferência somente será realizada quando o paciente apresente condições clínicas para tanto e desde que haja a aquiescência do seu médico assistente.

19. AUTORIZAÇÃO PRÉVIA DA OPERADORA

- 19.1.** Para a realização de procedimentos / eventos contratualmente cobertos, será necessária a Autorização Prévia e expressa da Operadora, mediante solicitação feita pelo aplicativo da Pessoal Saúde, completamente preenchido, assinado e datado pelo médico assistente ou, nos casos de procedimento abrangidos pelas internações hospitalares de natureza buco-maxilo-facial ou por imperativo clínico, pelo dentista assistente, bem como apresentar justificativa do médico / dentista e outros documentos eventualmente necessários.
- 19.2.** Os eventos/procedimentos sujeitos a Autorização Prévia são os seguintes:
- 19.3.** Internações Hospitalares, em geral, incluindo todas as despesas hospitalares e os respectivos honorários médicos.
- 19.4.** Nos casos de Internação de Emergência (caracterizada na forma do artigo 35-C, inciso I, da Lei nº 9.656/98) ou de Urgência (caracterizada na forma do artigo 35-C, inciso II, da Lei nº 9.656/98), a autorização deverá ser expressamente solicitada à Operadora no prazo de até 48 (quarenta e oito) horas, contado a partir do momento em que se tenha dado a internação.
- 19.5.** Órteses, Próteses e Materiais Especiais.
- 19.6.** Nos casos de procedimentos cirúrgicos em que seja necessária a utilização de órteses, próteses e materiais especiais (OPME), solicitados pelo médico ou pelo cirurgião-dentista assistente, deverá ser justificada clinicamente a indicação e serem indicadas, pelo menos, 3 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto a ANVISA, que atendam as características especificadas.
- a) Cirurgias Ambulatoriais.
 - b) Remoções, em geral.

- c) Nos casos de Emergência ou Urgência, a autorização prévia será substituída por relatório médico, justificando a sua necessidade.
- d) Todos os procedimentos relacionados a Exames para Diagnóstico.
- e) Quando esses exames forem efetuados em pacientes internados ou em casos de Emergência ou Urgência, a autorização prévia poderá ser substituída por relatório do médico assistente, justificando a sua necessidade.
- f) Todos os procedimentos relacionados a Tratamentos Terapêuticos.
- g) Quando esses tratamentos terapêuticos forem efetuados em pacientes internados ou em casos de Emergência ou Urgência, a autorização prévia poderá ser substituída por relatório médico, justificando a sua necessidade.
- h) Todos os Procedimentos médicos e/ou hospitalares relacionados a Doenças Infectocontagiosas, Transplantes e Saúde Mental.

- 19.7.** As Guias de Internação serão liberadas, inicialmente, por um período equivalente à média de dias usualmente necessários para o diagnóstico informado e tratamento proposto, sendo que em caso de necessidade de permanência superior àquela inicialmente prevista, as guias complementares serão emitidas sob a forma de prorrogações, mediante solicitação do médico assistente, justificando as razões técnicas do pedido. Não haverá, contudo, qualquer limitação de cobertura de dias de internação.
- 19.8.** A Operadora reserva-se o direito de promover auditoria médica para análise da solicitação de permanência a maior solicitada.
- 19.9.** Aprovada, pela Operadora, a solicitação de autorização prévia para leitos de alta tecnologia e/ou para exames/procedimentos de alta complexidade, o Beneficiário somente poderá utilizar o recurso médico e/ou hospitalar indicado pela Operadora.
- 19.10.** Fica reservado à Operadora o direito de, para a correta avaliação da solicitação de autorização prévia, solicitar segunda opinião ou perícia médica, por intermédio de seu departamento médico especializado ou profissional pertencente à sua Rede Credenciada.
- 19.11.** É garantido ao Beneficiário o atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de um dia útil a partir do momento da protocolização, na Operadora, da solicitação de autorização prévia, para a definição dos casos de aplicação das regras de regulação, ou em prazo inferior quando caracterizada (na forma do artigo 35-C, inciso II, da Lei nº 9656/98) a urgência.

20. JUNTA MÉDICA

- 20.1.** Em caso de divergências e dúvidas de natureza médica, relacionadas aos serviços objeto do Contrato, fica garantido ao Beneficiário o direito de requerer a formação de uma junta médica, composta por três membros, sendo um nomeado pelo Beneficiário, outro pela Operadora, e um terceiro, desempatador, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais nomeados.

20.2. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que nomear, exceto se o médico escolhido pelo Beneficiário pertencer à rede credenciada da Operadora, que, nesse caso, arcará com os honorários de ambos os nomeados.

20.3. A remuneração do terceiro desempassador deverá ser paga pela Operadora.

21. PADRÃO DE ACOMODAÇÃO

21.1. Pelo presente contrato, todos os BENEFICIÁRIOS inscrito no plano privado de assistência médica da PESSOAL SAÚDE tem direito ao padrão de acomodação **COLETIVO (ENFERMARIA)**.

21.2. Na acomodação COLETIVO (ENFERMARIA), a cobertura de atendimento ambulatoriais e hospitalares, cirúrgicos, de acordo com a as condições gerais e especiais estabelecidas neste contrato, e com acomodação em quarto coletivo (ENFERMARIA) na rede referência/credenciada diferenciada e direcionada conforme discriminado em MANUAL DE ORIENTAÇÃO DO BENEFICIÁRIO, disponível em sua página www.pessoalsaude.com.br e através do aplicativo APP PESSOAL SAUDE disponível para celulares.

21.3. Havendo indisponibilidade de leitos nas redes credenciada e indicada fica garantido ao BENEFICIÁRIO a acomodação em leito superior sem ônus de acordo com a Lei 9656/98 artigo 33.

21.4. Se o beneficiário optar por acomodações superiores às previstas em seu contrato, o BENEFICIÁRIO ficara responsável pelas cobranças junto ao hospital das respectivas diferenças de valores de diárias, taxas, honorários médicos etc.

22. DURAÇÃO DO CONTRATO VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO

22.1. Este contrato terá vigência pelo prazo de 12 (doze) meses, contado a partir da data de sua assinatura, ressaltando-se que as partes contratantes podem negociar uma data posterior para o início da vigência do contrato.

22.2. Após o período de vigência inicial de 12 (doze) meses, em não havendo manifestação contrária das partes com prazo de 30 (trinta) dias de antecedência, o Contrato será automaticamente renovado por prazo indeterminado, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação, conforme prevê o artigo 13 da Lei nº 9.656/98

23. FORMAÇÃO DE PREÇO

23.1. Formação do Preço

23.2. Os valores das contraprestações pecuniárias serão, sempre, preestabelecidos

23.3. Cálculo da Mensalidade

- 23.3.1.** A fatura mensal será constituída pela soma das Mensalidades individuais, estipuladas, por faixa etária, no ato da contratação, de acordo com o plano contratado, correspondentes aos beneficiários titulares e dependentes.
- 23.3.2.** As mensalidades relativas aos beneficiários eventualmente incluídos no transcorrer do mês serão cobradas no faturamento do mês imediatamente subsequente, em adição às mensalidades relativas ao mês de cobertura.
- 23.3.3.** As faturas mensais serão emitidas com base na movimentação mensal de pessoal informada pela Contratante, sendo certo que os acertos referentes a qualquer divergência na quantidade de Beneficiários, considerando-se cada Plano ou o Grupo de Beneficiários de forma global, constatada após a emissão da fatura mensal, serão efetuados no faturamento mensal imediatamente subsequente, não constituindo, portanto, motivo ou justificativa para o atraso do pagamento da respectiva fatura mensal.
- 23.3.4.** Nos casos em que se adote o preço único por plano, o mesmo será representado pela taxa média ponderada, apurada, para cada plano contratado, pela divisão do somatório do preço individual estabelecido para cada beneficiário, dividido pelo número total de beneficiários ativos inscritos no plano. A fatura mensal total refletirá o somatório dos valores apurados para cada plano contratado.
- 23.3.4.1.** É certo que os preços pagos pelos beneficiários inativos (ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados) serão, sempre, por faixa etária.
- 23.3.4.2.** O valor inicial correspondente ao custo por faixa etária de cada beneficiário, ativo ou inativo, observará a tabela de custos que, inserida em aditamento contratual, faz parte integrante do Contrato, cabendo à Contratante a apresentação da mesma a todos os beneficiários titulares.
- 23.3.4.3.** A tabela de custos por plano e por faixa etária, adotada no início da vigência contratual, com as devidas atualizações, será encaminhada mensalmente à Contratante, que deverá mantê-la disponível para consulta dos beneficiários ativos, bem como para apresentação aos beneficiários titulares em processo de inclusão no Contrato.
- 23.3.4.4.** Da tabela de custos por faixa etária, deverá constar o critério para participação da Contratante no custeio da mensalidade de cada plano contratado, relativamente aos beneficiários ativos.
- 23.3.4.5.** É permitido ao empregador subsidiar o plano dos seus ex-empregados, demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados, ou promover a participação dos empregados ativos no seu financiamento, devendo o valor correspondente também estar explicitado na tabela de custos por faixa etária.
- 23.3.4.6.** É certo que a Operadora não poderá fazer distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no Contrato e aqueles a ele já vinculados.

23.4. Pagamento da Mensalidade

- 23.4.1.** A responsabilidade pelo pagamento total de cada fatura mensal é, exclusivamente, da Contratante, salva os casos dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, quando a cobrança será efetuada diretamente contra o Beneficiário Titular inativo, por conta e ordem da Contratante.
- 23.4.2.** A fatura mensal deverá ser paga pela Contratante, até a data de seu vencimento, que ocorrerá sempre no próprio mês de competência, nos estabelecimentos bancários autorizados.
- 23.4.3.** Quando a data de vencimento cair em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado até o primeiro dia útil subsequente.
- 23.4.4.** No caso de atraso no pagamento da Mensalidade, seu valor será automaticamente acrescido de multa de 10% (dez por cento), além de juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso, ou ainda, conforme o caso, ressarcimento por perdas e danos, honorários advocatícios e reembolso de custas judiciais;
- 23.4.5.** O recebimento pela Operadora de parcelas em atraso constituirá mera tolerância, não implicando em novação contratual ou transação.
- 23.4.6.** O pagamento da Mensalidade de um determinado mês não implica na quitação de débitos anteriores nem dá ao Beneficiário o direito à Cobertura objeto do Contrato, caso alguma Mensalidade anterior não tenha sido quitada.
- 23.4.7.** Nenhum pagamento de Mensalidade será reconhecido se a Contratante não possuir comprovante autenticado por estabelecimento bancário ou pela Operadora.

24. REAJUSTE DE MENSALIDADE

24.1. Reajuste Financeiro Anual

Caso As regras de reajuste da contraprestação pecuniária mensal estabelecida nos itens referentes à **ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DA CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA MENSAL, REVISÃO TÉCNICA DA CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA MENSAL**, deixarão de ser aplicadas quando o contrato possuir menos de 30 (trinta) beneficiários, passando este a ser regido pelas condições adiante estabelecidas.

- 24.1.1.** Conforme prevê a RN 309/12, todos os contratos com menos de 30 (trinta) beneficiários deverão ser agrupados, para efeito de apuração de um único índice de reajuste para correção anual da contraprestação pecuniária. Para tanto, deverão ser consideradas as regras a seguir:
- 24.1.1.1.** Participarão do agrupamento todos os contratos coletivos com menos de 30 (trinta) beneficiários;

- 24.1.1.2.** A apuração da quantidade de beneficiários do contrato levará em conta todos os planos a ele vinculados na data definida;
- 24.1.1.3.** a primeira data a ser considerada para apuração da quantidade de beneficiários será a assinatura do contrato e as datas seguintes a serem consideradas serão a do mês do aniversário do contrato;
- 24.1.1.4.** Será considerado um contrato agregado ao agrupamento àquele que possuir quantidade de beneficiários igual ou àquela estabelecida para a formação do agrupamento nas datas previstas nesse contrato, ainda que ocorra posterior variação da quantidade de beneficiários;
- 24.1.1.5.** Caso a quantidade de beneficiários do contrato agregado seja superior à quantidade estabelecida para a formação do agrupamento nas datas previstas nesse contrato, o mesmo ficará desagregado do agrupamento e o reajuste anual das contraprestações pecuniárias será regido pelas regras de reajuste estabelecidas nas Condições Gerais deste contrato.

24.2. Aplicação do índice de reajuste:

- 24.2.1.** O índice de reajuste será apurado no período de março a fevereiro e aplicado sempre na data de aniversário dos contratos, no período de maio a abril de cada ano, observadas a regra prevista na alínea I do item 25.1.1.1; **ANS nº 31.023-9.**
- 24.2.2.** A mensalidade será reajustada de acordo com o índice de reajuste estabelecido para cada sub- agrupamento de planos adotado pela **PESSOAL SAÚDE**, divulgado em seu site, que será no máximo o percentual obtido através da seguinte fórmula:

$$\text{Reajuste} = (1 + \text{Máximo } (0; RT)) \times (1 + RF) - 1$$

Onde:

RF (Reajuste Financeiro): corresponderá à variação positiva do índice IPCA acumulado no período de abril do exercício antecedente a março do exercício da divulgação do índice de reajuste.

RT (Reajuste Técnico): determinado em função da sinistralidade dos contratos sub-agrupados, apurado de acordo com a seguinte expressão:

$$RT = S/S_m - 1$$

Onde:

S = sinistralidade (relação entre as despesas assistenciais e as receitas de contribuição dos contratos sub-agrupados), apurada no mesmo período considerado para determinação do RF.

S_m = meta de sinistralidade de 65% (sessenta e cinco por cento).

24.3. Em se tratando de contrato não agregado ao agrupamento, o valor das Mensalidades e a tabela de preços para novas adesões, estipuladas na data de início de vigência do Contrato, serão reajustados anualmente, de acordo com a variação percentual do Índice Geral de Preços do Mercado – IGP-M, divulgado pela Fundação Getúlio Vargas - FGV apurado no período de 12 (doze) meses consecutivos, com antecedência de 2 (dois) meses em relação à data-base de aniversário, considerada esta o mês de aniversário do Contrato.

24.4. Havendo descontinuidade do índice oficial prévia e livremente acordado entre as partes contratantes, o reajuste das Mensalidades será calculado de acordo com a variação percentual do índice oficial que o substitua, preservado o critério de apuração.

24.5. Caso seja verificado o desequilíbrio econômico-atuarial do Contrato, este será reavaliado, nos seguintes termos:

O desequilíbrio econômico-atuarial é constatado quando o nível de sinistralidade da carteira ultrapassar o índice (IS) de 65% (sessenta e cinco por cento), cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 (doze) meses consecutivos, anteriores à data base de aniversário;

24.6. para o cálculo do percentual de reajuste será aplicada a seguinte fórmula:

$R = (S / IS) - 1$, onde:

S = Sinistralidade apurada no período (mínimo de 12 meses), abrangendo a integralidade da carteira de beneficiários vinculados ao contrato;

IS = Meta de Sinistralidade expressa em contrato.

constatada a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, acima previsto, o mesmo deverá ser procedido de forma complementar ao especificado no item.

24.6.1. e na mesma data, de forma a garantir a anualidade dos reajustes.

24.6.2. No mês de aplicação do reajuste, a Operadora encaminhará à Contratante a memória de cálculo do percentual de reajuste a que se refere o item

24.6.3. supra, conforme o caso, demonstrando os critérios para sua apuração.

24.6.4. Independentemente da data de inclusão dos Beneficiários, os valores de suas contraprestações terão o primeiro reajuste (integral) na data de aniversário de vigência contratual, entendendo-se esta como data-base única.

24.6.5. Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano em um determinado contrato, independentemente de se tratar de beneficiário ativo ou inativo.

24.6.6. Este Contrato não poderá receber reajuste em periodicidade inferior a 12 (doze) meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária. Caso nova legislação venha a autorizar a correção em período inferior a 12 (doze) meses, ela terá aplicação imediata sobre este contrato.

- 24.6.7.** Os percentuais de reajuste e revisão aplicados serão comunicados à ANS, na forma e nos prazos determinados pela legislação vigente.
- 24.6.8.** Os valores presentes neste instrumento e pactuados na proposta de adesão foram fixados com base em cálculos atuariais, levando-se em consideração os preços dos serviços colocados à disposição dos beneficiários, a frequência da utilização desses serviços, o prazo contratual, os procedimentos não cobertos, as carências, os limites e a carga tributária que hoje recai sobre as operadoras de saúde. Assim, qualquer alteração desses itens ensejará novos valores.
- 24.6.9.** Os percentuais de reajuste definidos, que será o percentual máximo obtido conforme fórmula acima, serão divulgados no site da **PESSOAL SAÚDE** até o 1º dia útil do mês de maio de cada ano, podendo ser aplicados a partir dessa data até abril do ano seguinte, sempre observando a data de aniversário de cada contrato.
- 24.6.10.** Excepcionalmente, poderá a administração da **PESSOAL SAÚDE** optar por percentual de reajuste menor que o obtido através da fórmula acima, em face de circunstâncias administrativas, comerciais e análise de viabilidade. Nesse caso, o percentual definido pela **PESSOAL SAÚDE** é que será divulgado no seu portal na internet e servirá para aplicação em todos os contratos do respectivo sub-agrupamento.
- 24.6.11.** Na falta do índice que compõe o reajuste, deverá ser considerado o índice oficial que vier a substituí-lo.
- 24.7. Reajuste por mudança de Faixa Etária**
- 24.7.1.** O valor da mensalidade inicial é estabelecido de acordo com a faixa etária em que cada beneficiário esteja enquadrado.
- 24.7.2.** As faixas etárias de que trata este Contrato são, exclusivamente, aquelas definidas pela RN 63/03, ou seja:
0 (zero) a 18 (dezoito) anos || 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos || 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos || 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos || 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos || 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos || 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos || 49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos || 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos || cinquenta e nove) anos ou mais.
- 24.7.3.** Na manutenção do Contrato, havendo alteração na idade do Beneficiário que signifique deslocamento para outra faixa etária, o valor da respectiva mensalidade passará a ser aquele correspondente à nova faixa etária, a partir do mês subsequente ao da ocorrência, observadas as seguintes condições, conforme artigo 3º, incisos I e II, da RN/ANS nº 63/03:
- 24.7.3.1.** o valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária;

24.7.3.2. a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

24.7.4. Os percentuais de reajustes incidentes em cada mudança de faixa etária são os seguintes:

Faixa Etária	PORTE I: de 02 a 29 vidas inscritos no ato da contratação	PORTE II: igual ou acima de 30 vidas inscritos no ato da contratação
00 Á 18 ANOS	Acréscimo 00%	Acréscimo 00%
19 Á 23 ANOS	Acréscimo 00%	Acréscimo 00%
24 Á 28 ANOS	Acréscimo 00%	Acréscimo 00%
29 Á 33 ANOS	Acréscimo 00%	Acréscimo 00%
34 Á 38 ANOS	Acréscimo 00%	Acréscimo 00%
39 Á 43 ANOS	Acréscimo 00%	Acréscimo 00%
44 Á 48 ANOS	Acréscimo 00%	Acréscimo 00%
49 Á 53 ANOS	Acréscimo 00%	Acréscimo 00%
54 Á 58 ANOS	Acréscimo 00%	Acréscimo 00%
ACIMA 59 ANOS	Acréscimo 00%	Acréscimo 00%

24.7.5. Valores definidos nos termos do art. 6º da RDC/ANS nº 28

24.7.6. Os reajustes decorrentes da mudança de faixa etária não se confundem com o reajuste financeiro anual.

24.7.7. Nos casos em que se adote o preço único por plano, não haverá diferenciação de mensalidade em função da faixa etária para os beneficiários com vínculo ativo à pessoa jurídica contratante.

25. REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

25.1. Entende-se como plano de assistência à saúde de contratação coletiva empresarial aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária.

25.2. Direito de manutenção da condição de beneficiário para ex-empregados demitidos ou exonerados.

25.2.1. É assegurado ao ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa, que contribuiu para plano privado de assistência à saúde, contratado na vigência da Lei nº 9.656, em decorrência de vínculo empregatício, o direito de manter sua condição de beneficiário 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 no artigo 30 da Lei nº 9.656, observada a RN/ANS nº 279 e suas posteriores alterações.

25.2.2. O período de manutenção dessa condição será de 1/3 (um terço) do tempo de permanência em que tenha contribuído para o custeio do plano privado de assistência à saúde, na

vigência da Lei nº 9.656, com um mínimo assegurado de 6 (seis) meses e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses.

- 25.2.3.** Ainda que o pagamento de contribuição não esteja ocorrendo no momento da demissão ou exoneração sem justa causa, é assegurado ao empregado os direitos previstos no artigo 30 da Lei nº 9.656, na proporção do período ou da soma dos períodos de sua contribuição para o plano privado de assistência à saúde.
- 25.2.4.** A manutenção em questão é extensiva, obrigatoriamente, a todo o grupo familiar inscrito quando da vigência do contrato de trabalho, observando-se que: a) cabe, exclusivamente, ao Beneficiário Titular a opção por permanecer individualmente, com parte ou com a totalidade do seu grupo familiar; b) se no período de manutenção houver casamento do Beneficiário Titular, o novo cônjuge poderá ser incluído no Contrato, assim como os filhos do Beneficiário Titular nascidos ou adotados no período de manutenção.
- 25.2.5.** O direito de manutenção assegurado, nos termos do artigo 30 da Lei nº 9.656, não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.
- 25.2.6.** A extinção do direito de manutenção assegurado, nos termos do artigo 30 da Lei nº 9.656, ocorre em qualquer das seguintes hipóteses:
- A. admissão do Beneficiário Titular inativo em novo emprego, como tal 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 auto-gestão;
 - B. inadimplência superior ao prazo estipulado em contrato, tanto pela Contratante como pelo Beneficiário inativo;
 - C. rescisão deste Contrato;
 - D. cancelamento, pela Contratante, do plano de assistência à saúde objeto deste contrato;
 - E. decurso do prazo de manutenção previsto no artigo 4º, parágrafo único, da RN/ANS nº 279 e suas posteriores alterações.
- 25.3.** Direito de manutenção da condição de beneficiário para ex-empregados aposentados.
- 25.3.1.** É assegurado ao ex-empregado aposentado, que contribuiu para plano privado de assistência à saúde, contratado na vigência da Lei nº 9.656, em decorrência de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de 10 (dez) anos, o direito de manter, por tempo indeterminado, sua condição de beneficiário 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 no artigo 31 da Lei nº 9.656, observada a RN/ANS nº 279 e suas posteriores alterações.
- 25.3.2.** Ao ex-empregado aposentado, que tenha contribuído para plano de assistência à saúde por período inferior a 10 (dez) anos, é assegurado o direito de manter, por tempo determinado à razão de um ano para cada ano de contribuição, sua condição de beneficiário 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 no artigo 31 da Lei nº 9.656, observada a RN/ANS nº 279 e suas posteriores alterações.

- 25.3.3.** Ainda que o pagamento de contribuição não esteja ocorrendo no momento da demissão ou exoneração sem justa causa, é assegurado ao empregado os direitos previstos no artigo 31 da Lei nº 9.656, na proporção do período ou da soma dos períodos de sua contribuição para o plano privado de assistência à saúde.
- 25.3.4.** A manutenção em questão é extensiva, obrigatoriamente, a todo o grupo familiar inscrito quando da vigência do contrato de trabalho, observando-se que:
- A. cabe, exclusivamente, ao Beneficiário Titular a opção por permanecer individualmente, com parte ou com a totalidade do seu grupo familiar;
 - B. se no período de manutenção houver casamento do Beneficiário Titular, o novo cônjuge poderá ser incluído no Contrato, assim como os filhos do Beneficiário Titular nascidos ou adotados no período de manutenção.
- 25.3.5.** Em caso de morte do Beneficiário Titular inativo, o direito de manutenção é assegurado aos dependentes cobertos pelo plano privado de assistência à saúde objeto deste Contrato, até o término dos prazos legalmente definidos, desde que continuem pagando integralmente suas contribuições.
- 25.3.6.** O direito de manutenção assegurado, nos termos do artigo 31 da Lei nº 9.656, ao ex-empregado aposentado não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.
- 25.3.7.** Ao ex-empregado aposentado que continuou trabalhando na mesma empresa e dela vem a desligar-se é garantido o direito de manutenção da cobertura assistencial, ressaltando-se que:
- 25.3.7.1.** o direito acima assegurado será exercido pelo ex-empregado aposentado no momento em que se desligar do empregador;
 - 25.3.7.2.** o direito à manutenção da cobertura assistencial é garantido aos dependentes do empregado aposentado que continuou trabalhando na mesma empresa e veio a falecer antes do exercício do direito previsto no artigo 31 da Lei nº 9.656.
- 25.3.8.** A extinção do direito de manutenção assegurado, nos termos do artigo 30 da Lei nº 9.656, ocorre em qualquer das seguintes hipóteses:
- A. admissão do Beneficiário Titular inativo em novo emprego, como tal 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 auto-gestão;
 - B. inadimplência superior ao prazo estipulado em contrato, tanto pela Contratante como pelo Beneficiário inativo;

- C. rescisão deste Contrato;
- D. cancelamento, pela Contratante, do plano de assistência à saúde objeto deste contrato;
- E. decurso do prazo de manutenção previsto no artigo 5º, parágrafo único, da RN/ANS nº 279 e suas posteriores alterações.

25.4. Comunicação ao Beneficiário e à Operadora

25.4.1. A comunicação sobre a opção de manutenção da condição de beneficiário, de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, deverá ser formalmente apresentada pela Contratante, no ato da comunicação do aviso prévio (a ser cumprido ou indenizado) ou da comunicação da aposentadoria.

25.4.2. O ex-empregado, demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado, poderá optar pela manutenção da condição de beneficiário no prazo de 30 (trinta) dias, contado a partir da comunicação inequívoca da Contratante.

25.4.3. A Contratante deverá comunicar, também, os dependentes do aposentado que continuou trabalhando na mesma empresa e veio a falecer antes de exercer o seu direito de manutenção assistencial, observado o mesmo prazo para opção.

25.4.4. A Contratante deverá fornecer as seguintes informações à Operadora:

25.4.4.1. se o beneficiário foi excluído por demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria;

25.4.4.2. se o beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa se trata de aposentado que continuou trabalhando na mesma empresa;

25.4.4.3. se o beneficiário contribuía para o pagamento para o plano de saúde;

25.4.4.4. por quanto tempo o beneficiário contribuiu para o pagamento do plano de saúde;

25.4.4.5. se o beneficiário elegível (ex-empregado ou dependente de aposentado falecido em atividade), optou pela sua manutenção como beneficiário ou se recusou a manter esta condição.

25.4.5. A exclusão do Beneficiário do Contrato (e, se for o caso, reinclusão como inativo) somente poderá ser aceita pela Operadora após o recebimento de documento da Contratante que comprove, de forma inequívoca, que o mesmo foi comunicado do seu direito de manutenção, bem como das informações correlatas acima referidas.

25.5. A Contratante responsabiliza-se por eventuais penalidades a que a Operadora seja submetida, inclusive pelo ressarcimento financeiro, quando for o caso, em razão de medidas judiciais e/ ou demandas administrativas promovidas por ex-empregados que aleguem prejuízo a seus direitos relativos aos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, comprovadamente

decorrente de informações incorretas prestadas, pela Contratante, à Operadora, bem como por irregularidade na correspondente documentação apresentada.

- 25.6.** No caso de cancelamento, pela empregadora contratante, do benefício representado pelo plano de assistência à saúde objeto deste contrato, os beneficiários, ativos e inativos, poderão optar, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a rescisão do Contrato, por um plano individual ou familiar regularmente em comercialização, com coberturas equivalentes e aproveitamento pleno dos prazos de carências e/ou de cobertura parcial temporária já cumpridos, sendo certo que as condições comerciais e de preços serão aquelas vigentes na data da assinatura da proposta de adesão ao plano individual ou familiar.

26. CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

- 26.1.** A perda da qualidade de Beneficiário Titular dar-se-á em um dos seguintes casos:

26.1.1. rescisão deste Contrato;

26.1.2. cessação do vínculo entre o Beneficiário Titular e a Contratante, exceto nas situações e condições previstas nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98;

26.1.3. constatação de fraude praticada pelo Beneficiário Titular, apurada de acordo com a legislação vigente;

26.1.4. solicitação expressa da Contratante, mediante aviso-prévio de 30 (trinta) dias;

26.1.5. falecimento.

26.2. Caberá tão somente à Contratante solicitar a suspensão ou a exclusão de beneficiários.

26.2.1. A Operadora só poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência da Contratante, nos casos de fraude ou perda do vínculo com a Contratante ou de dependência, previstos neste Contrato, ressalvado o disposto nos artigos 30 e 31 da lei nº 9.656/98.

27. RESCISÃO DO CONTRATO

27.1. O atraso no pagamento das Mensalidades por período superior a 5(cinco) dias, implica na suspensão automática do direito dos Beneficiários, titulares e dependentes, a qualquer cobertura contratual.

27.1.1. Sem prejuízo das penalidades legais cabíveis, o Contrato será rescindido, mediante prévia notificação, nas seguintes situações:

A. prática de fraude comprovada;

B. Inadimplência por período superior a 60 (sessenta) dias cumulativos, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do Contrato;

C. infração, por qualquer das partes, às cláusulas deste Contrato.

27.2. Antes que se complete o período de vigência inicial de 12 (doze) meses, a rescisão do Contrato poderá ser solicitada por qualquer das partes, observadas as seguintes condições:

27.2.1. quando motivada por uma das hipóteses previstas no item 28.2,3 sem qualquer ônus, mas preservados os direitos da Operadora relativamente ao recebimento das mensalidades vencidas e não pagas;

27.2.2. Imotivadamente, sujeitando a parte que tenha solicitado a rescisão ao pagamento de multa no valor correspondente a 30% (trinta por cento) das mensalidades restantes para se completar o período inicial de um ano até o limite de 7 (sete) faturas;

27.3. Após o período de vigência inicial de 12 (doze) meses, a rescisão imotivada do Contrato, por iniciativa da Contratante ou da Operadora, poderá ocorrer a qualquer tempo, mediante aviso-prévio de 30 (trinta) dias.

27.3.1. As partes acordam pela rescisão contratual quando houver divergência quanto ao percentual de reajuste anual a ser aplicado neste instrumento.

27.3.2. No período de aviso-prévio para a rescisão do Contrato, independentemente da parte denunciante, não poderá haver inclusões nem exclusões de Beneficiários no Grupo de Beneficiários.

27.4. A cobertura individual de todos os Beneficiários, titulares e dependentes, estará automaticamente cancelada com a rescisão do Contrato.

27.5. Considera-se uso indevido para obter atendimento, a utilização do cartão de identificação ou de outro documento, pelos beneficiários que perderam essa condição, por exclusão ou término do contrato, mesmo que na forma contratual, ou em qualquer hipótese, por terceiros que não sejam beneficiários;

27.6. O uso indevido do cartão de identificação, de qualquer usuário, a critério da PESSOAL SAÚDE, poderá ensejar pedido de indenização por perdas e danos, bem como a exclusão do respectivo titular, e suas consequências.

28.DISPOSIÇÕES GERAIS

28.1. Anexos Contratuais

28.1.1. Integram este Contrato, para todos os fins de direito, a Formulário de Inscrição Cadastral, a Declaração de Saúde e a Carta de Orientação ao Beneficiário, o Cartão de Identificação digital, o Indicador de Serviços da Rede e o Manual do Beneficiário digital, além do Manual

de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS), Guia de Leitura Contratual (GLC) e Solicitação de Estudo.

28.2. Forma de Realização do Plano de Assistência à Saúde

28.2.1. O Plano de Assistência à Saúde objeto deste Contrato poderá ser realizado, seja ele não contributivo ou contributivo, apenas nas duas formas a seguir previstas:

- A. exclusivamente para os Beneficiários Titulares;
- B. para os Beneficiários Titulares e seus dependentes elegíveis.

28.3. Custeio do Plano de Assistência à Saúde

28.3.1. O Plano de Assistência à Saúde objeto deste Contrato poderá ser:

A. Não contributivo - quando o Plano de Assistência à Saúde é totalmente custeado pela Contratante, sem ônus para os Beneficiários.

B. Contributivo - quando os Beneficiários custeiam parcial ou totalmente as Mensalidades.

28.3.2. É certo que, havendo ou não participação dos Beneficiários no custeio das Mensalidades, a Contratante se responsabiliza pelo pagamento integral dessas Mensalidades à Operadora.

28.3.3. Não são considerados como contribuição para o custeio das Mensalidades, os valores, pagos pelos Beneficiários, relativos a fatores moderadores ou coparticipação

28.3.4. A coparticipação é a participação na despesa assistencial a ser paga pelo CONTRATANTE diretamente à CONTRATADA, após a realização do procedimento. Este contrato prevê coparticipação em consultas, exames e internações, conforme os valores previstos no Aditivo de Condição Específica.

28.3.5. Os valores de coparticipação para consultas e exames serão cobrados por procedimentos realizados, tendo como base de cálculo os valores dos procedimentos praticados pela Pessoal Saúde no pagamento de seus prestadores, conforme Tabela de Referência disponível para consulta em sua sede

28.3.6. Em relação as internações, os valores serão cobrados por evento. Será de responsabilidade do CONTRATANTE o pagamento da coparticipação estipulada, que será cobrada pela PESSOAL SAÚDE, juntamente com as faturas mensais.

28.3.7. Os valores de coparticipação serão reajustados anualmente, respeitando-se a data de aniversário do contrato, de conformidade com a variação do IPC - Saúde (Índice de Preços ao Consumidor do Setor de Saúde), da FIPE (Fundação Instituto de Pesquisa Econômica) ou outro índice oficial que venha a substituí-lo no caso de sua extinção, obedecendo as normatizações da Agência Nacional de Saúde Suplementar(ANS), em vigor na data da contratação.

28.3.8. Não haverá coparticipação do BENEFICIÁRIO, sobre as consultas de pré-natal, puericultura, urgência e emergência, as quais, serão pagas integralmente pela Pessoal Saúde.

28.3.9. Independentemente da forma de custeio, a Contratante deverá pagar à Operadora as seguintes taxas administrativas:

28.3.9.1. taxa de implantação – valor único cobrado por titular escrito, conforme previamente definido na Proposta de Adesão;

28.3.10. A CONTRATANTE reconhece como dívida líquida e certa em favor das contratadas quaisquer despesas decorrentes de atendimento prestado a seus beneficiários, depois de cessadas as responsabilidades da PESSOAL SAÚDE, independentemente da data de início de tratamento, bem como aquelas coberturas deferidas liminar ou cautelarmente em procedimento administrativo ou judicial, e posteriormente revogadas ou decididas em contrário e, ainda, os procedimentos não cobertos explicitamente por este contrato.

28.4. Transferências de Plano

28.4.1. As transferências de plano somente serão aceitas após ter sido completado um ano de vigência do Contrato, por ocasião de sua renovação, e, posteriormente, a cada 12 (doze) meses, durante o mês de aniversário do Contrato, desde que, em qualquer hipótese, a Contratante e o Beneficiário estejam em dia com suas obrigações contratuais.

28.4.2. Nas transferências de plano não poderá haver exclusão de dependentes incluídos no Contrato.

28.4.3. Nos casos em que o beneficiário esteja em cumprimento de prazos carenciais, os prazos restantes deverão ser cumpridos na vigência contratual do Plano para o qual tenha ocorrido a transferência.

28.4.4. Nos casos em que o beneficiário, titular ou dependente, esteja em cumprimento de Cobertura Parcial Temporária - CPT, o prazo restante deverá ser cumprido na vigência contratual do Plano para o qual tenha ocorrido a transferência.

28.4.5. Nos casos em que, no Plano para o qual tenha ocorrido a transferência, for garantido o acesso a profissionais, entidades ou serviços de assistência à saúde não constantes do Plano anterior, incluindo-se melhor padrão de acomodação em internações, deverão ser cumpridos períodos de carências, limitados a 180 (cento e oitenta) dias, para a aquisição do direito de utilização da parcela adicional de cobertura representada por esses profissionais, entidades ou serviços de assistência à saúde acrescidos, ou apenas em relação a esse melhor padrão de acomodação, limitados a 180 (cento e oitenta) dias.

28.5. Atendimento ao Cliente

- 28.5.1.** A Operadora mantém o Serviço de Apoio ao Cliente (SAC), para fornecer informações gerais, orientações e esclarecimentos, referentes aos serviços objeto do Contrato.
- 28.5.2.** A relação contendo dados dos prestadores de serviços próprios e credenciados da PESSOAL SAÚDE, terá suas atualizações feitas periodicamente por meio do serviço de atendimento e na internet, no sítio www.pessoalsaude.com.br, bem como no aplicativo disponíveis para celulares.
- 28.5.3.** A PESSOAL SAÚDE não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelos beneficiários com os médicos, hospitais ou entidades contratadas ou não. Tais despesas correm por conta exclusiva do beneficiário. Da mesma forma, a PESSOAL SAÚDE não se responsabilizará pelo pagamento de qualquer serviço eventualmente utilizados que não estejam definidos neste instrumento e no Rol de procedimentos vigentes à época do evento.
- 28.6.** É certo que a Contratante teve prévio conhecimento de que a Operadora mantém, em disponibilidade para comercialização, plano com coberturas contratuais que compreendem o tipo de segmentação assistencial Referência, que também lhe foi oferecido.
- 28.7.** A inserção de mensagens na fatura de cobrança das mensalidades valerá com intimação do CONTRATANTE e de seus usuários, para todos os efeitos deste contrato, a partir da data do respectivo pagamento.
- 28.8.** Este contrato foi elaborado levando-se em consideração a legislação vigente até a data de sua assinatura, assim, qualquer alteração das normas que implique em necessária modificação do que aqui foi avençado, sujeitará a novo ajuste das condições, inclusive com possíveis reflexo na contraprestação.
- 28.9.** Qualquer tolerância não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.
- 28.10.** O contratante deverá notificar a PESSOAL SAÚDE sobre eventual mudança de endereço, bem como alterações dos seus documentos sociais, eximindo – a de qualquer transtorno decorrente da inexatidão dessas informações.
- 28.11. Autorização**
- 28.11.1.** A contratante poderá autorizar, na modalidade de custo operacional, qualquer procedimento não coberto no rol de atendimento, ficando responsável pelo seu integral pagamento acrescido da taxa de administração de 20% (Vinte por cento).

29. DECLARAÇÃO

- 29.1.** Na qualidade de representantes legais da empresa CONTRATANTE, declaramos: que lemos e tomamos perfeita ciência do conteúdo efetivo de todas as cláusulas deste contrato, cujas exclusões e limitações estão de acordo com o preço estipulados;









- 29.1.1.** que compreendemos o teor das tabelas de serviços médicos e hospitalares e entendemos seus critérios de aplicação, bem como todas as condições e formas de pagamento.
- 29.1.2.** que temos ciência de que as responsabilidades pelo pagamento do valor de coparticipação são nossas, e perdurará ainda que o usuário já tenha sido excluído do plano no momento da apresentação da conta.

30. DO FORO

Para dirimir quaisquer dúvidas ou demanda judicial oriundas do presente Contrato, fica eleito o Foro da Comarca de domicílio da Contratante, renunciando-se a qualquer outro por mais privilegiado que seja. E, assim, por estarem justas e contratadas assinam o presente em 2 (duas) vias de igual teor e valor, juntamente com as testemunhas abaixo, a tudo presentes

PESSOAL SAÚDE PLANOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA

CONFORME CLÁUSULA 28.1.1.

 Pessoal MAX 100 ANS 486.040/20-3	 MAX 200 ANS 488.025/21-1	 MAX 300 ANS 493.016/22-9	 MAX 400 ANS 493.015/22-1
Este produto pode ser comercializado para empresas com CNPJ ativo - e MEI conforme legislação vigente.	Este produto pode ser comercializado para empresas com CNPJ ativo - e MEI conforme legislação vigente.	Este produto pode ser comercializado para empresas com CNPJ ativo - e MEI conforme legislação vigente.	Este produto pode ser comercializado para empresas com CNPJ ativo - e MEI conforme legislação vigente.
Tipo de contratação: Coletiva Empresarial	Tipo de contratação: Coletiva Empresarial	Tipo de contratação: Coletiva Empresarial	Tipo de contratação: Coletiva Empresarial
Segmentação: Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia.	Segmentação: Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia.	Segmentação: Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia.	Segmentação: Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia.
Acomodação Hospitalar: Enfermaria	Acomodação Hospitalar: Enfermaria	Acomodação Hospitalar: Apartamento	Acomodação Hospitalar: Enfermaria
Coparticipação: Sim	Coparticipação: Não	Coparticipação: Não	Coparticipação: Não
Grupo de Municípios: com a seguinte área de vendas: Mauá, Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul, Ribeirão Pires e São Paulo Capital.	Grupo de Municípios: com a seguinte área de vendas: Mauá, Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul, Ribeirão Pires e São Paulo Capital.	Grupo de Municípios: com a seguinte área de vendas: Mauá, Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul, Ribeirão Pires e São Paulo Capital.	Grupo de Municípios: com a seguinte área de vendas: Mauá, Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul, Ribeirão Pires e São Paulo Capital.
Razão Social da Empresa Proponente/Contratante: (sem abreviações)*			
CNPJ (Somente os números)		Data de abertura da Empresa ____/____/____	CNAE
ENDEREÇO DA EMPRESA CONTRATANTE (Campos Obrigatórios)			
Lugradouro (Rua, Avenida, etc.)*			Número *
Complemento *	Bairro *	Cidade *	UF *
CEP *	Telefone *	E-mail (Responsável da Empresa)	
Nome representante legal da empresa:			
CPF Responsável da Empresa:		Telefone:	
		Fixo: () _____ Contato: _____	
		Celular: () _____ Contato: _____	
Nome do responsável financeiro:			
DADOS DO PLANO			
Nome Comercial	Cobertura	Tipo contratação	Registro ANS
<input type="checkbox"/>  MAX 100	Ambulatorial+Hosp. com Obstetrícia	com coparticipação	486.040/20-3
<input type="checkbox"/>  MAX 200	Ambulatorial+Hosp. com Obstetrícia	sem coparticipação	488.025/21-1
<input type="checkbox"/>  MAX 300	Ambulatorial+Hosp. com Obstetrícia	sem coparticipação	493.016/22-9
<input type="checkbox"/>  MAX 400	Ambulatorial+Hosp. com Obstetrícia	sem coparticipação	493.015/22-1
VIGÊNCIA DO CONTRATO			
Ciclo	Aprovação Pessoal Saúde	Vigência/Vencimento	Local e Data Assinatura:
01	21 à 30	10	
02	01 à 10	20	
03	11 à 20	28	

DATA DE MOVIMENTAÇÃO CADASTRAL

Inclusões de beneficiários devem ser solicitadas em até o dia 20 do mês que antecede o vencimento da próxima mensalidade para se para que sejam processadas na fatura correspondente.

DADOS PARA PAGAMENTO/RECIBO

Valor total da contraprestação pecuniária (mensalidade) R\$ _____

(Somatória de todas as vidas, respeitando as faixas etárias e seus devidos descontos)

Valor por extenso: _____

Eu, _____, portador(a) do CPF/MF Nº _____, declaro para os devidos fins de direito que estou ciente de que o pagamento da primeira mensalidade, é realizada diretamente ao (Profissional Corretor de Plano de Saúde) desta proposta, e é decorrente da relação direta entre a Corretora e o Proponente Titular, no ato da assinatura deste instrumento, por conta da intermediação para contratação do plano de Saúde. O pagamento da taxa no valor de R\$ 20 reais (vinte reais) por Beneficiário Titular, será cobrado na segunda mensalidade ou primeiro boleto em banco do plano, as quais serão pagas diretamente à Pessoal Saúde. Da mesma forma, estou ciente que a data de início de vigência do meu contrato será dia xxxxxx e que somente após esta data começarão a ser contados os prazos de carência para os benefícios acima contratados.

DECLARAÇÃO PROFISSIONAL CORRETOR

Eu, _____ (Corretor), portador(a) do CPF/MF Nº _____, na qualidade de Corretor (Profissional Corretor de Plano de Saúde), declaro para os devidos fins de direito que recebi do proponente responsável a quantia de R\$ _____ referentes à primeira mensalidade e cadastro desta proposta. Afirmando ainda que, em caso de não aceitação desta proposta, essa mensalidade será integralmente devolvida por mim ao proponente ao seu representante legal.

Verifique sua caixa de e-mail.

Atenção: BOLETOS PARA PAGAMENTO NÃO SERÃO ENVIADOS VIA CORREIOS. O envio da mensalidade para pagamento está condicionado à aprovação da presente proposta após análise de legitimidade da pessoa jurídica contratante e elegibilidade dos beneficiários informados.

Solicitamos a inclusão dos beneficiários aderentes e seus respectivos dependentes no Contrato de Assistência Médica e Hospitalar da Pessoal Saúde, sendo que esta proposta, faz parte integrante do contrato Registrado no Cartório de Registro de Notas e também disponível no site www.pessoalsaude.com.br.

DECLARAÇÕES DA EMPRESA CONTRATANTE

DECLARAMOS PARA OS DEVIDOS FINS:

1º Que as informações prestadas são verdadeiras e completas, ciente das responsabilidades e penalidades assumidas, em face do que contém no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro

2º Declaro que li integralmente e aceitei as disposições e cláusulas contratuais do contrato que faz parte integrante desta proposta Registrado no Cartório de Registro de Notas e também disponível no site www.pessoalsaude.com.br que concordamos em todos os seus termos, sem exceção

3º Declaro para os devidos fins que a Pessoal Saúde, inscrita no CNPJ 17.146.846/0001-37, sob registro ANS 31.023-9, ofertou-me o Plano de Segmentação Referência, esclarecendo a diferença com produtos de outra segmentação e que de livre e espontânea vontade optei por outro(s) plano(s) da operadora.

PLANO REFERÊNCIA DISPONÍVEL OFERECIDO: PLANO REFERÊNCIA Nº467234128

Pela presente declaro que tenho conhecimento do plano referência acima explicitado, que me foi oferecido pela PESSOAL SAÚDE, CNPJ 17.146.846/0001-37, com registro na ANS sob nº 31.023-9, de acordo com a Lei 9.656/98, artigo 12, parágrafo 2º, que institui sua disponibilidade pela operadora, e que, após os esclarecimentos sobre o referido plano, optei pela contratação do(s) plano(s) mencionado(s) na página 1 desta proposta.

DECLARAÇÕES E TERMO RESPONSABILIDADE

A Contratante declara para os fins de direito que:

- 1) Recebeu, leu e compreendeu o Manual de Orientação para Contratação dos Planos de Saúde - MPS à contratação do plano.
- 2) Tem ciência de que a presente proposta é parte integrante do contrato, tendo sido recebida, integralmente lida, entendida e aceita sem nenhuma restrição ao seu conteúdo.
- 3) Tem ciência de que a carteira de identificação no plano será DIGITAL e seu acesso se dará por meio do seu telefone móvel, através do APP da Pessoal Saúde disponíveis nas lojas de aplicativos
- 4) Tem conhecimento de que as Condições Gerais do contrato, as Condições Específicas de cada produto, o Guia de Leitura Contratual e o Guia Contratual de utilização do plano de assistência médica estão disponíveis no site www.pessoalsaude.com.br.
- 5) Está ciente de que deverá enviar cópias dos documentos que comprovem a veracidade das informações prestadas e/ou outras que se fizerem necessárias por força da legislação vigente, sobre a contratante e sobre todos os beneficiários inscritos no contrato, comprometendo-se a manter tais informações devidamente atualizadas, mediante envio dos respectivos documentos comprobatórios, quando solicitados pela Pessoal Saúde.
- 6) Tem ciência de que as informações mínimas acerca do tipo de contratação estarão disponíveis no site da operadora na internet (www.pessoalsaude.com.br), observadas as exigências da RN 389 da ANS.
- 7) Tem ciência que o Orientador Médico está disponível para download ou consulta no site www.pessoalsaude.com.br.
- 8) Tem ciência de que as comunicações da PESSOAL SAÚDE à empresa contratante (aviso de vencimento boleto, inadimplência, descredenciamento de rede, aviso de recebimento) serão enviadas através do e-mail, informado no item de "DADOS DE COBRANÇA" desta proposta.
- 9) Tem ciência de que o pedido de rescisão deste contrato por qualquer das partes antes de transcorrido o prazo de 12 (doze) meses iniciais de vigência implicará multa rescisória de acordo com as regras previstas em contrato.
- 10) Está ciente que é responsável pela exatidão de todas as suas informações cadastradas e de seus beneficiários, principalmente, mas não se limitando, as informações referentes ao vínculo entre a contratante e os beneficiários e entre estes e seus dependentes, e que a omissão, inexatidão ou fraude de tais informações, que possam, inclusive, ter influenciado na aceitação ou no cálculo da contraprestação pecuniária mensal, poderão implicar rescisão do contrato, na responsabilidade civil e criminal, entre outras consequências.

Razão Social da Empresa Proponente/Contratante: (sem abreviações)*				
Nome do proponente Titular*				
Nome da Mãe do proponente Titular*				
Nº Protocolo RN 438	CPF*	Data de Nascimento*	CNS (Cartão Nacional de Saúde)*	Sexo* <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Masculino
Logradouro (Rua, Avenida, etc.)*				Número*
Complemento*	Bairro*	Cidade*	UF*	
CEP*	Telefone*	E-mail*		
Estado Civil*	Celular*	Nome Comercial <input type="checkbox"/> § MAX 100 <input type="checkbox"/> § MAX 200 <input type="checkbox"/> § MAX 300 <input type="checkbox"/> § MAX 400		

DADOS DOS DEPENDENTES INCLuíDOS NO PLANO				
NOME DO DEPENDENTE	Sexo	↓	Parentesco	↓
	1 - Masculino 2 - Feminino		1 - Esposo(a) 2 - Filho(a)	
A				
Nome da Mãe				
B				
Nome da Mãe				
C				
Nome da Mãe				
D				
Nome da Mãe				
E				
Nome da Mãe				

1- No preenchimento desta declaração, V.Sa. tem a opção de ser orientando(a), sem ônus financeiro, por um médico indicado pela operadora ou por um profissional de sua confiança, caso em que as despesas com honorários serão de sua responsabilidade.

2- Estou ciente de que as coberturas para o tratamento de doenças e lesões pré existentes declaradas ou omitidas estarão sujeitas a CPT - Cobertura Parcial Temporária que consiste na suspensão do prazo de cobertura integral para os eventos relacionados pelo prazo de 24 (vinte e quatro) meses contados da data de adesão/contratação, nos termos previstos na Carta de orientação e nas Condições Gerais do Contrato.

Opção de Preenchimento: ☐ Com Orientação Médica ☐ Sem Orientação Médica

Nome do Titular
(Nome completo)

Item	Válida para Titular e Dependentes	Titular	Dependentes			
			1	2	3	4
01	Doenças do aparelho cardiocirculatório (hipertensão, angina, infarto, derrames, arritmias cardíacas, entre outras)?					
02	Doenças veias e artérias (varizes, trombozes, aneurismas, hemorroidas, outras)?					
03	Doenças endócrinas e/ou metabólicas (diabetes, transtornos da glândula tireoide, entre outras)?					
04	Doenças do aparelho digestivo (gastrite, úlcera, esofagite, pancreatite, varizes de esôfago, diverticulites, doença de Crohn, entre outras)?					
05	Hérnias (hiato, inguinal, umbilical, entre outras)?					
06	Doenças renais ou da bexiga (insuficiência renal, rins policísticos, anomalias da pelve renal, do ureter, bexiga, cálculos renais, entre outras)?					
07	Doenças dos órgãos genitais masculinos (hiperplasia de próstata, hidrocele, impotência, entre outras)?					
08	Doenças do sangue (anemia, leucemia, hemofilia, linfomas, entre outras)?					
09	Doenças pulmonares (asma, bronquite, enfizema, pneumonias repetição, outras)?					
10	Doenças do ouvido, nariz ou garganta (diminuição da audição, problemas de adenóide, colesteatoma, desvio de septo, entre outras)?					
11	Doenças dos olhos (miopia, astigmatismo, hipermetropia, ceratocone, catarata, glaucoma, retinopatias, entre outras)?					
12	Doenças ou mal formações congênicas ou hereditárias?					
13	Doenças imunológicas (AIDS ou é portador do vírus HIV, entre outras)?					
14	Doenças ou tumorações benignas ou malignas (câncer)?					
15	Doenças reumáticas (artrites, febre reumática, entre outras)?					
16	Doenças neurológicas (epilepsia, derrame, paralisia cerebral, Parkinson, esclerose múltipla, Doença de Alzheimer, entre outras)?					
17	Transtornos psiquiátricos (psicose, esquizofrenia, neurose, depressão, retardo mental, entre outras)?					
18	Transtornos de comportamento por uso de drogas (álcool, cocaína, maconha, anfetaminas, entre outras)?					
19	Doenças ginecológicas e das mamas (transtornos do perineo, cisto de mama, cisto de ovário, mioma, entre outras, outras)?					
20	Doenças da pele (psoríase, dermatite, alergias, entre outras)?					
21	Doenças infecto-contagiosas (hepatites A, B, C, D e/ou E, tuberculose, outras)					
22	Doenças ortopédicas (artrose, hérnia de disco, fraturas, entre outras)?					
23	Alguma doença ou lesão não mencionada acima?					
24	Está ou esteve internado? Qual hospital? E por qual doença?					
25	É portador de algum transtorno, desordem, desalinhamento e/ou deformidades das arcadas, maxilares, mandíbulas e/ou suas articulações? Aparelho ortodôntico?					
26	Se do sexo feminino está grávida ?					
27	Informe o peso:					
	Informe a altura:					

☐ Tenho ciência que a partir da data da contratação ou adesão ao plano de assistência à saúde, poderei ter suspensão da cobertura de procedimentos de alta complexidade, qualquer possível intervenção cirúrgica e acompanhamento clínico que tenha relação com as patologias que tenha conhecimento previamente a assinatura desse contrato pelo período de 24 meses.

DECLARAÇÃO DO PROPONENTE

DECLARAÇÕES DA EMPRESA CONTRATANTE

Declaro, para todos os efeitos legais, ter conhecimento que as informações registradas nesta Declaração de Condições de Saúde são parte integrante do contrato do Plano de Assistência à Saúde **PESSOAL SAÚDE**; que as mesmas foram prestadas livre e espontaneamente, sendo verdadeiras e completas, pelas quais assumo total responsabilidade, seja no que diz respeito ao meu estado de saúde,

Em caso de resposta afirmativa em qualquer dos campos acima, especificar o item relacionado ao usuário, motivo e data do evento. Especificar também qualquer evento que achar necessário e que não tenha especificado acima.

Item	Cod. Tit/Dep	Data Evento	Descrição da Lesão ou Evento	CID Uso da Operadora

Declaro que nada omiti em relação ao meu estado de saúde e/ou de meus(s) dependente(s), tendo prestado informações completas e verídicas. Concordo em que as declarações que prestei passem a fazer parte integrante do contrato do plano a ser celebrado com a operadora, ficando a mesma autorizada a utilizá-la em qualquer época no amparo e na defesa de seus direitos, sem que tal autorização implique em ofensa ao sigilo profissional. De conformidade com o Artigo 1.444 do Código Civil Brasileiro, declaro estar ciente que, se tiver omitido circunstâncias que possam influir na aceitação da Proposta de Adesão, perderei o direito ao Plano de Assistência. Declaro ter conhecimento da existência e disponibilidade do plano referência, sendo que não optei pelo mesmo.

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO ORIENTADOR

Nome do Médico Dr

Assinatura/Carimbo

CRM

Telefone:

Carimbo:

Data Entrevista:

____/____/____

☐ Contratação sem entrevista médica qualificada, tendo o usuário dispensado a mesma por ter entendido todas as questões respondidas acima e **ASSUMINDO TOTAL RESPONSABILIDADE POR TAIS RESPOSTAS.**

☐ Declaro que fui orientado por médico.

Local e Data

Assinatura Corretor

Assinatura do Titular / Contratante / Responsável Legal

CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO

Prezado (a) Beneficiário(a),

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), instituição que regula as atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde, e tem como missão defender o interesse público, vem, por meio desta, prestar informações para o preenchimento da **DECLARAÇÃO DE SAÚDE**.

O QUE É A DECLARAÇÃO DE SAÚDE?

É o formulário que acompanha o Contrato do Plano de Saúde, onde o beneficiário ou seu representante legal deverá informar as doenças ou lesões preexistentes que saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação do plano. Para o seu preenchimento, o beneficiário tem o direito de ser orientado, gratuitamente, por um médico credenciado/referenciado pela operadora. Se optar por um profissional de sua livre escolha, assumirá o custo desta opção.

Portanto, se o beneficiário (você) toma medicamentos regularmente, consulta médicos por problema de saúde do qual conhece o diagnóstico, fez qualquer exame que identificou alguma doença ou lesão, esteve internado ou submeteu-se a alguma cirurgia, **DEVE DECLARAR ESTA DOENÇA OU LESÃO**.

AO DECLARAR AS DOENÇAS E/OU LESÕES QUE O BENEFICIÁRIO SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO:

- A operadora **NÃO** poderá impedi-lo de contratar o plano de saúde. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.
- A operadora deverá oferecer: cobertura total ou **COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)**, podendo ainda oferecer o Agravio, que é um acréscimo no valor da mensalidade, pago ao plano privado de assistência à saúde, para que se possa utilizar toda a cobertura contratada, após os prazos de carências contratuais.
- No caso de CPT, haverá restrição de cobertura para cirurgias, leitos de alta tecnologia (UTI, unidade coronariana ou neonatal) e procedimentos de alta complexidade – PAC (tomografia, ressonância, endoscopia etc.)*
EXCLUSIVAMENTE relacionados à doença ou lesão declarada, até 24 meses, cotados desde a assinatura do contrato. Após o período máximo de 24 meses da assinatura contratual, a cobertura passará a ser integral de acordo com o plano contratado.
- Não haverá restrição e cobertura para consultas médicas, internações não cirúrgicas, exames e procedimentos que não sejam de alta complexidade, mesmo que relacionados à doença ou lesão preexistente declarada, desde que cumpridos os prazos de carências estabelecidas no contrato.
- Não caberá alegação posterior de omissão de informação na Declaração de Saúde por parte da operadora para esta doença ou lesão preexistente.

AO NÃO DECLARAR AS DOENÇAS E/OU LESÕES QUE O BENEFICIÁRIO SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO:

- A operadora poderá suspeitar de omissão de informação e, neste caso, deverá comunicar imediatamente ao beneficiário, podendo oferecer CPT, ou solicitar abertura de processo administrativo junto a ANS, denunciando a omissão da informação.
- Comprovada a omissão de informação pelo beneficiário, a operadora poderá RESCINDIR o contrato por FRAUDE e responsabilizá-lo pelos procedimentos referentes a doença ou lesão não declarada.
- Até o julgamento final do processo pela ANS, NÃO poderá ocorrer suspensão do atendimento nem rescisão do contrato. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.

ATENÇÃO: Se a operadora oferecer redução ou isenção de carência, isto não significa que dará cobertura assistencial para doenças ou lesões que o beneficiário saiba ter no momento da assinatura contratual. Cobertura Parcial Temporária – CPT – NÃO É CARÊNCIA! Portanto, o beneficiário não deve deixar de informar se possui alguma doença ou lesão ao preencher a Declaração de Saúde!

* Para consultar a lista completa de procedimentos de alta complexidade – PAC, acesse o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS no endereço eletrônico: www.ans.gov.br – **Perfil Beneficiário**.

Em caso de dúvidas, entre em contato com a ANS pelo telefone 0800-701-9656 ou consulte a página da ANS – www.ans.gov.br – Perfil Beneficiário.

Usuário**Intermediário entre a
operadora e o beneficiário**_____, ____/____/____
LOCAL DATA

Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

_____, ____/____/____
LOCAL DATA

Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA CONTRATAÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE

Operadora: CMI PLANOS DE ASSISTENCIA MEDICA LTDA.
CNPJ: 17146846000137
Nº de registro na ANS: 31.023-9
Site: www.pessoalsaude.com.br
Tel.: 115069-0044

Diferenças entre planos individuais e coletivos

Os planos com contratação individual ou familiar são aqueles contratados diretamente da operadora de plano de saúde: é o próprio beneficiário quem escolhe as características do plano a ser contratado.

Os planos com contratação coletiva são aqueles em que o beneficiário ingressa no plano de saúde contratado por uma empresa ou órgão público (coletivo empresarial); associação profissional, sindicato ou entidade assemelhada (coletivo por adesão). Nos planos coletivos é um representante dessas pessoas jurídicas contratantes com a participação ou não de um administrador de benefícios, quem negocia e define as características do plano a ser contratado. Assim, é importante que o beneficiário antes de vincular-se a um plano coletivo, em especial o por adesão, avalie a compatibilidade entre os seus interesses e os interesses da pessoa jurídica contratante.

Aspectos a serem observados na contratação ou ingresso em um plano de saúde

	PLANOS INDIVIDUAIS OU FAMILIARES	PLANOS COLETIVOS
CARÊNCIA	É permitida a exigência de cumprimento de período de carência nos prazos máximos estabelecidos pela Lei nº 9.656/1998: 24h para urgência/emergência, até 300 dias para parto e até 180 dias para demais procedimentos	Coletivo Empresarial
		Com 30 participantes ou mais
		Não é permitida a exigência de cumprimento de carência, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante.
		Com menos de 30 participantes
		É permitida a exigência de cumprimento de carência nos mesmos prazos máximos estabelecidos pela lei.
		Coletivo por Adesão
		Não é permitida a exigência de cumprimento de carência desde que o beneficiário ingresse no plano em até trinta dias da celebração do contrato firmado entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde. A cada aniversário do contrato será permitida a adesão de novos beneficiários sem o cumprimento de carência, desde que: (1) os mesmos tenham se vinculado à pessoa jurídica contratante após os 30 dias da celebração do contrato e (2) tenham formalizado a proposta de adesão até 30 dias da data de aniversário do contrato.

ASSINATURA DO PROPONENTE TITULAR OU SEU RESPONSÁVEL LEGAL/FINANCEIRO. Realizada através de certificação digital

Local e Data:

Assinatura:

MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA CONTRATAÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE

COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)

Sendo constatado no ato da contratação que o beneficiário tem conhecimento de doença ou lesão preexistente (DLP), conforme declaração de saúde, perícia médica ou entrevista qualificada e Carta de Orientação ao Beneficiário de entrega obrigatória, a operadora poderá oferecer a cobertura total, após cumpridas eventuais carências, sem qualquer ônus adicional para o beneficiário. Caso a operadora opte pelo não oferecimento de cobertura total, deverá neste momento, oferecer a Cobertura Parcial Temporária (CPT) que é a suspensão, por até 24 meses, das coberturas para procedimentos de alta complexidade, internações cirúrgicas ou em leitos de alta tecnologia relacionados exclusivamente à DLP declarada. Como alternativa a CPT é facultado à operadora oferecer o Agravado, que é um acréscimo no valor da mensalidade pago ao plano privado de assistência à saúde para que o mesmo tenha acesso regular à cobertura total, desde que cumpridas as eventuais carências. A operadora de planos de saúde não pode negar a cobertura de procedimentos relacionados a DLP não declarada pelo beneficiário antes do julgamento de processo administrativo na forma prevista pela RN 162/2007.

Coletivo Empresarial

Com menos de 30 participante:

Não é permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravado, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante.

Com menos de 30 participante:

É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravado.

Coletivo por Adesão

É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravado, independentemente do número de participantes.

MECANISMOS DE REGULAÇÃO

É importante que o beneficiário verifique: (1) se o plano a ser contratado possui coparticipação e/ou franquia. Em caso positivo, é obrigatório constar no contrato quais os serviços de saúde e como será a sua participação financeira. (2) como é o acesso aos serviços de saúde, no plano que deseja contratar. Exigência de perícia por profissional de saúde, autorização administrativa prévia e/ou direcionamento a prestadores só são permitidas se houver previsão no contrato.

REAJUSTE

Os planos individuais ou familiares precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual, exceto para os de cobertura exclusivamente odontológica que devem ter cláusula clara elegendo um índice de preços divulgado por instituição externa. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente de alteração de idade do beneficiário, segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contrato e atendendo à RN 63/2003.

Os planos coletivos não precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual. Assim, nos reajustes aplicados às mensalidades dos contratos coletivos, prevalecerá o disposto no contrato ou índice resultante de negociação entre as partes contratantes (operadora de plano de saúde e pessoa jurídica), devendo a operadora obrigatoriamente comunicar os reajustes à ANS. O beneficiário deverá ficar atento à periodicidade do reajuste que não poderá ser inferior a 12 meses, que serão contados da celebração do contrato ou do último reajuste aplicado e não do ingresso do beneficiário ao plano. Embora não haja a necessidade de prévia autorização da ANS, esta faz um monitoramento dos reajustes aplicados nos contratos coletivos. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário, segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contrato e atendendo à RN nº 63/2003.

ASSINATURA DO PROPONENTE TITULAR OU SEU RESPONSÁVEL LEGAL/FINANCEIRO. Realizada através de certificação digital

Local e Data:

Assinatura:

MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA CONTRATAÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE

ALTERAÇÕES REDE ASSISTENCIAL PLANO	NA DO	Alterações na rede de prestadores de serviço devem ser informadas pela operadora, inclusive as inclusões. No caso de redimensionamento por redução de prestador hospitalar, a alteração necessita ser autorizada pela ANS antes da comunicação aos beneficiários. Esta comunicação deve observar 30 dias de antecedência no caso de substituição de prestador hospitalar para que a equivalência seja analisada pela ANS.
VIGÊNCIA		A vigência mínima do contrato individual ou familiar é 12 meses com renovação automática. A vigência mínima do contrato coletivo é negociada e tem renovação automática.
REGRAS DE RESCISÃO E/OU SUSPENSÃO		Nos planos individuais ou familiares a rescisão ou suspensão contratual unilateral por parte da Operadora somente pode ocorrer em duas hipóteses: por fraude; e/ou por não pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o beneficiário seja comprovadamente notificado até o 50º dia de inadimplência. Nos planos coletivos as regras para rescisão ou suspensão contratual unilateral são negociadas entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde. É importante que o beneficiário fique atento às regras estabelecidas no seu contrato. A rescisão unilateral imotivada, por qualquer das partes, somente poderá ocorrer após a vigência do período de 12 meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de 60 dias. Na vigência do contrato e sem anuência da pessoa jurídica contratante, a operadora só pode excluir ou suspender a assistência à saúde de beneficiário em caso de fraude ou perda do vínculo de titular ou de dependência.

Perda da condição de beneficiário nos planos coletivos

Nos planos coletivos os beneficiários titulares e seus dependentes podem ser excluídos do plano de saúde, que continua vigente quando perdem o vínculo com a pessoa jurídica contratante, ou seja, com o sindicato, associação profissional ou congênere, órgão público ou empresa.

Direitos dos artigos 30 e 31, da Lei nº 9656/1998, nos planos coletivos empresariais

Nos planos coletivos empresariais em que há participação financeira do beneficiário no pagamento da mensalidade, regular e não vinculada à coparticipação em eventos, é assegurado ao mesmo o direito de permanência neste plano coletivo no caso de demissão sem justa causa ou aposentadoria. No caso de morte do titular demitido ou aposentado em gozo de benefício decorrentes dos artigos 30 e 31, é assegurada a permanência do grupo familiar.

O beneficiário tem um prazo máximo de 30 dias, após seu desligamento, para se manifestar junto à empresa/órgão público, com a qual mantém o vínculo empregatício ou estatutário, sobre a sua vontade de permanecer no plano de saúde. O beneficiário assume integralmente o pagamento da mensalidade quando opta pela permanência. O período de manutenção da condição de beneficiário do plano é de 6 meses no mínimo, e proporcional ao período em que o mesmo permaneceu vinculado e contribuindo para o plano de saúde como empregado ou servidor.

Salientamos que o beneficiário perde o direito de permanência no plano de saúde do seu ex- empregador ou órgão público quando da sua admissão em um novo emprego ou cargo.

ASSINATURA DO PROPONENTE TITULAR OU SEU RESPONSÁVEL LEGAL/FINANCEIRO. Realizada através de certificação digital

Local e Data:

Assinatura:

GUIA DE LEITURA CONTRATUAL (GLC)

Operadora: CMI PLANOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA.
CNPJ: 17146846000137
Nº de registro na ANS: 31.023-9
Site: www.pessoalsaude.com.br
Tel: 115069-0044

CONTRATAÇÃO	Determinase o plano destinase à pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser Individual/Familiar, Coletivo por Adesão ou Coletivo Empresarial.
SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL	Define a amplitude da cobertura assistencial do plano de saúde. A segmentação assistencial é categorizada em: referência, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, ambulatorial, odontológica e suas combinações.
PADRÃO DE ACOMODAÇÃO	Define o padrão de acomodação para o leito de internação nos planos hospitalares: pode ser coletiva ou individual.
ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA E ATUAÇÃO	Área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. A exceção da nacional, é obrigatória a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõem as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal.
COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para a cobertura mínima obrigatória, e no contrato firmado com a operadora, conforme a segmentação assistencial do plano contratado. O beneficiário deve analisar detalhadamente as coberturas a que tem direito.
EXCLUSÕES DE COBERTURAS	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário não tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar, conforme a segmentação assistencial do plano contratado.
DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES (DLP)	Doenças e lesões preexistentes - DLP - são aquelas existentes antes da contratação do plano de saúde, e que o beneficiário ou seu responsável saiba ser portador.
CARÊNCIAS	Carência é o período em que o beneficiário não tem direito a cobertura após a contratação do plano. Quando a operadora exigir cumprimento de carência, este período deve estar obrigatoriamente escrito, de forma clara, no contrato. Após cumprida a carência, o beneficiário terá acesso a todos os procedimentos previstos em seu contrato e na legislação, exceto eventual cobertura parcial temporária por DLP.
CARÊNCIAS MECANISMOS DE REGULAÇÃO	São os mecanismos financeiros (franquia e/ou coparticipação), assistenciais (direcionamento e/ou perícia profissional) e/ou administrativos (autorização prévia) que a operadora utiliza para gerenciar a demanda e/ou utilização dos serviços de saúde.
VIGÊNCIA	Define o período em que vigorará o contrato.

ASSINATURA DO PROPONENTE TITULAR OU SEU RESPONSÁVEL LEGAL/FINANCEIRO. Realizada através de certificação digital

Local e Data:

Assinatura:

GUIA DE LEITURA CONTRATUAL (GLC)

RESCISÃO/ SUSPENSÃO	A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.
REAJUSTE	O reajuste por variação de custos é o aumento anual de mensalidade do plano de saúde em ramo de alteração nos custos, ocasionada por fatores tais como inflação, uso de novas tecnologias e nível de utilização dos serviços. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário.
CONTINUIDADE NO PLANO COLETIVO EMPRESARIAL (ART. 30 E 31 DA LEI Nº 9.656/1998)	A existência da contribuição do empregado para o pagamento da mensalidade do plano de saúde, regular e não vinculada à coparticipação em eventos, habilita ao direito de continuar vinculado por determinados períodos ao plano coletivo empresarial, nos casos de demissão sem justa causa ou aposentadoria observadas as regras para oferecimento, opção e gozo, previstas na Lei e sua regulamentação.

Para informar-se sobre estes e outros detalhes da contratação de planos de saúde, o beneficiário deve contatar a operadora. Permanecendo dúvidas, pode consultar a ANS pelo site www.ans.gov.br ou pelo Disque ANS (0800-701-9656).

ESTE GUIA NÃO SUBSTITUI A LEITURA INTEGRAL DO CONTRATO.



Agência Nacional de
Saúde Suplementar

Ministério
da Saúde



Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)
Av. Augusto Severo, 84 - Glória - CEP 20021-040
Rio de Janeiro - RJ

Disque-ANS: 0800 701 9656
www.ans.gov.br
ouvidoria@ans.gov.br

ASSINATURA DO PROPONENTE TITULAR OU SEU RESPONSÁVEL LEGAL/FINANCEIRO. Realizada através de certificação digital

Local e Data:

Assinatura: