



# INSTRUMENTO PARTICULAR DE CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA

**CLINIPAM**

Plano **MATER GENIAL ADESÃO PJ PLUS SC**

**Registro do Produto na ANS: 481.695/18-1**

Tipo de Contratação: **Coletivo por Adesão**

Segmentação Assistencial: **Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia**

Área Geográfica do plano de saúde: **Grupo de Municípios**

Área de Atuação: **Araucária, Campina Grande do Sul, Colombo, Curitiba, Fazenda Rio Grande, Pinhais, São José dos Pinhais, Balneário Camboriú, Itajaí, Jaraguá do Sul, Blumenau, Brusque, Gaspar, Timbó, Rio dos Cedros, Indaial, Pomerode.**

Padrão de Acomodação em Internação: **Coletiva (Enfermaria)**

Formação do Preço: **Preestabelecido**

## QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA (CONTRATADA)

CLINIPAM - CLÍNICA PARANAENSE DE ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA, operadora privada de plano de saúde na modalidade de medicina de grupo, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob nº 76.882.612/0001-17, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, através do nº 34078-2, estabelecida na Rua XV de Novembro, nº 575 - 4º andar - Centro, CEP 80020-310, telefone (41) 3021-3001, em Curitiba, Estado do Paraná.

## QUALIFICAÇÃO DA CONTRATANTE

(Descrito na Proposta de Adesão – Nº 28311/2019 - ASSOCIACAO DOS SERVIDORES PUBLICOS MUNICIPAIS DE ITAJAI).

### CLÁUSULA I – ATRIBUTOS DO CONTRATO

1.1. O presente contrato tem por objetivo a prestação continuada de serviços na forma de Plano Privado de Assistência à Saúde médico-hospitalar, ao beneficiário regularmente inscrito na forma e condições deste instrumento, conforme previsto na Lei nº 9.656/98 e suas atualizações, abrangendo a cobertura descrita na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, CID 10, as especialidades definidas pelo Conselho Federal de Medicina, bem como no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde definido pela ANS e suas atualizações, vigente à época do evento.

1.2. O presente contrato é de adesão, bilateral gerando direitos e obrigações para as partes, conforme dispõe o Código Civil Brasileiro, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

### CLÁUSULA II – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

2.1 Plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população que mantenha com a CONTRATANTE vínculo de caráter profissional, classista ou setorial.

2.2 Podem ser inscritos no plano como beneficiários titulares as pessoas que comprovem vínculo profissional, classista ou setorial com:

- Conselhos profissionais e entidades de classe nos quais seja necessário o registro para o exercício da profissão;
- Sindicatos, centrais sindicais e as respectivas federações e confederações;
- Associações profissionais legalmente constituídas;
- Cooperativas que congreguem membros de categorias ou classes de profissões regulamentadas;
- Caixas de assistência e fundações de direito privado que se enquadrem nas disposições do artigo 9º da RN nº 195/09, e suas alterações;
- Entidades previstas nas Leis nº 7.395/85 e 7.398/85.

2.3 Podem ser inscritos no plano como beneficiários dependentes, mediante a comprovação das qualidades abaixo indicadas e da dependência econômica em relação ao titular:

- O cônjuge;
- O companheiro, havendo união estável na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge salvo por decisão judicial;
- Os filhos e enteados, ambos com até 35 (trinta e cinco) anos incompletos;



- d) Os sobrinhos e netos de parentesco consanguíneo até 18 (dezoito) anos incompletos  
e) Os tutelados e os menores sob guarda.

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

2.5 O recém-nascido, filho natural ou adotivo de beneficiário titular, terá assegurada a inscrição como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência e alegação de doença ou lesão pré-existente, mediante apresentação da Certidão de Nascimento, desde que inscrito no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou da adoção, no caso do beneficiário titular ter cumprido, no mínimo, 180 (cento e oitenta) dias de carência. Caso o beneficiário titular não tenha cumprido o mínimo de 180 (cento e oitenta) dias de carência, o recém-nascido aproveitará os prazos já cumpridos por este titular.

2.6 O filho menor de 12 (doze) anos adotivo, sob guarda ou tutela, ou cuja paternidade foi reconhecida, incluído até 30 (trinta) dias da data da adoção, guarda ou tutela ou reconhecimento, ficam consideradas as carências cumpridas pelo beneficiário adotante ou pai. A inclusão deverá ser feita pelo CONTRATANTE em formulário próprio fornecido pela CONTRATADA.

2.7 À CONTRATADA reserva-se ao direito de exigir a comprovação das informações fornecidas pela CONTRATANTE, inclusive os comprovantes legais capazes de atestar a condição de elegibilidade de beneficiários titulares e dependentes.

2.8 A CONTRATANTE deve manter permanentemente atualizada, junto à CONTRATADA, as informações cadastrais dos beneficiários titulares e dependentes, que porventura sejam exigidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

### **CLÁUSULA III - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS**

3.1 A CONTRATADA assegurará aos beneficiários regularmente inscritos e satisfeitas às respectivas condições, a cobertura prevista nesta cláusula, compreendendo a cobertura de todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, visando o tratamento de todas as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doença e Problemas Relacionados à Saúde da Organização Mundial de Saúde/10º Revisão CID-10, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vigente à época do evento.

3.2 A participação de profissional médico anesthesiologista nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento terá cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínica.

3.3 Está garantida, ainda, a cobertura para os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e suas atualizações, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho, respeitada a segmentação contratada.

3.4 Entende-se como cobertura relacionada com a saúde ocupacional, o diagnóstico, tratamento, recuperação e reabilitação de doenças relacionadas ao processo de trabalho, listadas na Portaria nº 1339/GM do Ministério da Saúde.

3.5 A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais priorizará o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando-se a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e de acordo com indicação do médico assistente.

3.6 Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10º Revisão - CID-10, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto infligidas, estão obrigatoriamente cobertos.

3.7 O atendimento, dentro da segmentação e da área de abrangência estabelecida no contrato, está assegurado independentemente do local de origem do evento.

#### **3.8 COBERTURAS AMBULATORIAIS NA REDE DA CONTRATADA**

3.8.1 Ao beneficiário será assegurada a cobertura ambulatorial para os seguintes procedimentos, desde que previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento:



- a) Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, aptas a atender as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM;
- b) 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;
- c) Procedimentos de reeducação e reabilitação física em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente;
- d) Consultas e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo, de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, conforme indicação do médico assistente.
- e) Psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, conforme Diretrizes de Utilização, que poderão ser realizados tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitados;
- f) Atendimentos nos casos de planejamento familiar, incluindo:
- Atividades educacionais;
  - Consultas de aconselhamento para planejamento familiar;
  - Atendimento clínico;
  - Sulfato de DEHIDROEPIANDROSTERONA (SDHEA);
  - Implante de dispositivo intrauterino (DIU) hormonal incluindo o dispositivo.
- g) Os seguintes procedimentos, considerados especiais:
- Hemodiálise e Diálise Peritoneal/CAPD;
  - Quimioterapia Oncológica Ambulatorial;
  - Radioterapia;
  - Procedimentos de Hemodinâmica Ambulatorial;
  - Hemoterapia Ambulatorial;
  - Cirurgias Oftalmológicas Ambulatoriais.
- h) Medicamentos registrados/regularizados na ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos para a segmentação ambulatorial.
- i) Cobertura de 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, respeitando preferencialmente as seguintes características:
- 1) Medicamento genérico: medicamento similar a um produto de referência ou inovador, que se pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após expiração ou renúncia da proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovada a sua eficácia, segurança e qualidade, e designado pela Denominação Comum Brasileira - DCB ou, na sua ausência, pela Denominação Comum Internacional - DCI, conforme definido pela Lei nº 9.787/99; e
  - 2) Medicamento fracionado: medicamento fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição do órgão competente - ANVISA.

### 3.9 COBERTURAS HOSPITALARES NA REDE DA CONTRATADA

3.9.1 Ao beneficiário serão asseguradas as coberturas de despesas médico-hospitalares, sem limite de prazo, valor máximo e quantidade de internação, em unidades referenciadas aptas a atender as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM, englobando os seguintes itens:

- a) Internações hospitalares clínicas e/ou cirúrgicas, bem como o acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional, na indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou contratados pelo plano e internações em Centro de Terapia Intensiva ou similar;
- b) Despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem, exceto quando em caráter particular, e alimentação;



- c) Toda e qualquer taxas, incluindo materiais utilizados, assim como a remoção do paciente, quando comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, em território brasileiro, dentro dos limites da abrangência geográfica prevista no contrato;
- d) Remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro;
- e) O beneficiário terá direito à cobertura de despesas de diária(s) de 1 (um) acompanhante, no caso de paciente menor de 18 (dezoito) anos e com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente, no local da internação, excetuado os casos de CTI ou similar;
- f) Exames complementares indispensáveis ao controle da evolução da doença e à elucidação diagnóstica realizados durante o período de internação hospitalar;
- g) Fornecimento de medicamentos nacionais e nacionalizados, anestésicos, gases medicinais e transfusões, conforme prescrição do médico assistente ministrados durante o período de internação hospitalar;
- h) Atendimentos nos casos de planejamento familiar incluindo o seguinte procedimento: sulfato de DEHIDROEPIANDROSTERONA (SDHEA);
- i) Os seguintes procedimentos, considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:
- Hemodiálise e Diálise Peritoneal/CAPD;
  - Quimioterapia Oncológica Ambulatorial;
  - Procedimento Radioterápico Ambulatorial e Hospitalar;
  - Hemoterapia;
  - Nutrição Enteral ou Parenteral;
  - Procedimentos Diagnósticos e Terapêuticos em Hemodinâmica;
  - Embolizações e Radiologia Intervencionista;
  - Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
  - Procedimentos de Reeducação e Reabilitação Física;
- j) Cirurgia plástica reparadora quando efetuada para restauração de órgãos e funções conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- k) 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;
- l) Procedimentos buco-maxilo-faciais que necessitem de internação hospitalar, realizada por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar;
- m) Estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica;
- n) Transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, bem como as despesas com os procedimentos necessários à realização do transplante, incluindo, quando couber: despesas assistenciais com doadores vivos, medicamentos utilizados durante a internação, acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção, despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde - SUS. Na hipótese de realização dos referidos transplantes, o associado deverá, obrigatoriamente, estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs, sujeitando-se aos critérios de fila única de espera e de seleção;

### 3.10 COBERTURAS PARA SAÚDE MENTAL NA REDE DA CONTRATADA



3.10.1 Ao beneficiário serão asseguradas as coberturas das despesas relativas à saúde mental correspondentes ao tratamento de todos os transtornos psiquiátricos codificados na CID-10.

3.10.2 A cobertura hospitalar para saúde mental terá as seguintes garantias e condições:

- a) Custeio integral de pelo menos 30 (trinta) dias de internação, consecutivos ou não, verificados nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato;
- b) Coparticipação do beneficiário em 50% (cinquenta por cento) de todos os custos envolvidos na diária de internação, a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação do paciente. Esse percentual de coparticipação equivalerá ao máximo admitido por norma editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS que estiver vigente à época da contratação do plano.
- c) A cobertura do tratamento em regime de hospital-dia deverá se dar de acordo com as diretrizes estabelecidas nos normativos vigentes.

### 3.11 COBERTURAS OBSTÉTRICAS NA REDE DA CONTRATADA

- a) Procedimentos relativos ao pré-natal e à assistência ao parto e puerpério;
- b) Cobertura das despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, relativas ao acompanhante indicado pela mulher durante pré-parto, parto e pós-parto imediato por 48 (quarenta e oito) horas, salvo contra-indicação do médico ou até 10 (dez) dias, quando indicado pelo médico assistente;
- c) Cobertura assistencial ao recém-nascido(a), filho(a) natural ou adotivo(a) do beneficiário, durante os 30 (trinta) primeiros dias após o parto sendo vedada qualquer alegação de DLP ou aplicação de CPT ou Agravado.

## CLÁUSULA IV - EXCLUSÕES DE COBERTURA

**4.1 Em conformidade com o que prevê o artigo 10 da Lei nº 9.656/98 estão terminantemente excluídos da cobertura contratual os seguintes eventos:**

**4.1.1 Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, assim considerados os que empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registradas ou regularizadas no país, ou os considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina – CFM e/ou Conselho Federal odontológico CFO, ou os tratamentos cujas indicações não constem na bula registrada na ANVISA (uso *off-label*).**

**4.1.2 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.**

**4.1.3 Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, com exceção dos medicamentos antineoplásicos orais que estejam em conformidade com as Diretrizes de Utilização do Rol de Procedimentos da ANS vigente à época do evento. Medicamentos para tratamento domiciliar são aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, ou seja, aqueles que não requerem administração assistida, assim entendido, os que não necessitam de intervenção ou supervisão direta do profissional de saúde habilitado ou cujo uso não é exclusivamente hospitalar, podendo ser adquiridos por pessoas físicas em farmácias de acesso ao público e administrados em ambiente externo ao de Unidade de Saúde (hospitais, clínicas, ambulatorios, urgência e emergência).**

**4.1.4 Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico: prótese é qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido, e órtese é 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.**

**4.1.5 Dispositivos para surdez e lentes não contemplados no rol de procedimentos da ANS, óculos, lentes de contato, aluguel e aquisição de equipamentos e aparelhos.**



**4.1.6 Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim: todo aquele que não visa restaurar função parcial ou total de órgão ou parte do corpo humano lesionado, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita.**

**4.1.7 Inseminação artificial: técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e espermatozoides para alcançar a fertilização, por meio de injeções de espermatozoides intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas.**

**4.1.8 Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética.**

**4.1.9 Tratamentos em clínica de repouso, spas, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitam de cuidados médicos em ambiente hospitalar.**

**4.1.10 Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes.**

**4.1.11 Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.**

**4.1.12 Aplicação de vacinas e imunizações.**

**4.1.13 Internações de caráter social, ou seja, aquelas solicitadas, ainda que por médico credenciado, para complementação do tratamento em razão de carências de apoio social, econômico ou familiar (entre outros exemplos, internações de pacientes – idoso ou não – em razão dos filhos não terem possibilidade de cuidar do beneficiário em casa e internação em razão da falta de condições na residência do beneficiário) e internação com finalidade diagnóstica, cujo quadro clínico não justifique e cujos testes e exames possam ser realizados em caráter ambulatorial, sem prejuízo para o contratante.**

**4.1.14 Toda forma de tratamento domiciliar que esteja fora das determinações da ANS, mesmo que o**

**caso exija cuidados especiais, inclusive nas emergências, como por exemplo o Home Care, aluguel de equipamentos e similares, materiais e medicamentos, serviços de enfermagem e remoção, consultas médicas e terapias, como fisioterapia, terapia ocupacional, psicologia, fonoaudiologia, nutricionista, entre outros, ainda que as condições de saúde do beneficiário exijam cuidados especiais ou extraordinários e tudo que for relacionado à assistência domiciliar.**

**4.1.15 Procedimentos realizados fora da área geográfica de abrangência e da área de atuação estabelecidas neste contrato.**

**4.1.16 Despesas com hospitais, clínicas, laboratórios, médicos, profissionais da área de saúde, exames, terapia, entre outros, que não sejam credenciados ou próprios da CLINIPAM, não cabendo qualquer forma de reembolso para tais despesas, exceto com relação aos casos de urgência e emergência quando não for possível a utilização dos serviços próprios ou credenciados dentro da área geográfica de abrangência e área de atuação do contrato.**

**4.1.17 Tratamentos ou procedimentos odontológicos de qualquer natureza, inclusive os decorrentes de acidentes pessoais, exceto os procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, e que necessitam de regime de internação hospitalar.**

**4.1.18 Tratamentos, exames, terapias e consultas médicas realizadas ou prescritas por profissionais de especialidades ou áreas de atuação médica não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, ou outras especialidades não reconhecidas pelos seus respectivos Conselhos de Classe (exemplo: medicina ortomolecular).**



4.1.19 Fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde - CITEC.

4.1.20 Transplantes, com exceção de córnea, rim, bem como dos transplantes autólogos e alogênicos de medula óssea que estejam em conformidade com as Diretrizes de Utilização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento.

4.1.21 Internações clínicas ou cirúrgicas, exames e terapias não prescritos ou não solicitados por médico assistente.

4.1.22 Quaisquer despesas extraordinárias não relacionadas com o atendimento médico-hospitalar do beneficiário durante o período de internação hospitalar, tais como serviços telefônicos, itens do frigobar, jornais, TV, estacionamento, etc.

4.1.23 Despesas com a internação após a alta hospitalar concedida pelo médico assistente.

4.1.24 Remoções realizadas por via aérea ou marítima; ou terrestre, respeitando-se nesse caso as regras previstas na Cláusula VIII - Atendimento de Urgência e Emergência.

4.1.25 Exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais.

4.1.26 Todo e qualquer procedimento médico, terapêutico e hospitalar que não esteja previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, incluindo, mas não se limitando aos seguintes procedimentos que não possuem cobertura contratual:

a) Nucleoplastia com Radiofrequência;

b) Cifoplastia;

c) Tratamento Radioterápico com Técnica de Modulação de Intensidade de Feixe de Radiação, exceto para cabeça e pescoço;

d) Radioterapia Conformada Tridimensional, exceto para cabeça e pescoço, sistema nervoso central (SNC), mama, pulmão e pelve;

e) Terapias especiais, como Método Pediasuit, Theratogs, Equoterapia, Hidroterapia e Musicoterapia, entre outras consideradas experimentais;

f) Terapia Fotodinâmica;

g) Fisioterapias que utilizem técnicas cinesioterápicas específicas;

h) Implante Transcateter de Prótese Valvar Aórtica ou Troca Valvar por Via Percutânea;

i) Mastoplastia ou Mamoplastia para correção da hipertrofia mamária;

j) Todo exame de Pet Scan que não atenda as Diretrizes de Utilização editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar;

4.1.27 Despesas com necropsias e funeral.

4.2 A presente cláusula de exclusão deverá ser interpretada em consonância com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, data da solicitação do procedimento, e suas Diretrizes de Utilização.

4.3 Estão excluídos deste plano os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, visto que não possuem cobertura assistencial obrigatória.

## **CLÁUSULA V - DURAÇÃO DO CONTRATO**

5.1 O presente contrato vigorará pelo prazo de 12 (doze) meses contados da data da assinatura do contrato, desde que até este momento não seja feito nenhum pagamento à operadora. A vigência do contrato inicia conforme disposto na Proposta de Adesão.



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

## **CLÁUSULA VI - PERÍODOS DE CARÊNCIA**

6.1 As coberturas previstas pelo plano contratado somente passam a vigorar depois de cumpridos os prazos de carência a seguir descritos, contados a partir da assinatura da Proposta de Adesão, por parte do beneficiário:

- a) 24 (vinte quatro) horas para os casos de emergência e urgência, conforme definidos na Cláusula VIII - Atendimento de Urgência e Emergência;
- b) 30 (trinta) dias – consultas, patologia clínica, raio-X simples, eletrocardiograma, anatomia patológica e eletroencefalograma;
- c) 120 (cento e vinte) dias – ultrassonografia, audiometria, impedanciometria e eletroneuromiografia;
- d) 180 (cento e oitenta) dias – raio-X contrastado, endoscopia digestiva, fisioterapia, testes oftalmológicos, testes otorrinolaringológicos, tomografia computadorizada, ressonância magnética, quimioterapia, radioterapia, hemodiálise, demais exames e procedimentos ambulatoriais;
- e) 180 (cento e oitenta) dias – internamentos clínicos, cirúrgicos, psiquiátricos e todos os demais procedimentos de natureza hospitalar.
- f) 300 (trezentos) dias – procedimentos obstétricos (parto a termo).

6.2 Todos os exames e procedimentos que não foram expressamente relacionados nos itens de “a” a “e” acima mencionados terão carência de 180 (cento e oitenta) dias, salvo nos casos de doença e lesão preexistentes.

6.3 Eventual redução do prazo de carência que possa ser concedida pela CONTRATADA deverá, obrigatoriamente, ser especificada em aditivo ao contrato. Não havendo menção específica em termo aditivo, prevalece o período previsto nesta cláusula.

6.4 Não será exigido o cumprimento das carências, descritas no item 6.1, dos beneficiários que se enquadrarem em uma das seguintes condições:

- a) A inscrição do beneficiário no plano ocorrer em até 30 (trinta) dias da celebração do contrato;
- b) O beneficiário se vincular à contratante após o transcurso do prazo acima e formalizar sua proposta de adesão até 30 (trinta) dias após a data de aniversário do contrato coletivo.

6.5 Nos casos em que houver carência, esta será contada para cada beneficiário a partir da data de seu ingresso no plano.

6.6 Caso o beneficiário opte pela alteração de plano por outro com acomodação superior a que é atualmente contratada, deverá cumprir carência de 180 (cento e oitenta) dias para internação na nova acomodação, sendo que se houver necessidade de internação durante o período de carência, terá o beneficiário direito à acomodação de acordo com o plano anteriormente contratado.

## **CLÁUSULA VII - DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES**

7.1 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 9.656/98 e as diretrizes estabelecidas na RN nº 162/07 e suas atualizações.

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

7.2.1 A suspensão a que se refere o item 7.2 ocorrerá por período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano de saúde.



7.2.2 Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no site [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br).

7.3 Agravo é qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário, sendo o seu oferecimento facultativo conforme dispõe a RN nº 162/07.

7.4 O beneficiário deverá informar à CONTRATADA, quando expressamente solicitado na documentação contratual por meio da Declaração de Saúde, o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes à época da adesão ao presente contrato, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou rescisão unilateral do contrato.

7.5 Para informar a existência de doenças e lesões preexistentes, o beneficiário titular preencherá o formulário de Declaração de Saúde acompanhado da Carta de Orientação ao Beneficiário e poderá solicitar um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados ou referenciados pela CONTRATADA para orientá-lo. Caso o beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à rede assistencial da CONTRATADA, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus financeiro dessa entrevista.

7.6 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 da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.

7.7 Caso a CONTRATADA verifique indício de Doença e Lesão Preexistente não declarada, na ocasião do preenchimento da Declaração de Saúde, poderá solicitar o comparecimento do CONTRATANTE em sua sede para esclarecimentos.

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

7.9 Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do beneficiário, a existência de doença ou lesão preexistente que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a CONTRATADA oferecerá a Cobertura Parcial Temporária - CPT, não estando disponível o oferecimento do Agravo como opção à CPT conforme faculta a RN nº 162/07. Caso a CONTRATADA não ofereça Cobertura Parcial Temporária no momento da adesão contratual, não caberá alegação de omissão de informação na Declaração de Saúde ou aplicação posterior de Cobertura Parcial Temporária.

7.10 Nos casos de Cobertura Parcial Temporária, findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme a segmentação contratada e prevista na Lei nº 9.656/98.

7.11 Identificado indício de fraude por parte do beneficiário, em até 24 (vinte e quatro) meses da data da contratação do plano, referente à omissão de conhecimento de Doença e Lesão Preexistente, por ocasião da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a CONTRATADA deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao beneficiário, através de Termo de Comunicação ao Beneficiário e poderá:

- a) Oferecer CPT ao beneficiário pelos meses restantes, a partir da data de recebimento ao Termo de Comunicação, até completar o período máximo de 24 (vinte e quatro) meses da assinatura contratual ou da adesão ao plano de saúde; ou
- b) Solicitar abertura de processo administrativo junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, quando da identificação do indício de fraude ou após recusa do beneficiário à CPT.

7.11.1 Não haverá a negativa de cobertura assistencial, sob a alegação de doença ou lesão preexistente, bem como a suspensão ou rescisão unilateral do contrato, até a publicação pela ANS do encerramento do processo administrativo, ficando a CONTRATADA sujeita as penalidades previstas na legislação em vigor.



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

7.11.3 Se solicitado pela ANS, o beneficiário deverá remeter a documentação necessária para instrução do processo.

7.11.4 Após julgamento e acolhida à alegação da CONTRATADA pela ANS, o beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação da omissão da doença e lesão preexistente, constatada pela CONTRATADA.

7.12 Será excluído do plano de saúde o beneficiário que fez parte do processo administrativo, na data em que a CONTRATADA for comunicada pela ANS.

## **CLÁUSULA VIII - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

8.1 É obrigatória por parte da CONTRATADA a cobertura do atendimento nos casos de:

- I. Urgência, assim entendidos os atendimentos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional; e
- II. Emergência, como tal definidos os atendimentos que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

8.2 A cobertura de urgência e emergência será garantida nas doze primeiras horas ou até que o atendimento caracterize a necessidade de realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar nos seguintes casos:

- a) Durante o período em que o beneficiário estiver cumprindo carência para internação;
- b) Nos atendimentos de urgência decorrentes de processo gestacional, quando a beneficiária estiver cumprindo carência para internação; e
- c) Nos casos em que houver Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia ou procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças ou lesões preexistentes.

8.3 Após cumpridas as carências, haverá cobertura dos atendimentos de urgência e emergência desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções.

8.4 A CONTRATADA garantirá os atendimentos decorrentes de acidentes pessoais, sem restrições, depois de decorridas 24 (vinte e quatro) horas de vigência do contrato.

### **8.5 DA REMOÇÃO**

8.5.1 A CONTRATADA garantirá a remoção do beneficiário, para outra unidade de atendimento da rede do plano, dentro dos limites de cobertura geográfica deste contrato, somente quando decorrente de atendimento de urgência ou emergência e nas seguintes situações:

- I. Quando o beneficiário se encontrar em um estabelecimento credenciado da CONTRATADA e o médico assistente detectar a falta de recursos desse estabelecimento para garantir a continuidade da atenção ao paciente, o mesmo será transferido para outra unidade de atendimento da rede da CONTRATADA que ofereça os recursos necessários.
- II. Quando houver o limite de 12 (doze) horas de atendimento, previstos para os casos de carência ou para os planos com cobertura exclusivamente ambulatorial, e após terem sido realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência durante o período acima ou quando antes disso houver a necessidade de internação, o beneficiário que se encontrar em uma unidade credenciada da CONTRATADA será removido para uma unidade do Sistema Único de Saúde - SUS.

8.5.2 Os serviços de remoção serão prestados em unidades móveis, ambulâncias de suporte básico ou UTI, dentro do limite de abrangência geográfica previsto neste contrato.

8.5.3 O hospital de destino sempre será o determinado pelo corpo clínico da CONTRATADA e por esta, credenciado.

### **8.6 DA REMOÇÃO PARA O SUS**



8.6.1 À CONTRATADA caberá o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento.

8.6.2 Quando não puder haver remoção por risco de vida, a CONTRATANTE e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a CONTRATADA desse ônus.

8.6.3 A CONTRATADA deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS.

8.6.4 Se o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade não pertencente ao SUS, ficará a CONTRATADA desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

## 8.7 DO REEMBOLSO

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

8.7.2 O beneficiário terá o prazo de 1 (um) ano para solicitar o reembolso, devendo para tanto apresentar à CONTRATADA os seguintes documentos:

- I. Cartão de Identificação do beneficiário;
- II. Relatório do médico assistente com identificação deste profissional, atestando a urgência ou emergência, com o nome do paciente, descrição do tratamento e respectiva justificativa dos procedimentos realizados, data do atendimento, e, quando for o caso, período de permanência no hospital e data da alta hospitalar;
- III. Conta hospitalar discriminando materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com notas fiscais, faturas ou recibos do hospital;
- IV. Nota Fiscal ou recibo individualizado de honorários do médico assistente com seu CRM, CPF e telefone de contato, auxiliares e outros, discriminando funções e o evento a que se referem, e se for o caso, a duração do ato anestésico;
- V. Comprovantes relativos aos serviços de exames laboratoriais, de radiodiagnósticos, terapias e serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente;
- VI. Demais documentos que se façam necessários.

8.7.3 Serão reembolsáveis somente as despesas vinculadas ao evento que originou o atendimento ao beneficiário, realizadas enquanto durar o atestado de urgência ou emergência.

8.7.4 O reembolso será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento da documentação completa pela CONTRATADA, e seu valor não poderá ser inferior ao praticado por esta junto à rede assistencial do presente plano.

## CLÁUSULA IX - MECANISMOS DE REGULAÇÃO

### 9.1 CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO

9.1.1 A CONTRATADA fornecerá aos beneficiários o Cartão de Identificação e disponibilizará para *download* pelo *Google Store/App Store* no aplicativo a Carteirinha Digital, constando o plano em que está inscrito, bem como as carências e demais informações necessárias, cuja apresentação de qualquer dessas identificações física ou digital, será exigida, juntamente com documento de identificação oficial, sempre que os serviços forem utilizados.

9.1.2 Na Área Restrita do Usuário na Web encontra-se o Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar-PIN-SS, conforme estabelece a RN nº 389/15 e suas atualizações, contendo informações do beneficiário, inclusive seu Código de Identificação, que poderão ser impressas pelo beneficiário e também substituir o cartão em meio físico.

9.1.3 Nenhum atendimento ao serviço previsto neste contrato será realizado sem a apresentação do Cartão de Identificação do beneficiário fornecido e expedido pela CONTRATADA para os beneficiários cadastrados no plano, acompanhada de documento de identificação oficial, exceto nos casos de urgência e emergência.



9.1.4 É obrigação da CONTRATANTE, na hipótese de rescisão, resolução ou resilição deste contrato, ou ainda, da exclusão de algum beneficiário, devolver todos os Cartões de Cliente e quaisquer outros documentos fornecidos pela CONTRATADA, respondendo pelos prejuízos resultantes do uso indevido desses documentos, não cabendo à CONTRATADA qualquer responsabilidade em relação ao uso indevido dos mesmos.

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

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

## 9.2 AUTORIZAÇÕES PRÉVIAS

9.2.1 O atendimento às coberturas previstas neste contrato será PRESTADO EXCLUSIVAMENTE na rede de prestadores indicada pela CONTRATADA, observada a abrangência geográfica de cobertura.

9.2.2 Para a realização dos procedimentos contratados será necessária AUTORIZAÇÃO PRÉVIA obtida através da liberação da guia, que deverá ser solicitada no Serviço de Atendimento ao Cliente – SAC, no portal eletrônico da CONTRATADA, no Aplicativo Móvel ou nas Unidades Próprias, exceto consultas e os procedimentos caracterizados como urgência e emergência. Em caso de dúvidas, orientações através da Central de Atendimento.

9.2.3 O pedido deverá ser apresentado à Central de Atendimento da CONTRATADA que emitirá resposta pelo profissional avaliador no prazo estipulado pelo normativo vigente da ANS, a contar da data da solicitação à CONTRATADA, ou em prazo inferior, quando caracterizada a urgência.

9.2.4 Os serviços de diagnósticos, tratamentos e demais procedimentos ora contratados poderão ser solicitados pelo médico assistente ou cirurgião dentista, pertencentes ou não à rede própria ou contratualizada da CONTRATADA. No entanto, em todos os casos os atendimentos deverão OBRIGATORIAMENTE ser realizados na rede da CONTRATADA.

## 9.3 DA JUNTA MÉDICA

9.3.1 Em situações de divergência médica, quando for solicitada autorização pelo beneficiário, para realização de exames, procedimentos ambulatoriais ou hospitalares, a CONTRATADA poderá exigir que a definição do impasse seja resolvida através de junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo beneficiário, por médico da operadora e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais nomeados. Para esta avaliação, serão considerados os prazos previstos na RN nº 259/11 e suas atualizações, contados do primeiro dia útil subsequente à data da entrega de todos os documentos solicitados.

9.3.2 Cada uma das partes pagará os honorários do profissional que nomear, exceto se o médico assistente escolhido pelo beneficiário pertencer à rede credenciada ou própria da CONTRATADA, que nesse caso, arcará com os honorários de ambos os nomeados. A remuneração do terceiro desempassador deverá ser paga pela operadora.

9.3.3 A junta médica, formada para dirimir divergência técnico-assistencial sobre procedimento ou evento em saúde, seguirá os requisitos do normativo vigente à época do evento.

## 9.4 COPARTICIPAÇÃO

9.4.1 Coparticipação é o valor devido à operadora de plano privado de assistência à saúde, em razão da realização de um procedimento ou evento em saúde pelo beneficiário. O valor correspondente à coparticipação será apresentado juntamente com a cobrança da contraprestação pecuniária, devendo a CONTRATANTE pagá-los em sua íntegra.

9.4.2 Para os serviços de diagnóstico e exames, terapias, tratamentos e/ou procedimentos ambulatoriais relacionados abaixo, o titular do contrato coparticipará, para si ou seus dependentes, conforme valores e/ou percentuais especificados a seguir:

9.4.2.1 Segmento Ambulatorial:



- a) Consultas eletivas realizadas na unidade própria (na especialidade Médico da Família/Gestor Clínico) – não haverá coparticipação;
- b) Consultas eletivas realizadas na unidade própria (inclusive nos retornos) – R\$ 20,00 (vinte reais) por consulta realizada;
- c) Consultas eletivas nas demais especialidades médicas realizadas na rede credenciada (inclusive nos retornos) – R\$ 50,00 (cinquenta reais) por consulta realizada;
- d) Consultas de urgência e emergência (inclusive nos retornos) - R\$ 80,00 (oitenta reais) por consulta realizada;
- e) Serviços de Diagnóstico e Tratamento - 50% (cinquenta por cento) sob o valor utilizado, limitado ao valor de R\$ 150,00 (cento e cinquenta reais) por procedimento;
- f) Atendimentos Ambulatoriais, incluindo, mas não se limitando a Sessões de Fisioterapia Fonoaudiologia, Psicologia, Nutricionista e Terapia Ocupacional: 50% (cinquenta por cento) sob o valor utilizado, limitado ao valor de R\$ 150,00 (cento e cinquenta reais) por sessão;
- g) Terapias em Geral, incluindo, mas não se limitando a Sessões de Quimioterapia, Radioterapia, Hemodiálise, Diálise Peritoneal, Hemoterapia: 50% (cinquenta por cento) sob o valor utilizado, limitado ao valor de R\$ 150,00 (cento e cinquenta reais) por sessão.

9.4.2.1.1 Os percentuais previstos nos itens “e”, “f” e “g” são calculados sobre os valores pagos pela CONTRATADA aos prestadores de serviço, vigente à época da prestação de serviço.

#### 9.4.2.2 Segmento Hospitalar:

- a) Internação: (exceto psiquiátricas que tem regras diferentes conforme item 3.10 da Clausula III – Coberturas e Procedimentos Garantidos) R\$ 150,00 (cento e cinquenta reais) por evento de internação.

### 9.5 SERVIÇOS PRÓPRIOS E REDE CREDENCIADA

9.5.1 Os beneficiários com mais de 60 (sessenta) anos, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até 05 (cinco) anos possuem privilégios na marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos em relação aos demais beneficiários.

9.5.2 Será disponibilizado no portal da operadora [www.clinipam.com.br](http://www.clinipam.com.br) o manual da rede prestadores de serviços da CONTRATADA, bem como sua atualização, o qual poderá igualmente ser informado ao beneficiário através do Serviço de Atendimento ao Cliente – SAC.

9.5.3 A inclusão como contratado, referenciado ou credenciado, de qualquer entidade hospitalar, implica compromisso para com os consumidores quando a sua manutenção ao longo da vigência do contrato, conforme regras abaixo:

I. A substituição da entidade hospitalar, que se dará por outra equivalente e mediante comunicação aos consumidores e à ANS com trinta dias de antecedência, fazendo constar essa informação inclusive no portal eletrônico da CONTRATADA. Ficam ressalvados desse prazo mínimo de 30 (trinta) dias os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor;

II. Nos casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, a CONTRATADA arcará com a transferência do beneficiário para outro estabelecimento equivalente, sem ônus adicional, garantindo-lhe a continuação da assistência;

III. Na hipótese da substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer por vontade da CONTRATADA durante período de internação do beneficiário, o hospital estará obrigado a manter a internação e a CONTRATADA a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério do médico assistente, na forma do contrato;

IV. Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, a operadora deverá solicitar à ANS autorização expressa.

V. A CONTRATADA reserva-se o direito, quando necessário, de modificar ou cancelar o credenciamento de médicos ou entidades prestadoras de serviços, constantes na relação da rede credenciada, preservando, entretanto, o mesmo nível de atendimento e disponibilizando os dados do novo credenciado/prestador no portal eletrônico da CONTRATADA.

VI. As substituições dos prestadores não hospitalares podem ser obtidas através do endereço eletrônico [www.clinipam.com.br](http://www.clinipam.com.br) e Serviço de Atendimento ao Consumidor – SAC.



## CLÁUSULA X - FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

10.1 O valor a ser pago pela cobertura assistencial contratada é preestabelecido e a responsabilidade pelo pagamento total da contraprestação pecuniária será da pessoa jurídica CONTRATANTE.

10.2 Este contrato poderá ser comercializado em preço por faixa acumulada ou preço único sendo estabelecido como método de cálculo o critério de média ponderada, conforme o número de beneficiários integrantes do contrato.

10.3 A CONTRATANTE obriga-se a pagar à CONTRATADA os valores da contraprestação pecuniária relacionados na Proposta de Adesão dos beneficiários inscritos no contrato.

10.3.1 O disposto no item 10.3, se refere, de igual modo, aos beneficiários incluídos, a qualquer tempo, a partir da vigência deste contrato.

10.4 As contraprestações pecuniárias, acrescidas de eventuais coparticipações, deverão ser pagas até o vencimento estipulado na Proposta de Adesão.

10.5 Os pagamentos deverão ser feitos, mensalmente, até a data do vencimento da contraprestação pecuniária, de acordo com a data da assinatura da Proposta de Adesão, ou no primeiro dia útil subsequente quando o vencimento ocorrer em feriado ou dia em que não haja expediente bancário.

10.6 Caso algum beneficiário seja incluído em data posterior à vigência mensal do contrato, será cobrada contraprestação pecuniária proporcional ao tempo em que foi incluído.

10.7 Caso o beneficiário seja excluído em data posterior à vigência mensal do contrato, será cobrada a contraprestação pecuniária integral relativa ao mês de exclusão.

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

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

10.10 Se a CONTRATANTE não receber documento que possibilite realizar o pagamento de sua obrigação até 5 (cinco) dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente à CONTRATADA, para que não se sujeite a consequência da mora.

10.11 Ocorrendo impontualidade no pagamento da contraprestação pecuniária, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês *pro rata die* calculados proporcionalmente ao tempo de atraso, além de multa de 2% (dois por cento) sobre o valor do débito em atraso, podendo, outrossim, a CONTRATADA incluir o nome da CONTRATANTE no banco de dados dos órgãos de restrição ao crédito, relativamente aos meses em que não houver pagamento da contraprestação.

10.12 A CONTRATANTE reconhece que o valor das contraprestações pecuniárias é dívida líquida e certa e que a CONTRATADA poderá exigí-la judicialmente, quando for o caso.

10.13 O fato da CONTRATANTE não ter utilizado qualquer cobertura durante a vigência deste contrato não o exonera do pagamento das contraprestações pecuniárias, uma vez que o plano de saúde esteve disponível para utilização desde o momento da adesão contratual.

10.14 O pagamento antecipado das contraprestações pecuniárias não elimina nem reduz os prazos de carências previstos na Cláusula VI – Períodos de Carência, tão pouco afasta a aplicação de eventual cobertura parcial temporária estabelecida neste contrato.

10.15 O pagamento de uma contraprestação pecuniária não significa, necessariamente, quitação das anteriores, tão pouco confere direito aos benefícios deste contrato caso esteja caracterizada a inadimplência dos meses anteriores.

10.16 O beneficiário pagará as contraprestações diretamente a CONTRATANTE e caso haja atraso no pagamento, por período superior a 30 (trinta) dias, a mesma poderá solicitar à CONTRATADA a exclusão do beneficiário inadimplente do plano de saúde, desde que ele seja devidamente notificado com 10 (dez) dias de antecedência.



X

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

## **CLÁUSULA XI - REAJUSTE**

11.1 O reajuste anual será aplicado na data de aniversário do contrato e comunicado à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, conforme determinado pela legislação em vigor.

11.2 Nenhum contrato 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, migração e adaptação do contrato à Lei nº 9.656/98.

11.3 Independente da data de inclusão individual dos beneficiários, os valores de suas contraprestações pecuniárias terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência do presente contrato, entendendo-se esta como data base única. Fica estabelecido que os valores relativos aos dependentes serão reajustados no mês de aniversário do contrato original, independente da data de adesão dos mesmos.

11.4 O reajuste anual será aplicado indistintamente a todos os beneficiários integrantes do contrato independente da sua faixa etária.

11.5 O reajuste por faixa etária, que não se confunde com o reajuste anual, está previsto na Cláusula XII – Faixas Etárias.

11.6 Este contrato obedece às regras dispostas a seguir para o cálculo do percentual de reajuste anual, que será aplicado de acordo com a sua classificação em contrato agregado ou contrato não agregado ao agrupamento.

11.7 Os contratos com até 29 (vinte e nove) vidas serão agregados ao agrupamento, nos termos da legislação vigente à época do evento, para determinação do índice calculado conforme o item 11.9. Os contratos com 30 (trinta) ou mais vidas, classificados como não agregados ao agrupamento, terão o índice de reajuste calculado conforme o item 11.11.

11.7.1 A quantidade de beneficiários ativos para determinar se o contrato será agregado, ou não, ao agrupamento de até 29 (vinte e nove) vidas, será mensurada no mês de aniversário, considerando-se todos os planos de saúde vinculados a CONTRATANTE.

11.7.2 O contrato será desagregado do agrupamento caso na data de seu aniversário o número de beneficiários seja superior a 29 (vinte e nove) vidas e ser-lhe-á aplicado, no seu aniversário subsequente, o reajuste conforme os critérios estabelecidos no item 11.11.

11.8 Ficará disponível, no Portal Corporativo da CONTRATADA, a relação dos contratos que receberão o reajuste por agrupamento, seus respectivos planos, número de registro e o percentual que será aplicado conforme identificados conforme código informado no sistema de Reajuste de Planos Coletivos – RPC à ANS.

## **11.9 DOS CONTRATOS AGREGADOS AO AGRUPAMENTO**

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

11.9.1.1 Os valores das contraprestações pecuniárias definidas na Proposta de Adesão, da tabela de preços para as novas adesões, das coparticipações e do limite das mesmas, serão reajustados anualmente pelo índice máximo autorizado pela ANS para os planos médico-hospitalares na segmentação individual/familiar ou através do Índice de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA, devendo ser aplicado àquele que apresentar maior variação positiva no período. O Índice de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA será apurado no período de 12 (doze) meses consecutivos, com uma antecedência de 2 (dois) meses em relação a data-base de aniversário, considerada esta o mês de assinatura do contrato.

11.9.1.1.1 Na hipótese de descontinuidade do índice estabelecido no item 11.9.1.1, será aplicado o índice oficial que venha a substituí-lo.

11.9.2 Caso seja verificado o desequilíbrio econômico-actuarial da carteira de planos coletivos com até 29 (vinte e nove) beneficiários, este será reavaliado, nos termos descritos a seguir.



11.9.2.1 O desequilíbrio é constatado quando o nível de sinistralidade da carteira ultrapassar o índice de 70% (Sm), 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.

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

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

Onde:

S - Sinistralidade apurada no período, abrangendo a integralidade da carteira de beneficiários vinculados a todos os contratos agrupados.

Sm - Meta de Sinistralidade expressa em contrato.

11.9.2.3 Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, previsto no item 11.9.2, este deverá ser procedido de forma complementar ao especificado no item 11.9.1.1 e na mesma data, de forma a garantir a anualidade dos reajustes.

## 11.10 DO SUB-AGRUPAMENTO

11.10.1 Poderá a CONTRATADA utilizar para o reajuste o critério de sub-agrupamento, conforme seu tipo de cobertura, calculando-se um percentual de reajuste para cada um dos sub-agrupamentos.

11.10.2 O agrupamento de contratos coletivos poderá ser desmembrado em até 3 (três) sub-agrupamentos, de acordo com o tipo de segmentação contratada no presente instrumento, da seguinte forma:

a) Sem internação: engloba os planos de segmentação assistencial "ambulatorial" e "ambulatorial + odontológico";

b) Internação sem obstetrícia: engloba os planos que possuam segmentação assistencial "hospitalar sem obstetrícia", "hospitalar sem obstetrícia + odontológico", "ambulatorial + hospitalar sem obstetrícia"

e "ambulatorial + hospitalar sem obstetrícia + odontológico"; e

c) Internação com obstetrícia: engloba os planos que possuam segmentação assistencial "hospitalar com obstetrícia", "hospitalar com obstetrícia + odontológico", "ambulatorial + hospitalar com obstetrícia", "ambulatorial + hospitalar com obstetrícia + odontológico", e "referência".

11.10.3 De acordo com o número de sub-agrupamento, poderá ocorrer a aplicação de até 3 (três) percentuais de reajuste diferentes dentro do mesmo contrato coletivo, sendo:

11.10.3.1 No sub-agrupamento os valores das contraprestações pecuniárias definidas na Proposta de Adesão, da tabela de preços para as novas adesões, das coparticipações e do limite das mesmas, poderá utilizar o critério estabelecido no item 11.9.1.1 "DOS CONTRATOS AGREGADOS AO AGRUPAMENTO".

11.10.3.2 Caso seja verificado o desequilíbrio econômico-atuarial, em um ou mais tipos de cobertura, do sub-agrupamento, poderá ser calculado um percentual de reajuste para cada um dos sub-agrupamentos, conforme fórmula descrita nos item 11.9 "DOS CONTRATOS AGREGADOS AO AGRUPAMENTO".

## 11.11 DOS CONTRATOS NÃO AGREGADOS AO AGRUPAMENTO

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

11.11.1.1 Os valores das contraprestações pecuniárias definidas na proposta de adesão, da tabela de preços para as novas adesões, das coparticipações e do limite das mesmas, serão reajustados anualmente pelo índice máximo autorizado pela ANS para os planos médico-hospitalares na segmentação individual/familiar ou através do Índice de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA, devendo ser aplicado àquele que apresentar maior variação positiva no período. O Índice de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA será apurado no período de 12 (doze) meses consecutivos, com uma antecedência de 2 (dois) meses em relação a data-base de aniversário, considerada esta o mês de assinatura do contrato.



11.11.1.1.1 Na hipótese de descontinuidade do índice estabelecido no item 11.11.1.1, será aplicado o índice oficial que venha a substituí-lo.

11.11.1.1.2 No reajuste da contraprestação pecuniária, será também considerada a variação da população e a redução do número de vidas inicialmente contratada, que possam implicar alteração do perfil técnico atuarial da carteira de beneficiários, visando com isso ao equilíbrio econômico-financeiro do contrato, sem prejuízo da periodicidade anual.

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

11.11.2.1 O desequilíbrio é constatado quando o nível de sinistralidade da carteira ultrapassar o índice de 70% (Sm), 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.

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

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

Onde:

S - Sinistralidade apurada no período

S<sub>m</sub> - Meta de Sinistralidade expressa em contrato

11.11.2.3 Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, previsto no item 11.11.2, este deverá ser procedido de forma complementar ao especificado no item 11.11.1.1 e na mesma data, de forma a garantir a anualidade dos reajustes.

## CLÁUSULA XII - FAIXAS ETÁRIAS

12.1 Em havendo alteração de faixa etária de qualquer beneficiário inscrito no presente contrato, a contraprestação pecuniária será reajustada no mês subsequente ao da ocorrência, de acordo com os percentuais da tabela abaixo, que se acrescentarão sobre o valor da última contraprestação pecuniária, observadas as seguintes condições, conforme art. 3º incisos I e II da RN nº 63/03:

- I. O valor fixado da contraprestação pecuniária para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da contraprestação pecuniária da primeira faixa etária;
- II. A variação acumulada da contraprestação pecuniária entre a sétima e a décima faixa não poderá ser superior à variação acumulada da contraprestação pecuniária entre a primeira e a sétima faixas.

### PERCENTUAIS DE AUMENTO DA CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA POR FAIXA ETÁRIA (RN nº 63/03)

0-18	19-23	24-28	29-33	34-38	39-43	44-48	49-53	54-58	59 ou mais
0%	21,59%	17,46%	12,58%	7,47%	6,95%	27,05%	34,24%	25,52%	20,34%

12.2 Os aumentos da contraprestação pecuniária decorrentes da mudança de faixa etária não se confundem com o reajuste financeiro anual da contraprestação pecuniária.

12.3 Os beneficiários com mais de 59 (cinquenta e nove) anos de idade estarão isentos do aumento na contraprestação pecuniária decorrente de modificação por faixa etária, permanecendo apenas a aplicação do reajuste financeiro anual na contraprestação pecuniária na forma prevista neste contrato.

## CLÁUSULA XIII - BONUS – DESCONTO

13.1 Conforme negociação entre as partes poderá ser aplicada tabela de desconto, vigente à época, prevista no contrato ou na Proposta de Adesão, que é parte integrante do presente instrumento.

13.2 Caso a negociação tenha por fundamento a quantidade de beneficiários que aderiram ao plano de saúde, o desconto somente será válido enquanto perdurar o número mínimo de vidas



pactuado, ficando estabelecido que a redução desse numerário implicará automaticamente na perda do desconto concedido inicialmente.

13.3 As contraprestações pecuniárias de que tratam a presente cláusula sofrerão regularmente os reajustes previstos nesse contrato.

#### **CLÁUSULA XIV - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO**

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

14.1.1 Perda da qualidade de beneficiário titular:

- a) Pela rescisão do presente contrato;
- b) Pela perda do vínculo com a pessoa jurídica contratante;
- c) Quando for identificado pela CONTRATADA infrações ou fraudes, praticados pelo beneficiário titular, de qualquer natureza com o objetivo de obter vantagens ilícitas para si ou para outrem, inclusive quando for verificada na Declaração de Saúde informações não verdadeiras e/ou omissas.

14.1.2 Perda da qualidade de beneficiário dependente:

- a) Pela perda da condição de dependência prevista na Cláusula II – Condições de Admissão deste contrato;
- b) A pedido do beneficiário titular;
- c) Quando for identificado pela CONTRATADA infrações ou fraudes, praticados pelo beneficiário dependente, de qualquer natureza, com o objetivo de obter vantagens ilícitas para si ou para outrem, inclusive quando for verificada na Declaração de Saúde informações não verdadeiras e/ou omissas;
- d) Quando ocorrer à exclusão do beneficiário titular.

14.2 A exclusão dos beneficiários do plano de saúde poderá ocorrer a pedido da CONTRATANTE ou do beneficiário titular.

14.2.1 A CONTRATANTE poderá solicitar a exclusão do beneficiário a qualquer tempo, mediante comunicação à CONTRATADA.

14.3 Em conformidade com a RN nº 412/16 o beneficiário titular poderá solicitar a sua exclusão e de seus dependentes diretamente a CONTRATADA através dos seguintes meios:

- a) Presencialmente, na sede da CONTRATADA;
- b) Por meio do Serviço de Atendimento ao Cliente – SAC;
- c) Por meio do portal eletrônico [www.clinipam.com.br](http://www.clinipam.com.br).

14.4 A exclusão terá efeito imediato e caráter irrevogável a partir da data de ciência da CONTRATADA.

14.5 Havendo a exclusão do beneficiário titular automaticamente serão excluídos seus dependentes.

14.6 A CONTRATADA só poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência da pessoa jurídica contratante, nas seguintes hipóteses:

- a) Fraude;
- b) Perda do vínculo do titular com a pessoa jurídica CONTRATANTE ou de dependência, previstos neste contrato;
- c) Impossibilidade de comunicação com o responsável pelo contrato na CONTRATANTE;
- d) Mudança de endereço da CONTRATANTE sem aviso prévio à CONTRATADA.

#### **CLÁUSULA XV - RESCISÃO**

15.1 O atraso no pagamento da contraprestação pecuniária pela CONTRATANTE por um período superior a 15 (quinze) dias implicará na suspensão automática do direito do(s) beneficiário(s) titular (es) e de seu (s) dependente (s) a qualquer cobertura, independentemente de qualquer notificação prévia.

15.2 Sem prejuízo das penalidades legais, o contrato poderá ser rescindido pela CONTRATADA, a qualquer tempo, mediante prévia notificação nas seguintes situações:

- a) Quando for identificado infrações ou fraudes de qualquer natureza com o objetivo de obter vantagens ilícitas para si ou para outrem, inclusive quando for verificada na Declaração de Saúde informações não verdadeiras e/ou omissas;



- b) Inadimplência por período superior a 45 (quarenta e cinco) dias, consecutivos ou não, verificados nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato;
- c) Quando a CONTRATANTE não respeitar o número mínimo de beneficiários previsto na Proposta de Adesão, que se faz necessário para a manutenção do contrato, e não houver o complemento do pagamento referente ao número mínimo pactuado;
- d) Quando a sinistralidade referente ao presente contrato inviabilizar a sua manutenção em razão da não aceitação de proposta necessária para o seu reequilíbrio econômico financeiro;
- e) Quando for comprovada a distribuição da ação ou decretação de falência, de liquidação judicial/extrajudicial ou de recuperação judicial/extrajudicial em face da CONTRATANTE;
- f) No caso de inadimplemento contratual por parte da CONTRATANTE.

15.3 Nas hipóteses acima mencionadas, o cancelamento deste contrato opera efeitos em relação a todos os beneficiários inscritos e não prejudicará a cobrança à CONTRATADA das contraprestações pecuniárias vencidas durante a vigência do contrato.

15.4 Antes de completado o período inicial de 12 (doze) meses a rescisão do contrato poderá ser solicitada pela CONTRATANTE, mediante comunicação escrita com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, sujeitando-a ao pagamento de multa no valor de 50% (cinquenta por cento) das contraprestações pecuniárias restantes para se completar este período.

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

15.6 É de responsabilidade da CONTRATANTE, no caso de rescisão deste contrato, recolher e devolver as respectivas carteiras de identificação, de propriedade da CONTRATADA.

15.7 No caso de rescisão contratual, seja por que motivo for, será de responsabilidade da CONTRATANTE comunicar os seus colaboradores do cancelamento do plano de saúde, visto que se operam os efeitos do cancelamento para todos os beneficiários inscritos no contrato.

## **CLÁUSULA XVI - DISPOSIÇÕES GERAIS**

16.1 A CONTRATADA manterá dentro de suas possibilidades técnicas, um serviço de prevenção e orientação médica para promover a qualidade de vidas de seus beneficiários, implementando ações coordenadas em todos os campos que sustentem a saúde desses beneficiários.

16.2 Fazem parte integralmente do presente contrato como se nele estivessem transcritos, para todos os fins de direito a Proposta de Adesão, a Carta de Orientação ao Beneficiário, a Declaração de Saúde, o Manual de Rede Credenciada, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS) e o Guia de Leitura Contratual (GLC).

16.3 Surtirá efeito ao presente contrato todo ato normativo e sua atualização publicado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, independentemente de notificação, o qual prevalecerá sobre as cláusulas contrárias constantes no contrato.

16.4 A CONTRATANTE reconhece expressamente que seu vínculo contratual é apenas com a CONTRATADA.

16.5 A CONTRATANTE, por si e por seus beneficiários dependentes, autoriza a CONTRATADA a prestar todas as informações cadastrais solicitadas pelos órgãos de fiscalização da assistência à saúde, respeitados os normativos referentes ao sigilo médico.

16.6 Qualquer tolerância por parte da CONTRATADA não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

16.7 A CONTRATANTE se obriga a comunicar a CONTRATADA toda e qualquer situação de alteração fática que tenha relevância neste contrato, como em caso de mudança de endereço ou telefone, entre outras. O novo endereço deve ser comunicado à CONTRATADA com 30 (trinta) dias de antecedência. Caso não o faça, assumirá inteira responsabilidade por eventuais danos ou transtornos que ocorram por comunicados e cobranças que deixar de receber.

16.8 A CONTRATADA não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelos beneficiários com médicos, hospitais ou entidades contratadas ou não, sendo estas despesas por conta exclusiva do beneficiário.



16.9 Os documentos para as inclusões, alterações e exclusões, referentes à movimentação cadastral mensal, deverão ser enviados pela CONTRATANTE à CONTRATADA com antecedência de pelo menos 5 (cinco) dias da vigência mensal do contrato.

16.10 O beneficiário, na impossibilidade de comparecer às consultas previamente marcadas, deverá comunicar à CONTRATADA com antecedência mínima de 24 (vinte e quatro) horas. Caso não o faça, estará sujeito à cobrança de uma taxa de R\$ 20,00 (vinte reais) por consulta que o beneficiário tenha faltado, a ser cobrada juntamente com a contraprestação pecuniária. Esta taxa será reajustada no mesmo percentual adotado para reajustes das contraprestações pecuniárias no aniversário do contrato.

16.11 Ocorrendo à perda ou extravio do Cartão de Identificação, a CONTRATANTE deverá comunicar o fato à CONTRATADA para o cancelamento do cartão. A emissão de segunda via do cartão de identificação será feita mediante o pagamento do custo de nova carteira de identificação no valor de R\$ 10,00 (dez reais). O valor do cartão será reajustado no mesmo percentual adotado para reajustes das contraprestações pecuniárias no aniversário do contrato.

16.12 Não havendo comunicação da perda ou extravio, a CONTRATANTE se responsabilizará pelo seu uso indevido, ficando a CONTRATADA autorizada a cobrar, juntamente com a próxima contraprestação pecuniária, o valor correspondente aos serviços prestados, indevidamente utilizados.

16.13 A CONTRATANTE compromete-se a enviar toda e qualquer documentação e/ou informação que venha a ser solicitada pela CONTRATADA para apresentação nos processos que envolvam o Ressarcimento ao SUS, em atenção ao artigo 32 da Lei nº 9.656/98, durante e depois de finda a vigência do presente contrato, que se refiram aos beneficiários vinculados a este contrato, no prazo máximo de 05 (cinco) dias.

16.13.1 Nos casos em que a CONTRATADA tenha que ressarcir o Sistema Único de Saúde – SUS, por determinação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, referente aos atendimentos realizados pelos beneficiários da CONTRATANTE neste sistema, tal valor será considerado no cálculo da sinistralidade para fins de reajuste.

16.14 São adotadas as seguintes definições:

I. **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 médico.

II. **AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE/ANS:** autarquia sob-regime especial vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem a saúde suplementar.

III. **AGRAVO DA CONTRAPRESTAÇÃO:** qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carência contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.

IV. **AGRUPAMENTO DE CONTRATOS:** reunião de todos os contratos com menos de 30 (trinta) beneficiários, que visa promover a distribuição para todo o grupo, do risco inerente à operação de cada um deles, com aplicação de um único reajuste para todos os contratos pertencentes ao agrupamento.

V. **ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA:** área em que a operadora se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo beneficiário.

VI. **ATENDIMENTO ELETIVO:** termo usado para designar os atendimentos médicos que podem ser programados, ou seja, que não são considerados de urgência e emergência.

VII. **ATENDIMENTO OBSTÉTRICO:** todo atendimento prestado à gestante, em decorrência da gravidez, parto, aborto e suas consequências.

VIII. **BENEFICIÁRIO:** pessoa física, titular ou dependente, que possui direitos e deveres definidos em contrato assinado com a operadora de plano privado de saúde, para garantia da assistência médico-hospitalar e/ou odontológica.

IX. **CÁLCULO ATUARIAL:** é o cálculo com base estatística proveniente da análise de informações sobre a frequência de utilização, perfil do associado, tipo de procedimento, efetuado com vistas a manutenção do equilíbrio técnico-financeiro do plano e definição de contraprestações pecuniárias a serem cobradas dos beneficiários pela contraprestação.



X. **CARÊNCIA:** período corrido e ininterrupto, determinado em contrato, contado a partir da data de início da vigência do contrato do plano de assistência à saúde, durante o qual o beneficiário paga as contraprestações pecuniárias, mas ainda não tem acesso a determinadas coberturas previstas no contrato.

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

XII. **COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT):** aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, relacionados exclusivamente às Doenças ou Lesões Preexistentes - DLP declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal por ocasião da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.

XIII. **CONSULTA:** é o ato realizado pelo médico que avalia as condições clínicas do beneficiário.

XIV. **CONTRATO AGREGADO AO AGRUPAMENTO:** Contrato que integra o agrupamento de contratos, por conter na data de apuração menos de 30 (trinta) beneficiários.

XV. **COPARTICIPAÇÃO:** é o valor devido à operadora de plano privado de assistência à saúde, em razão da realização de um procedimento ou evento em saúde pelo beneficiário.

XVI. **DEPENDENTE:** Beneficiário de plano privado de assistência à saúde cujo vínculo com a operadora depende da existência do vínculo de um beneficiário titular. Pessoa física com vínculo familiar com o beneficiário titular do plano de saúde, de acordo com as condições de elegibilidade estabelecidas no contrato.

XVII. **DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO:** Conjunto de critérios, clínicos ou não, que condicionam a obrigatoriedade de cobertura, pela operadora de plano privado de assistência à saúde, de determinados procedimentos ou eventos em saúde estabelecidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS. Tem por finalidade estabelecer a melhor indicação para a execução do procedimento ou evento em saúde no setor de saúde suplementar. A obrigatoriedade da cobertura do procedimento ou evento em saúde está condicionada à presença dos seus critérios atestada em declaração do médico ou cirurgião-dentista assistente.

XVIII. **DOENÇA:** é o processo mórbido definido, tendo um conjunto característico de sintomas e sinais, que leva o indivíduo a tratamento médico.

XIX. **DOENÇA AGUDA:** falta ou perturbação da saúde, de característica grave e de curta duração, sendo reversível com o tratamento.

XX. **DOENÇA OU LESÃO PREEXISTENTE:** aquela que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.

XXI. **DOENÇA PROFISSIONAL:** é aquela adquirida em consequência do trabalho.

XXII. **EMERGÊNCIA:** é a situação que implica risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizada em declaração do médico assistente.

XXIII. **EXAME:** é o procedimento complementar solicitado pelo médico, que possibilita uma investigação diagnóstica, para melhor avaliar as condições clínicas do beneficiário.

XXIV. **FRANQUIA:** é o valor financeiro a ser pago pelo beneficiário diretamente ao prestador da rede credenciada ou referenciada no ato da utilização do serviço, por não ser responsabilidade contratual da operadora.

XXV. **MÉDICO ASSISTENTE:** é o profissional responsável pela indicação da conduta médica a ser aplicada ao beneficiário.

XXVI. **MENSALIDADE:** contraprestação pecuniária paga pelo contratante à operadora.

XXVII. **ÓRTESE:** acessório usado em atos cirúrgicos e que não substitui parcial ou totalmente nenhum órgão ou membro, podendo, ou não, ser retirado posteriormente.

XXVIII. **PERÍODO DE APURAÇÃO DA QUANTIDADE DE BENEFICIÁRIOS:** período definido pela Clinipam em que serão identificadas as empresas CONTRATANTES que participarão do agrupamento de contratos de acordo com a quantidade de beneficiários.

XXIX. **PROCEDIMENTO ELETIVO:** é o termo usado para designar procedimentos médicos não considerados de urgência ou emergência e que podem ser programados.

XXX. **PRÓTESE:** peça artificial empregada em atos cirúrgicos, em substituição parcial ou total de um órgão ou membro, reproduzindo sua forma e/ou sua função.

XXXI. **TITULAR:** é o beneficiário de plano privado de assistência à saúde cujo contrato o caracteriza como detentor principal do vínculo com uma operadora.



XXXII. UNIDADE PRÓPRIA: É o estabelecimento de atendimento à saúde de propriedade da CONTRATADA.

XXXIII. URGÊNCIA: é o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional.

### CLÁUSULA XVII – ELEIÇÃO DE FORO

17.1 As partes elegem o foro do domicílio da CONTRATANTE para os casos de litígios ou pendências judiciais, renunciando a qualquer outro por mais privilegiado que seja.

17.2 E, por estarem assim justos e contratados, a CONTRATADA e o CONTRATANTE assinam o presente em 2 (duas) vias de igual teor.

Curitiba, 01 de novembro de 2019.



CONTRATANTE

CLINIPAM  
Clínica Paranaense de  
Assistência Médica Ltda

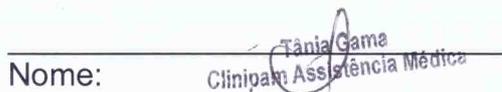


AGENCIADORA/CONTRATADA

Testemunhas:



Nome: **Marcos A. Vicente**  
RG: RG 4.335.517 - SSP/SC  
Financeiro - ASPMI



Nome: **Tania Gama**  
RG: RG 4.335.517 - SSP/SC  
Clínica Paranaense de Assistência Médica

**ASPMI**  
Associação dos Servidores Públicos  
Municipais de Itajaí  
CNPJ 02.716.010/0001-92  
Fone/Fax: (47) 3341 - 4900  
e-mail: [aspmi@aspmiitajai.com.br](mailto:aspmi@aspmiitajai.com.br)  
Rua Otto Hoier, nº 33 - Cidade Nova  
CEP 88.308-100 - ITAJAÍ - SC



**DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM OS TERMOS DO CONTRATO E  
CONHECIMENTO DO PLANO REFERÊNCIA**

**Plano MATER GENIAL ADESÃO PJ PLUS SC  
Número de registro na ANS: 481.695/18-1**

Declaro para os devidos fins de direito, e para que produza os seus jurídicos e legais efeitos, que me foi dada a oportunidade de tomar conhecimento prévio do conteúdo do regulamento do Plano de Assistência Médica da Clinipam, contratação Coletivo por Adesão, sendo que o mesmo está de forma clara e perfeitamente legível, como prevê a Lei nº 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor).

Declaro também, que recebi os seguintes documentos, cujo teor conheço e cujas condições aceito sem opor qualquer ressalva ou restituição: Cópia do Contrato, Proposta de Adesão, Manual de Rede Credenciada, Manual de Orientação para Contratação de Plano de Saúde, Guia de Leitura Contratual.

**Informo que tenho plena e total ciência de que o plano adquirido possui coparticipação, para os procedimentos relacionados, nos valores descritos no contrato do produto, cabendo a mim o ônus deste pagamento juntamente na fatura do plano de saúde.**

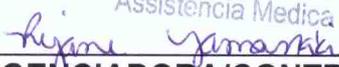
No caso de não opção pelo Plano REFERÊNCIA, previsto no art. 10 da Lei nº 9.656/98, afirmo que tenho conhecimento da existência e disponibilidade do mesmo e de que este me foi oferecido, assim como a possibilidade do cumprimento de Cobertura Parcial Temporária - CPT, em caso de existência de doença/lesão preexistente.

Curitiba, 01 de novembro de 2019.



\_\_\_\_\_  
**CONTRATANTE**

CLINIPAM  
Clínica Paranaense de  
Assistência Médica Ltda

  
\_\_\_\_\_  
**AGENCIADORA/CONTRATADA**

Testemunhas:



Nome: \_\_\_\_\_  
RG: **Marcos A. Vicente**  
RG 4.335.517 - SSP/SC  
Financeiro - ASPMI



Nome: \_\_\_\_\_  
RG: **44353261**

**ASPMI**  
Associação dos Servidores Públicos  
Municipais de Itajaí  
CNPJ 02.716.010/0001-92  
Fone/Fax: (47) 3341 - 4900  
e-mail: [aspmi@aspmiitajai.com.br](mailto:aspmi@aspmiitajai.com.br)  
Rua Otto Heiser, nº 33 - Cidade Nova  
CEP 88.306-100 - ITAJAÍ - SC





Operadora: CLINIPAM - Clínica Paranaense de Assistência Médica  
CNPJ: 76.882.612/0001-17  
Nº de registro na ANS: 34078-2  
Categoria do Plano: Com coparticipação  
Nº de registro do produto: 481.695/18-1  
Site: www.clinipam.com.br  
Tel.: Curitiba (041) 3021-3001/ Blumenau (047) 2123-3000  
Itajaí (047) 2103-3100/ Jaraguá do Sul (047) 2107-3200

## Guia de Leitura Contratual

*Página do  
Contrato*

<b>CONTRATAÇÃO</b>	Determina se o plano destina-se à pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser Individual/Familiar, Coletivo por Adesão ou Coletivo Empresarial.	1
<b>SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL</b>	Define a amplitude da cobertura assistencial do plano de saúde. A segmentação assistencial é categorizada em: referência hospitalar com obstetria, hospitalar sem obstetria, ambulatorial, odontológica e suas combinações.	1
<b>PADRÃO DE ACOMODAÇÃO</b>	Define o padrão de acomodação para o leito de internação nos planos hospitalares, pode ser coletiva ou individual.	1
<b>ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA E ATUAÇÃO</b>	Área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. À 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.	1
<b>COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS</b>	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 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.	2
<b>EXCLUSÕES DE COBERTURAS</b>	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.	5
<b>DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES (DLP)</b>	Doenças e lesões preexistentes – DLP – são aquelas existentes antes da contratação do plano de saúde, a que o beneficiário ou seu responsável saiba ser portador.	8

8

<i>CARÊNCIAS</i>	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.	8
<i>MECANISMOS DE REGULAÇÃO</i>	São os mecanismos financeiros (franquia e/ou co-participação), 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.	11
<i>VIGÊNCIA</i>	Define o período em que vigorará o contrato.	7
<i>RESCISÃO/ SUSPENSÃO</i>	A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.	18
<i>REAJUSTE</i>	O reajuste por variação de custos é o aumento anual de mensalidade do plano de saúde em razão de alteração nos custos, ocasionada por fatores 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.	15
<i>CONTINUIDADE NO PLANO COLETIVO EMPRESARIAL (ART. 30 E 31 DA LEI Nº 9.656/1998)</i>	A existência da contribuição do empregado para o pagamento da mensalidade do plano de saúde, regular e não vinculada à co-participação 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.	N/A

*Para informar-se sobre estes e outros detalhes do contrato, o beneficiário deve contatar sua operadora. Permanecendo dívidas, pode consultar a ANS pelo site [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br) ou pelo Disque-ANS (0800-701-9656).*

**ESTE GUIA NÃO SUBSTITUI A LEITURA INTEGRAL DO CONTRATO.**

O Guia de Leitura Contratual é uma exigência da Resolução Normativa 195/2009, da 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](http://www.ans.gov.br)  
[ouvidoria@ans.gov.br](mailto:ouvidoria@ans.gov.br)

0

## **ADITIVO AO INSTRUMENTO PARTICULAR DE CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA**

Que entre si **ASSOCIACAO DOS SERVIDORES PUBLICOS MUNICIPAIS DE ITAJAI**, pessoa jurídica de direito privado inscrita no CNPJ/MF sob nº. 82.716.010/0001-92 com sede na Rua: Otto Hoier, 33 – Bairro Cidade Nova, CEP 88.308-100, Telefone (47) 3341-4900, em Itajaí, no Estado de SC, neste ato através do seu representante legal a seguir denominada simplesmente **CONTRATANTE**, e **CLINIPAM - CLÍNICA PARANAENSE DE ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA.**, Operadora Privada de Plano de Saúde classificada na modalidade de Medicina de Grupo, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob nº. 76.882.612.0001/17, registrada na ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, sob nº. 34078-2, estabelecida na Rua XV de Novembro, nº. 575 - 4 ° andar - Centro, CEP 80020-310, Telefone (41) 3021-3001, em Curitiba, Estado do Paraná, neste ato através de seu representante legal, a seguir denominada simplesmente **CONTRATADA**, tem por este instrumento particular, justo e avençado, em aditar o contrato nº. **28311/2019** firmado em **01/11/2019**, na forma das cláusulas que seguem:

### **CLÁUSULA PRIMEIRA – DO ADITIVO**

1.1. Através do presente Aditivo, fica estabelecido que, por concordância das partes, ficam alteradas as questões pactuadas no contrato original, e aditivos anteriores, caso existam, e incluídas outras aqui previstas, que passam a ter o que aqui é aditado.

### **CLÁUSULA SEGUNDA - DOS BENEFICIÁRIOS DO CONTRATO**

2.1. Os usuários já incluídos no contrato nº. **2142M – ASSOCIACAO DOS SERVIDORES PUBLICOS MUNICIPAIS DE ITAJAI**, firmado entre as partes contratantes, terão direito às coberturas previstas neste novo contrato nas seguintes condições:

- 2.1.1 Terão aproveitamento integral das carências já cumpridas no contrato anterior, além das coberturas incluídas através do presente contrato, ora aditado;
- 2.1.2 Pagarão os novos preços negociados através do presente contrato, ora aditado, de acordo com o plano optado;
- 2.1.3 Estarão isentos do pagamento da taxa de adesão.

### CLÁUSULA TERCEIRA - DISPOSIÇÕES GERAIS

3.1. As demais cláusulas constantes do contrato original permanecem inalteradas, sendo que este aditivo também é feito em caráter irrevogável e irretroatável, obrigando-se as partes, a cumpri-lo em todos os seus termos.

3.2. E por estarem assim justos e combinados, firmam o presente instrumento particular com duas testemunhas, em 02 (duas) vias de igual teor e forma.

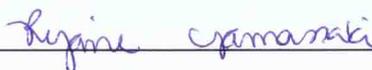
Curitiba, 01 de novembro de 2019.



**CONTRATANTE**

(assinatura e carimbo da empresa)

CLINIPAM  
Clínica Paranaense de  
Assistência Médica Ltda



**AGENCIADORA/CONTRATADA**

(Clinipam)

Testemunha (CONTRATANTE)



Nome:

RG:

**Marcos A. Vicente**  
RG 4.335.517 - SSP/SC  
Financeiro - ASPMI

Testemunha (CONTRATADA)

Nome:

RG:

**Tânia Cama**  
Clinipam Assistência Médica

44353261

**ASPMI**  
Associação dos Servidores Públicos  
Municipais de Itajaí  
CNPJ 82.716.010/0001-92  
Fone/Fax: (47) 3341 - 4900  
e-mail: [aspmi@aspmiitajai.com.br](mailto:aspmi@aspmiitajai.com.br)  
Rua Otto Hoier, nº 33 - Cidade Nova  
CEP 88.308-100 - ITAJAÍ - SC