

Contrato Coletivo por Adesão

ANS 41577-4

SUMÁRIO

Cláusula I	QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA.....	3
Cláusula II	QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE.....	3
Cláusula III	NOME COMERCIAL E Nº DE REGISTRO DO PLANO NA ANS.....	3
Cláusula IV	TIPO DE CONTRATAÇÃO	3
Cláusula V	SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAUDE	3
Cláusula VI	AREA GEOGRÁFICA DE ABRANGENCIA DO PLANO DE SAUDE	3
Cláusula VII	AREA DE ATUAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE	4
Cláusula VIII	PADRÃO DE ACOMODAÇÃO	4
Cláusula IX	FORMAÇÃO DE PREÇO	4
Cláusula X	ATRIBUTOS DO CONTRATO	4
Cláusula XI	CONDIÇÕES DE ADMISSÃO	5
Cláusula XII	COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS	6
Cláusula XIII	EXCLUSÕES DE COBERTURA	10
Cláusula XIV	DURAÇÃO DE CONTRATO	12
Cláusula XV	PERÍODOS DE CARENÇA.....	13
Cláusula XVI	DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES	14
Cláusula XVII	ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	16
Cláusula XVIII	MECANISMO DE REGULAÇÃO	20
Cláusula XIX	FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE	22
Cláusula XX	REAJUSTE	23
Cláusula XXI	FAIXAS ETARIAS	26
Cláusula XXII	REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS DE COLETIVOS	27
Cláusula XXIII	CONDIÇÃO DA PERDA DA QUALIDADE DO BENEFICIÁRIO.....	29
Cláusula XXIV	RESCISÃO	29
Cláusula XXV	DISPOSIÇÕES GERAIS	30
Cláusula XXVI	ELEIÇÃO DE FORO	33

Cláusula I - QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA

Contrato de Plano Privado de Assistência à Saúde, que fazem entre si, de um lado, como CONTRATADA, CABERJ INTEGRAL SAÚDE S.A, operadora de Plano de Assistência à Saúde com sede na Avenida Ernani do Amaral Peixoto, nº 467 – Sala: 1.411 – Parte - Centro – Niterói – RJ – CEP: 24.020-072, inscrita no CNPJ sob o n.º 07.844.436/0001-06, Certificado de Registro junto à AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS n.º 41577-4, de acordo com a Lei n.º 9656 de 03/06/1998 e Medida Provisória n.º 2.177-44 de 24/08/2001, classificada como Medicina de grupo, que comercializam produtos devidamente regulamentados.

Cláusula II - QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE

Razão Social: ASSOCIAÇÃO DOS SERVIDORES DAS JUSTIÇAS FEDERAIS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Nome Fantasia: SERJUS

CNPJ: 02.342.314/0001-06

Endereço: Rua do Acre, 77 – Sala 201

Bairro: Praça Mauá

Cidade: RIO DE JANEIRO – RJ

CEP: 20.081-000

Cláusula III - NOME COMERCIAL E Nº DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

NOME COMERCIAL	Nº DE REGISTRO NA ANS
Essencial A	460.922/09-1
Mais A	460.960/09-3
Multi A	460.973/09-5
Total A	473.250/15-2

Cláusula IV - TIPO DE CONTRATAÇÃO

- COLETIVO POR ADESÃO

Cláusula V - SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE

- AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA
-

Cláusula VI - ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE:

- Área de abrangência geográfica dos Planos:
 - Essencial A: Estado do Rio de Janeiro;
 - Mais A: Estado do Rio de Janeiro;
 - Multi A: Estado do Rio de Janeiro;
 - Total A: Estado do Rio de Janeiro.

Cláusula VII - ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE:

- **Essencial - A**
 - Estado do Rio de Janeiro, **com repasse ao** Convênio de Rede Indireta com a Unimed São José do Rio Preto, para atendimento nos demais Estados;
- **Mais - A**
 - Estado do Rio de Janeiro, **com repasse ao** Convênio de Rede Indireta com a Unimed São José do Rio Preto, para atendimento nos demais Estados;
- **Multi - A**
 - Estado do Rio de Janeiro, **com repasse ao** Convênio de Rede Indireta com a Unimed São José do Rio Preto, para atendimento nos demais Estados;
- **Total - A**
 - Estado do Rio de Janeiro, **com repasse ao** Convênio de Rede Indireta com a Unimed São José do Rio Preto, para atendimento nos demais Estados;

Cláusula VIII - PADRÃO DE ACOMODAÇÃO

NOME DO PLANO	ACOMODAÇÃO
Essencial A	Enfermaria
Mais A	Quarto Privativo
Multi A	Quarto Privativo
Total A	Quarto Privativo

Não havendo disponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos credenciados pela CONTRATADA, caso o Beneficiário esteja inscrito no plano cuja modalidade é Enfermaria, a ele será garantido o acesso à acomodação em nível superior à prevista, sem ônus adicional, na rede credenciada, até que haja disponibilidade de leito, quando será providenciada a transferência.

Cláusula IX - FORMAÇÃO DE PREÇO

O valor da contraprestação pecuniária, a ser efetuado pelo CONTRATANTE, e seus beneficiários, pertinente à cobertura assistencial contratada, baseia-se no sistema pré-estabelecido entre as partes contratantes.

INSTRUMENTO JURÍDICO

CLÁUSULA X – ATRIBUTOS DO CONTRATO

O presente contrato tem por objetivo a prestação continuada de serviços na forma de Plano Privado de Assistência à Saúde médico-hospitalar, conforme previsto no inciso I, art. 1º da Lei 9.656/98, abrangendo a cobertura descrita na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, CID 10, nas especialidades definidas pelo Conselho Federal de Medicina, bem como no Rol de Procedimentos Médicos editados pela ANS, vigente à época do evento, aos Beneficiários regularmente inscritos, na forma e condições deste instrumento.

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 XI - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

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.

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

- a) O cônjuge;
- b) O companheiro, havendo união estável na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial.
- c) Os filhos e enteados, ambos com até 39 anos completos;
- d) Os cônjuges e/ou companheiros dos filhos de até 39 anos completos;
- e) Os tutelados e os menores sob guarda judicial;
- f) Os Netos do Titular de até 24 anos completos.
- g) Como “Agregados” do beneficiário Titular: Os demais dependentes (parentes) de até 3º Grau de consanguinidade, excetuando-se os dependentes com grau de parentesco “ascendentes”.

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

A participação do Cônjuge e/ou Companheiro do Filho do Titular, dependerá da participação deste no plano de saúde e, ainda, limitado a idade máxima de 39 anos.

O recém-nascido, filho natural ou adotivo de beneficiário, terá assegurada inscrição como Dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência e sendo vedada qualquer alegação de doença ou lesão pré-existente, ou aplicação de cobertura parcial temporária ou agravo, desde que inscrito no prazo máximo de trinta dias do nascimento ou da adoção.

Em caso de inscrição de filho adotivo menor de 12 (doze) anos, serão aproveitados os períodos de carência já cumpridos pelo Beneficiário Titular ou Dependente adotante.

O CONTRATANTE encaminhará à CONTRATADA, mensalmente, até o **20º (vigésimo)** dia de cada mês, a movimentação Cadastral de Beneficiários, para **início de vigência, no dia 01 do mês subsequente ao mês de envio da movimentação cadastral no Contrato**, ou seja, a Relação dos Beneficiários que aderiram ao Plano ou os que estão sendo excluídos, nas Condições previstas neste Contrato, mediante arquivos eletrônicos via sistema próprio da Integral Saúde (CBI / WEB) e das propostas assinadas, pelos beneficiários proponentes, bem como a ficha de filiação à entidade contratante.

CLÁUSULA XII - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

A CONTRATADA assegurará aos beneficiários regularmente inscritos e satisfeitas as respectivas condições, a cobertura básica prevista neste Título, compreendendo a cobertura de todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, visando o tratamento de todas as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças 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 vigente à época do evento.

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

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

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.

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.

O atendimento, dentro da segmentação e da área de abrangência estabelecida no contrato e no respectivo produto de inscrição dos beneficiários, está assegurado independentemente do local de origem do evento.

COBERTURAS AMBULATORIAIS EM UNIDADES DA REDE REFERENCIADA PELA CONTRATADA:

A cobertura ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatórios, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.

I - cobertura de consultas médicas com médicos credenciadas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal e nas demais especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

II - cobertura de 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.

III - Procedimentos de fisioterapia em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente.

IV - cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais:

- a) Hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- b) Quimioterapia oncológica ambulatorial;
- c) Radioterapia;
- d) Procedimentos de hemodinâmica ambulatorial;
- e) Hemoterapia ambulatorial;
- f) Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

V - tratamento de todos os transtornos psiquiátricos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10º Revisão - CID - 10, incluindo:

- a) O atendimento às emergências psiquiátricas, assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e autoagressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes;
- b) A psicoterapia de crise, entendida esta como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, com duração máxima de 12 (doze) semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência e sendo limitadas a 12 (doze) sessões por ano de contrato, não cumulativas;

c) O tratamento básico, que é aquele prestado por médico, com número ilimitado de consultas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente.

COBERTURAS HOSPITALARES EM UNIDADES DA REDE REFERENCIADA PELA CONTRATADA:

Durante a internação clínica, inclusive a psiquiátrica e/ou cirúrgica, a CONTRATADA garante aos beneficiários, dentro dos recursos próprios, credenciados ou contratados, os seguintes serviços hospitalares:

I - diárias de internação hospitalar, sem limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, a critério do médico assistente, reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina;

II - cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada à limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;

III - cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;

IV - cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;

V - cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica prevista no contrato, em território brasileiro;

VI - cobertura de despesas de acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital a acompanhante de beneficiário menor de dezoito anos e com idade igual ou superior a 60 anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente, nas mesmas condições da cobertura contratada, exceto nos casos de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares;

VII - cobertura de cirurgias odontológicas buco-maxilo-facial realizada por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar;

VIII - Cobertura da 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.

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

- a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- b) quimioterapia oncológica ambulatorial;
- c) radioterapia incluindo radio moldagem, rádio implante e braquiterapia;
- d) hemoterapia;
- e) nutrição parenteral e enteral;
- f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
- g) embolizações
- h) radiologia intervencionista;
- i) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- j) procedimentos de fisioterapia;
- k) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos a transplante de Rim e Córnea, exceto medicação de manutenção.

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

XI - Cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções;

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

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

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

XV - todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos, bem como tratamentos decorrentes de transtornos psiquiátricos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10ª Revisão - CID - 10, incluindo:

- a) o custeio integral de pelo menos 30 (trinta) dias de internação, por ano de contrato, não cumulativos, contínuos ou não, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise.
- b) O custeio parcial, a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação, por ano de contrato, não cumulativos, contínuos ou não, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise, com coparticipação do Beneficiário de 50% (cinquenta por cento) observados os tetos estabelecidos nos normativos vigentes;
- c) o custeio integral de pelo menos 15 (quinze) dias de internação, por ano de contrato não cumulativos, contínuos ou não, em hospital geral, para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização.
- d) O custeio parcial, a partir do 16º (décimo sexto) dia de internação, por ano de contrato, não cumulativos, contínuos ou não, em hospital geral, para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização, com coparticipação do Beneficiário de 50% (cinquenta por cento) observados os tetos estabelecidos nos normativos vigentes;
- e) cobertura de 08 (oito) semanas anuais de tratamento em regime de hospital-dia para os diagnósticos: F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79 e F90 a F98 relacionados no CID - 10, ao beneficiário terão assegurado 180 (cento e oitenta) dias por ano de tratamento em regime de hospital-dia.
- f) procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto infligidas.

XVI - transplantes de rim e córnea e dos transplantes autólogos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, sem prejuízo da legislação específica que normatiza estes procedimentos, conforme abaixo:

- a) Entendem-se como despesas com procedimentos vinculados, todas aquelas necessárias à realização do transplante, incluindo, quando couber:
- a.1) as despesas assistenciais com doadores vivos;
- a.2) os medicamentos utilizados durante a internação;
- a.3) o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;
- a.4) as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.
- b) Os beneficiários candidatos a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica deverá, obrigatoriamente, estar inscritos em uma das Centrais de

Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de seleção.

c) É de competência privativa das Centrais de Notificações, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs, dentro das funções de gerenciamento que lhe são atribuídas pela legislação em vigor determinar o encaminhamento de equipe especializada e providenciar o transporte de tecidos e órgãos aos estabelecimentos de saúde autorizados em que se encontre o receptor.

CLÁUSULA XIII - EXCLUSÕES DE COBERTURA

Fica expressamente ajustado entre as partes, que a operadora não se responsabilizará pela prestação dos serviços abaixo relacionados que estão excluídos da cobertura contratual, salvo se estes vierem a integrar o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e suas atualizações.

1- PROCEDIMENTOS MÉDICOS:

1.1-NÃO ESTÃO COBERTOS PROCEDIMENTOS MÉDICOS QUE NÃO CONSTEM DA RELAÇÃO DO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, VIGENTE À ÉPOCA DO EVENTO.

1.2- atendimentos, procedimentos, exames ou tratamentos realizados fora do território nacional, mesmo nos casos de urgência e emergência;

1.3- atendimentos, procedimentos, exames ou tratamentos realizados em território nacional fora da área de abrangência contratual;

1.4- Tratamentos clínicos, procedimentos e exames decorrentes de tratamentos não custeados pela operadora, exceto se o evento/consequência encontrar-se previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, ocasião em que a cobertura será obrigatória independentemente da causa;

1.5- Procedimentos clínicos, cirúrgicos ou laboratoriais, para patologias não relacionadas no Código Internacional de Doenças (CID-10);

1.6- Tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais; tratamentos e cirurgias não éticos ou ilegais, assim definidos sob o aspecto médico; cirurgias para mudança de sexo;

1.7- Procedimentos clínicos ou cirúrgicos com finalidades estéticas, cosméticas, bem como órteses e próteses para o mesmo fim; internações ou hotelaria em Spa's ou Clínicas de Emagrecimento seus procedimentos, materiais ou medicamentos e honorários profissionais;

1.8- Escleroterapia de varizes;

1.9- Procedimentos clínicos ou cirúrgicos de natureza estética em geral;

1.10- Cirurgia refrativa, de miopia com grau inferior a 5(cinco) e de hipermetropia com grau superior a 6 (seis);

1.11- Tratamentos clínicos e/ ou cirurgias, para rejuvenescimento, bem como para prevenção de envelhecimento; tratamento cirúrgico para obesidade que não se enquadrem nos critérios definidos pelo Ministério da Saúde;

1.12- Transplantes de: fígado; coração; medula; pâncreas; pulmão; ou outro de qualquer natureza, exceto o de rim e córnea e os transplantes autólogos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

1.13- Implantes que não constem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

1.14- Tratamento odontológico, exceto cirurgia buco-maxilo-facial e procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que necessitem de estrutura hospitalar por imperativo clínico;

1.15- Procedimentos e consultas médicas em especialidades não reconhecidas pelo Ministério da Saúde e Conselho Federal de Medicina;

1.16- Exame de paternidade;

1.17- Acupuntura por profissionais não médicos, e por médicos não credenciados;

1.18- Necropsia, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;

1.19- Aviamento de óculos; gesso sintético; aparelhos de surdez; aparelhos destinados à reabilitação ou complementação de função;

1.20- Fornecimento de próteses e órteses não ligadas ao ato cirúrgico;

1.21- Fornecimento de próteses, órteses e acessórios não registrados na ANVISA;

1.22- Medicamentos importados não nacionalizados, ou seja, sem registro vigente na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA;

1.23- Vacina imunizante (exceto se internado).

2- ATENDIMENTO DOMICILIAR:

2.1- Aluguel de equipamentos e similares para tratamento domiciliar;

2.2- Consultas, atendimentos ou visitas domiciliares de qualquer natureza, mesmo em caráter de urgência ou emergência;

2.3- Materiais e medicamentos para tratamento domiciliar;

2.4- Serviços de enfermagem em caráter particular;

2.5- Serviços de enfermagem domiciliar.

2.6- Remoção domiciliar

3- DESPESAS HOSPITALARES EXTRAORDINÁRIAS:

- 3.1- Despesas hospitalares extraordinárias referentes a: ligações telefônicas, lavagem de roupas, dieta ou produtos não prescritos pelo médico responsável; produtos de higiene pessoal; serviços extraordinários requeridos pelo usuário, tais como, televisão, aparelho de ar condicionado, frigobar, estacionamento ou outras despesas que excedam o limite e condições do contrato.
- 3.2- Despesas hospitalares de iniciativa do usuário e não prescritas pelo médico assistente;
- 3.3- Internações hospitalares fora das condições e/ou abrangências previstas no produto do beneficiário e constante deste contrato;
- 3.4- Acomodação hospitalar em padrão de conforto superior ao estabelecido no contrato, salvo na hipótese da ocorrência do artigo 33 da lei 9.656/98;
- 3.5- Todas as despesas com acompanhantes, inclusive alimentação, exceto alimentação para o acompanhante de menores de 18 anos e maiores de 60 anos e para os portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente;
- 3.6- Serviços de enfermagem em caráter particular em regime hospitalar.
- 3.7- Procedimento assistencial que exija autorização prévia e realizada à revelia da Operadora, exceto nos casos de urgência e emergência;
- 3.8- Não estão asseguradas as despesas com consultas, tratamentos e internações relacionadas antes do início da cobertura ou do cumprimento das carências previstas em contrato; e
- 3.9- Atendimento em casos de cataclismos, guerras, comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.

CLÁUSULA XIV – DURAÇÃO DO CONTRATO

O presente Contrato vigorará pelo prazo de 12 meses, contados da data da assinatura do contrato, desde que até este momento não seja feito nenhum pagamento à operadora.

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

Cláusula XV - PERÍODOS DE CARÊNCIA

Não será exigida carência quando houver a inscrição de 30 (trinta) beneficiários ou mais na data do efetivo início de vigência do Contrato.

Caso a CONTRATANTE não efetue a inscrição do Beneficiário dentro do prazo acima estipulados e/ou, para novas adesões, após o primeiro mês da efetiva vigência do contrato, para ter direito aos serviços, objeto deste contrato, os beneficiários deverão cumprir os períodos de carências ajustados nesta cláusula.

Os períodos de carência passarão a fluir em função de cada beneficiário, a partir da data de sua inscrição.

Os períodos de carência que serão cumpridos pelos beneficiários são:

- a) **24 (vinte e quatro) horas** - para atendimentos de urgência e emergência;
- b) **24 (vinte e quatro) horas** – para consultas médicas eletivas e/ou de urgência; exames de análises clínicas e histocitopatológicas (excetos os constantes das alíneas subsequentes); exames radiológicos simples (sem contraste); exames e testes oftalmológicos; exames e testes otorrinológicos, exceto: videolaringoscopia computadorizada; eletrocardiograma convencional; eletroencefalograma convencional; inalotrapia; provas de funções respiratórias, estes terão o prazo de 90 (noventa) dias de carência;
- c) **90 (noventa) dias** – para procedimentos cirúrgicos de porte anestésico 0 (zero) realizados em consultórios; densitometria óssea; monitorização ambulatorial de pressão arterial; endoscopias diagnósticas realizadas em consultório; exames e testes alergológicos; exames radiológicos com contraste; eletrocardiografia dinâmica (Holter); teste ergométrico; ultrassonografia; perfil biofísico fetal e tococardiografia;
- d) **180 (cento e oitenta) dias** – para ultrassonografia morfológica; dopplerfluxometria; videolaringoscopia computadorizada;
- e) **180 (cento e oitenta) dias** – para ecocardiografia/ecodoppler; ultrassonografia com doppler;
- f) **180 (cento e oitenta) dias** – para exames de análises clínicas pelo método de pesquisa P.C.R. e histocitopatológicas por histoquímica; hibridização molecular; pesquisa de anticorpos Anti-HTLV III – Western Blot;
- g) **180 (cento e oitenta) dias** – para eletroencefalograma prolongado; mapeamento cerebral; polissonografia; potencial evocado; eletroneuromiografia; eletromiografia;
- h) **180 (cento e oitenta) dias** – para cintilografia; mielografia; medicina nuclear; ressonância nuclear magnética; tomografia computadorizada; litotripsia; angiotomografia coronariana; acupuntura; Tilt Teste; pet-scan oncológico; tomografia de coerência óptica;
- i) **180 (cento e oitenta) dias** – para cirurgias por vídeo e/ou exames diagnósticos; laparoscopia diagnóstica e terapêutica; endoscopias que não possam ser realizadas em consultório médico; fisioterapias, terapia ocupacional, terapia renal substitutiva; internações eletivas clínicas e/ou cirúrgicas; exames e acompanhamentos intraoperatórios; transplante de córnea e de rim; transplante de medula óssea autóloga ou heteróloga (alogenica); citogenética; genética molecular; fornecimento de órteses ligadas ao ato cirúrgico; internações para tratamentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos

psiquiátricos; sessões de psicoterapia; consultas e sessões de nutricionistas, fonoaudiólogos, terapeuta ocupacional e psicólogo; quimioterapia; radioterapia; cirurgia refrativa (correção de miopia e hipermetropia com ou sem astigmatismo); transfusão de sangue e hemoderivados; procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica; neurorradiologia; radiologia intervencionista; oxigenoterapia hiperbárica; radiocirurgia; terapia imunobiológica intravenosa; tratamento ocular quimioterápico com antiangiogênico; estudo ultrassonográfico intravascular; implante coclear e todos os demais atendimentos médicos e/ou cirúrgicos porventura, não elencados nesta cláusula;

j) **300 (trezentos) dias** – para parto a termo.

As despesas decorrentes da utilização dos serviços durante o período de carência serão de responsabilidade da CONTRATANTE.

CLÁUSULA XVI – DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

Poderá ser exigido a Cobertura Parcial Temporária ou Agravado, nos casos de Doença e Lesão Preexistente, mesmo quando o número de participantes for igual ou maior que 30 (trinta) beneficiários na data da celebração do contrato.

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

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

Para informar a existência de doenças e lesões preexistentes, o Beneficiário Titular preencherá o Formulário de Declaração de Saúde acompanhado da Carta de Orientação ao Beneficiário e poderá solicitar um médico para orientá-lo.

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

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

O objetivo da entrevista qualificada é orientar o beneficiário para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ser

portador ou 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.

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

Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do beneficiário, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a CONTRATADA oferecerá a cobertura parcial temporária, e, dependendo do caso, ser-lhe-á facultada a oferta do agravo. 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 ou Agravo.

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

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.

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

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

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

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

O Agravo será regido por Aditivo Contratual específico, cujas condições serão estabelecidas entre as partes, devendo constar menção expressa a percentual ou valor do Agravo e período de vigência do Agravo.

Identificado indício de fraude por parte do beneficiário, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a CONTRATADA deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao

beneficiário através de Termo de Comunicação ao Beneficiário e poderá solicitar abertura de processo administrativo junto a ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do beneficiário à Cobertura Parcial Temporária.

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

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

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

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

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

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

CLÁUSULA XVII – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

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

I - urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional; e

II - emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

A CONTRATADA garantirá os atendimentos decorrentes de acidentes pessoais, sem restrições, depois de decorridas 24 horas de vigência do contrato.

A cobertura será prestada por 12 (doze) horas ou, caso surja a necessidade de internação, por período inferior, para:

I - os atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, durante o cumprimento dos períodos de carência;

II - os atendimentos de urgência e emergência, quando efetuados no decorrer dos períodos de carência para internação; e

III - os casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia ou procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças ou lesões preexistentes.

Após cumpridas as carências ou CPT (quando o caso), 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.

DA REMOÇÃO

1. A CONTRATADA garantirá ao beneficiário, que tenha cumprido período de carência, inscrito no presente Contrato o direito ao atendimento especializado médico inter- hospitalar por remoção terrestre, na forma da Resolução Normativa nº 347/2014 da ANS, mediante as seguintes condições:

1.1. O serviço de remoção entre hospitais ou serviço de pronto-atendimento credenciados será disponibilizado quando ficar comprovada sua necessidade pela falta de recursos para continuidade de atenção ao beneficiário na unidade de saúde de origem.

1.2. A remoção de beneficiário de hospital ou serviço de pronto atendimento vinculado ao Sistema Único de Saúde para hospital ou serviço de pronto- atendimento de prestador credenciado a CONTRATADA somente será realizada se a unidade SUS aonde o beneficiário se encontrar estiver situada dentro do limite de abrangência geográfica previsto neste Contrato.

1.3. A remoção de beneficiário de hospital ou serviço de pronto atendimento privado não credenciado para hospital ou serviço de pronto- atendimento de prestador credenciado a CONTRATADA somente será realizada se a unidade hospitalar não credenciada aonde o beneficiário se encontrar estiver situada dentro do limite de abrangência geográfica previsto neste Contrato.

1.4. A remoção de beneficiário de hospital ou serviço de pronto atendimento não credenciado a CONTRATADA ou vinculado ao Sistema Único de Saúde, que se situe fora do limite de abrangência geográfica previsto neste Contrato, para hospital ou serviço de pronto- atendimento de prestador credenciado somente se efetivará se o evento que originou a necessidade do serviço tiver ocorrido dentro da área de atuação do produto do beneficiário e na indisponibilidade ou inexistência de prestador.

1.5. A remoção do beneficiário será realizada em unidades móveis, ambulâncias de suporte básico ou UTI, dentro do limite de abrangência geográfica previsto no Produto ao qual o beneficiário estiver inscrito e constante neste Contrato, para hospital determinado pelo corpo clínico da CONTRATADA, conforme §2º do artigo 3º da Resolução Normativa nº 259/2011 editada pela Agência Nacional de Saúde.

1.6. A CONTRATADA somente realizará a remoção do beneficiário mediante consentimento do próprio beneficiário ou de seu responsável, e após a autorização do médico assistente.

DA REMOÇÃO PARA O SUS

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.

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

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.

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

DO REEMBOLSO

A CONTRATADA assegurará o reembolso, no limite das obrigações deste Contrato, das despesas efetuadas pelo Beneficiário com assistência à saúde, dentro da área de abrangência geográfica do plano, nos casos exclusivos de urgência e/ou emergência, quando não for possível a utilização dos serviços de prestadores da rede assistencial credenciada pela CONTRATADA e, ainda, das despesas efetuadas com os serviços de anestesia, em procedimentos cobertos pelo contrato, eletivos e/ou de urgência/emergência.

O beneficiário terá o prazo de 1 (um) ano para solicitar o reembolso à CONTRATADA;

O pagamento do reembolso de que trata o item anterior será efetuado de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados junto à rede credenciada para este produto, vigente à data do pagamento, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da apresentação dos seguintes documentos originais:

- Relatório do médico assistente, declarando:
 - ✓ O nome do paciente;
 - ✓ Código de identificação;
 - ✓ Descrição do tratamento e respectiva justificação dos procedimentos realizados;
 - ✓ Data do atendimento;
 - ✓ Período de permanência no hospital e data da alta hospitalar;
 - ✓ CID da doença básica;
 - ✓ Descrição das complicações quando for o caso e relatório de alta;

- ✓ Declaração do médico assistente atestando o estado de emergência, quando for o caso;
- Conta hospitalar discriminando materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com notas fiscais, faturas ou recibos do hospital;
- Recibos individualizados de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, discriminando funções e o evento a que se referem;
- Comprovantes relativos aos serviços de exames complementares de diagnóstico e terapia, e serviços auxiliares.

Somente serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao Beneficiário, realizado enquanto perdurar o estado de urgência ou emergência, quando for o caso.

DO REEMBOLSO DE LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES

Os produtos: Essencial A e Mais A, não possuem a opção de Livre Escolha de Prestador, contudo, na impossibilidade comprovada de utilização da Rede Referenciada, dentro da área de abrangência do plano, em situações de urgência e/ou emergência, enfrentadas pelo BENEFICIÁRIO, a CONTRATADA se compromete, dentro dos limites e condições contratuais, a reembolsar as despesas realizadas com a assistência à saúde para o BENEFICIÁRIO.

O beneficiário terá acesso a livre escolha de prestadores não credenciados da rede assistencial, na forma do item nove do anexo II da RN nº. 100, de 2005, nos procedimentos abaixo definidos, exclusivamente nos produtos Multi A e Total A, de acordo com o plano contratado:

NOME DO PLANO	CONSULTA MÉDICA	EXAMES	HONORÁRIOS MÉDICOS DE USUÁRIO INTERNADO	TERAPIAS	DEMAIS DESPESAS AMBULATORIAIS
Multi A	1x Tabela	1x Tabela	2x Tabela	1x Tabela	1x Tabela
Total A	3x Tabela	3x Tabela	3x Tabela	3x Tabela	3x Tabela

A **CONTRATADA** assegurará o reembolso, no limite das obrigações deste Contrato e, de acordo com **sua tabela de procedimentos**, das despesas efetuadas pelo Beneficiário com assistência à saúde.

O reembolso será efetuado em moeda corrente nacional e calculado de acordo com a Tabela de Reembolso de procedimentos Médico-Hospitalares da **CONTRATADA**, a qual está devidamente registrada no 3º OFÍCIO – REGISTRO DE TÍTULOS E DOCUMENTOS, sob nº 1152096 – 3º - RTD RJ e disponível para consulta através do endereço eletrônico www.integralsaude.com.br ou de forma presencial na Avenida Ernani do Amaral Peixoto, 467, Sala 1411 Centro – Niterói/RJ, de segunda a sexta-feira, das 09h às 16h.

Em caso de dúvida relacionada à Tabela de Reembolso, ou acerca da forma de cálculo do valor do reembolso solicitado, o BENEFICIÁRIO poderá entrar em contato com a **CONTRATADA**, através da Central de Serviços (21)3233-8888.

IMPORTANTE: Considerando que a Tabela de Reembolso é atualizada em decorrência de determinações da própria Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, observe sempre em nosso site www.integralsaude.com.br eventuais alterações do número de registro ou do Ofício de Registro de Títulos e Documentos.

A Tabela de Reembolso foi elaborada com base em critérios técnicos e estabelece a Quantidade de Unidades de Serviço (Quantidade de USGC) para os procedimentos médicos cobertos, de acordo com as condições contratuais, podendo ser alterada em sua estrutura e nomenclatura, sempre que for necessário corrigir, atualizar ou modificar o que nela estiver contido, para inclusão de novos eventos ou procedimentos médicos, conforme atualização do Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

O Valor da Unidade de Serviço (USGC) foi desenvolvido para estabelecer os valores de referência dos procedimentos cobertos contratualmente. Tais valores são expressos em moeda corrente nacional e poderão variar de acordo com o tipo de evento ou procedimento médico coberto pelo contrato e, ainda, de acordo com o produto ao qual está vinculado o BENEFICIÁRIO. O Valor da USGC também está disponível para consulta nos mesmos canais de comunicação acima mencionados.

O Valor da USGC será reajustado anualmente, no mesmo período de aplicação do reajuste negociado com a Rede Referenciada, não estando vinculado ao índice de reajuste financeiro e/ou técnico do contrato.

O reembolso das despesas hospitalares será efetuado com base nos preços negociados com a Rede Referenciada e atenderá ao disposto na Resolução CONSU ANS nº 08, de 03 de novembro de 1998, alterada pela Resolução CONSU ANS nº 15, de 29 de Março de 1999 que determina que o valor do reembolso não será inferior ao praticado na Rede Referenciada.

Etapas a serem observadas para facilitar a realização cálculo de reembolso.

Para calcular o reembolso o BENEFICIÁRIO deverá:

- 1º - Identificar qual foi o procedimento realizado;
- 2º - Ao identificar o procedimento realizado, deverá identificar a Quantidade de USGC, constante na Tabela de Reembolso;
- 3º - Em seguida, deverá identificar o Valor da USGC que, como mencionado acima, está disponível em diversos canais de atendimento ao cliente.

O pagamento do reembolso será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Referência de Reembolso da Contratada, vigente à data do evento, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da apresentação dos seguintes documentos originais:

- Relatório com o nome do paciente e código de identificação;
- Descrição do tratamento e respectiva justificação dos procedimentos realizados;
- Data do atendimento;
- Período de permanência no hospital e data da alta hospitalar;
- CID da doença básica;

- Descrição das complicações quando for o caso e relatório de alta;
- Declaração do médico assistente atestando o estado de emergência, quando for o caso;
- Conta médica discriminada das despesas, incluindo relação dos serviços executados, materiais gastos, medicamentos administrados e exames efetuados, com preços por unidade, juntamente com as vias originais das notas fiscais ou faturas da pessoa jurídica prestadora do atendimento;
- Vias originais dos recibos individualizados e comprovantes de pagamento dos honorários médicos, de assistentes e, se for o caso, de auxiliares e anestesistas, com seus números de registro no Conselho Regional relativos aos serviços de exames complementares de diagnóstico e terapia, e serviços auxiliares.
- Relatório médico que informe o diagnóstico, o tratamento efetuado e as datas de início da terapia, especialmente caso se trate de procedimentos cirúrgicos e de internação.

A lista de documentos acima mencionada, por tratar-se de rol exemplificativo, poderá sofrer alterações, cabendo à CONTRATADA, quando necessário, solicitar documentos adicionais.

Os reembolsos serão realizados diretamente ao BENEFICIÁRIO no prazo de até 30 (trinta) dias após a entrega da documentação completa à CONTRATADA.

Em caso de documentação incompleta ou, ainda, nos casos de inexatidão nos documentos apresentados, a CONTRATADA poderá pedir informações complementares, no prazo de até 30 dias após a data de solicitação do reembolso pelo BENEFICIÁRIO.

Neste caso, será iniciado novo prazo de até 30 (trinta) dias para a realização do reembolso pela CONTRATADA, o qual será contado a partir da data de entrega da documentação complementar pelo BENEFICIÁRIO.

Não serão passíveis de reembolso:

- a) Os eventos que não constem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e suas atualizações;
- b) Os procedimentos sem previsão de cobertura neste contrato;
- c) Despesas com alimentação de acompanhante (ressalvados os casos de pacientes menores de 18 (dezoito) anos, idosos a partir de 60 (sessenta) anos, pessoas com deficiência e gestantes em preparo, parto e pós parto, conforme Rol de Procedimentos e Eventos ANS e suas atualizações;
- d) Os atendimentos médicos (ambulatorial e/ou hospitalar) que não se caracterizam como de urgência e/ou emergência; e
- e) Serviços extraordinários, tais como telefonia, enfermagem particular, aluguel de televisão, dentre outros.

O BENEFICIÁRIO deverá observar o prazo máximo de 01 (um) ano para solicitação do reembolso, contado da data de ocorrência do evento, não sendo possível a solicitação após o decurso deste prazo.

Fica, ainda, expressamente vedada a cessão, a terceiros, de crédito do reembolso relativo a despesas realizadas com assistência à saúde pelo BENEFICIÁRIO TITULAR e/ou seus DEPENDENTES.

Os canais de atendimento descritos nesta Cláusula poderão ser alterados, a critério da CONTRATADA, a qual se responsabiliza em divulgar em seu sítio eletrônico, as mudanças realizadas, para ciência de seus BENEFICIÁRIOS.

A **CONTRATADA** utilizará como parâmetro de reembolso de honorários médicos, nas condições especificadas e determinadas pela legislação em vigor e, ainda, no limite das obrigações deste Contrato, os valores determinados em **sua tabela de procedimentos**, registrada no Cartório de Títulos e Documentos sob o Protocolo nº 1152096 – 3º RTD RJ.

CLÁUSULA XVIII – MECANISMO DE REGULAÇÃO

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO

Será disponibilizado ao Beneficiário Titular, através do site da Integral Saúde ou do aplicativo (APP), para tablet's e smartphones, o Orientador Médico do Usuário, contendo os dados dos prestadores de serviços credenciados pela CONTRATADA, além do Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde – MPS e o Guia de Leitura Contratual – GLC, concomitante à assinatura deste Contrato.

Nenhum atendimento aos serviços previstos neste contrato será realizado sem a apresentação do Cartão de Identificação do beneficiário fornecida e expedida pela CONTRATADA à CONTRATANTE, para entrega e distribuição aos beneficiários cadastrados no Plano, acompanhada de cédula de identidade dos mesmos ou, inexistindo tal documento, outro que surtam efeitos similares, exceto nos casos de urgência e emergência.

O beneficiário, para obter uma 2ª (segunda) via do Cartão, no caso de extravio, comunicará o fato imediatamente à CONTRATADA, arcando com as despesas da confecção de outra via.

Cessa a responsabilidade do beneficiário, no tocante a utilização indevida de seu cartão, a partir da comunicação do extravio do cartão de identificação.

AUTORIZAÇÕES PRÉVIAS

Para a realização dos procedimentos contratados, à critério da CONTRATADA, poderá haver a obrigação do usuário obter **AUTORIZAÇÃO PRÉVIA** através de **GUIA, FORMULÁRIO OU SENHAS**, exceto consultas e os casos caracterizados como urgência e emergência.

O pedido médico deverá ser apresentado/encaminhado à Central Técnica da CONTRATADA que emitirá resposta pelo profissional avaliador dentro dos prazos previstos e determinados pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar). O prazo de contagem se iniciará a contar da data da efetiva solicitação à CONTRATADA, ou em prazo inferior, quando caracterizada a urgência.

Os procedimentos deverão ser solicitados pelo médico-assistente ou cirurgião-dentista em formulário específico e disponibilizado pela CONTRATADA, ou quando não credenciado, em

Receituário, contendo dados do BENEFICIÁRIO, descrição dos exames e especificação de acordo com CID.

DA JUNTA MÉDICA

A CONTRATADA garante, no caso de situações de divergência médica, a definição do impasse 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.

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.

DA COPARTICIPAÇÃO

Coparticipação é a participação na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário à operadora, após a realização de procedimento.

Os valores de coparticipação serão cobrados pela CONTRATADA, diretamente pela CONTRATANTE, através de fatura mensal, acompanhado do relatório de utilização dos beneficiários.

Os valores ou percentuais referentes à coparticipação estarão de acordo com o normativo editado pela ANS vigente, e serão devidamente preenchidos no momento da contratação.

Segmento Ambulatorial:

- a) Consultas, no valor de: R\$ 0,00 por evento;
- b) Exames Básicos de Apoio Diagnóstico, no valor de: R\$ 0,00 por evento;
- c) Exames Especiais de Apoio Diagnóstico, no valor de: R\$ 0,00 por evento;

SERVIÇOS PRÓPRIOS E REDE CREDENCIADA

Será disponibilizado ao beneficiário, através do site da CONTRATADA e/ou aplicativo (APP) para tablet's ou smartphones, a relação (Orientador Médico) contendo os dados dos prestadores de serviços próprios e credenciados pela CONTRATADA, obedecidas as regras que disciplinam o atendimento dos mesmos, sendo que 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.

A relação contendo os dados dos prestadores de serviços próprios e credenciados da CONTRATADA terá suas atualizações disponíveis no site da CONTRATADA, através do serviço de tele atendimento ou por meio dos APP's para tablet's ou smartphones.

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

- A substituição da entidade hospitalar seja por outra equivalente e mediante comunicação aos consumidores e a ANS com trinta dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo, os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor;
- 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;
- 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;
- Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, a operadora deverá solicitar à ANS autorização expressa.

CLÁUSULA XIX – FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

1. O valor a ser pago pela cobertura assistencial contratada é pré-estabelecido;
2. A responsabilidade pelo pagamento total da contraprestação pecuniária será da pessoa jurídica contratante.
3. A **CONTRATANTE** obriga-se a pagar à **CONTRATADA**, em pré-pagamento, os valores relacionados no **ANEXO-I**, por usuário e por faixa etária, para efeito de inscrição e mensalidade, através da emissão de faturas mensais;
4. Os pagamentos serão efetuados pela **CONTRATANTE** e/ou **SUBCONTRATANTE** à ela vinculada, à **CONTRATADA**, até o último dia útil do mês subsequente ao de competência da fatura, por intermédio de faturas mensais, onde estarão registrados os vencimentos correspondentes.
5. A **CONTRATANTE** enviará à **CONTRATADA** até o dia 20 (vinte) de cada mês para, o relatório de movimentação cadastral contendo os dados dos beneficiários dos Planos (novos = inclusões; Cancelados = bloqueios definitivos ou para suspensão de cobrança = bloqueios temporários), separado por Subcontrato (**Centro de custo**) para conferência e imputação de dados em sistema, relativo ao mês de competência seguinte, cuja vigência se dará a partir do dia 01. Eventuais necessidades de ajustes serão processadas na fatura do mês posterior, através do acerto das contraprestações pecuniárias.
6. Não serão admitidas movimentações em data posterior ao dia 20 (vinte) do mês anterior ao mês de competência para vigência 01 do mês subsequente ao de envio da movimentação cadastral. Caso o dia limite em questão seja um final de semana e/ou feriado, a movimentação cadastral deverá ser sempre, antecipada, não sendo aceita pela **CONTRATADA**, nenhuma

manifestação em contrario e sendo devida toda cobrança de beneficiários, sem direito à compensação futura que, por falha da **CONTRATANTE** e/ou **SUBCONTRATANTE** a ela vinculadas, não tenha sido solicitado seu bloqueio dentro do prazo pré-estabelecido.

7. O não pagamento da Mensalidade, por parte da **CONTRATANTE** no respectivo dia de vencimento, sem prévia negociação entre as partes, poderá ensejar no cancelamento do contrato entre **CONTRATANTE** e **CONTRATADA**, com comunicação prévia de 30 dias;

7.1 O não pagamento da mensalidade do beneficiário à **CONTRATANTE** até o término do mês subsequente à sua competência, poderá ensejar na suspensão temporária das coberturas do **CONTRATO**, mediante demanda da **CONTRATANTE**, e o posterior **CANCELAMENTO** definitivo do **CONTRATO**, após decorridos **60 (sessenta) dias** de sua inadimplência à **CONTRATANTE**.

8. Caso haja solicitação de suspensão do atendimento ao beneficiário por inadimplência, por parte da **CONTRATANTE**, a responsabilidade financeira, correspondente ao mês inadimplido pelo usuário (mês do bloqueio temporário) será de responsabilidade da **CONTRATANTE**;

6.1 Não haverá cobrança, com referência à mensalidade do **mês subsequente ao mês de bloqueio** (seja este, bloqueio definitivo = cancelamento e/ou bloqueio temporário = suspensão temporária), dos usuários inscritos no **CONTRATO**, por parte da **CONTRATADA** à **CONTRATANTE**;

9. A tabela de preços e demais condições comerciais, serão ajustadas periodicamente, de comum acordo, e constará do Termo: "**ANEXO – I**" que é parte integrante deste Contrato;

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

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

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

A 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 vinculados.

Os procedimentos e atendimentos previstos neste Contrato serão realizados exclusivamente nos prestadores constantes da rede credenciada, indicada no Orientador Médico do Usuário e desde que solicitados, unicamente, pelos médicos assistentes credenciados e/ou referenciados, resguardadas as situações de urgência ou de emergência.

CLÁUSULA XX – REAJUSTE

20.1 – Reajuste anual – a contraprestação pecuniária será reajustada anualmente, independentemente da data de inclusão dos BENEFICIÁRIOS, no aniversário do contrato.

20.1.1 – Será considerado como data-base de aniversário do contrato, a data de assinatura do contrato, sendo vedada a aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano.

20.1.2 – Para fins de aplicação desta cláusula, considera-se reajuste qualquer variação positiva na contraprestação pecuniária, inclusive aquela decorrente de revisão ou reequilíbrio econômico-atuarial do contrato.

20.1.3 – Além do referido reajuste anual, haverá atualização do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária, migração e adaptação de contrato à Lei nº 9.656, de 1998, as quais continuarão a ser feitas na condição e na forma previstas neste contrato.

20.2 – O reajuste anual será composto cumulativamente pelo índice financeiro descrito na cláusula 20.2.1 e, quando for necessário reequilibrar a relação contratual, será incorporado o índice técnico, calculado conforme descrito na cláusula 20.3.5.1.

20.2.1 – O índice financeiro será a variação dos custos médicos e hospitalares (VCMH) do ano anterior à data base de reajuste, dos planos coletivos empresariais e por adesão, levando em consideração a carteira de clientes da CABERJ INTEGRAL SAÚDE. Também incluirá a estimativa do impacto da incorporação de novos procedimentos e eventos previstos no Rol.

20.2.2 – Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do índice técnico, este será calculado com base no nível de sinistralidade do contrato, que corresponde à proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do contrato, apuradas conforme descrito no subitem a seguir.

20.2.2.1 – O índice técnico da primeira reavaliação será apurado expurgando as despesas assistenciais e receitas diretas dos dois primeiros meses. Nas reavaliações subsequentes, o índice técnico será apurado considerando os 12 meses seguintes ao último período avaliado. As negociações serão iniciadas com antecedência de 3 (três) meses em relação à data-base de aniversário.

20.3. Para manter o equilíbrio econômico-financeiro deste contrato fica estabelecida a meta de sinistralidade de **70%** (setenta por cento) = (Sm.).

20.3.1 - O critério para o reajuste anual da contraprestação pecuniária do contrato observará o disposto no item a seguir:

20.3.2 - Nos termos da legislação vigente, o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas inclusões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do Índice apurado no período de 12 meses consecutivos de vigência, com uma antecedência de 03 (três) meses, em relação à data-base de aniversário, sendo considerada esta, o mês de assinatura do Contrato.

20.3.3 - Na hipótese de descontinuidade do índice estabelecido no item 20.2.1., será estipulado novo índice mediante instrumento específico.

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

20.3.5 - O desequilíbrio é constatado quando o nível de sinistralidade da carteira ultrapassar o índice de 70% (Setenta por cento) = (Sm);

20.3.5.1 - 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_m - Meta de Sinistralidade expressa em contrato

20.3.6 - No mês de aplicação do reajuste a operadora encaminhará ao CONTRATANTE a memória de cálculo do percentual de reajuste a que se refere o item 3.2.2.

20.3.7 - O contrato poderá receber reajuste em periodicidade inferior a 12 meses, além das variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária, migração, **adequação técnica de preços por variação da idade média da população** e adaptação do contrato à Lei 9656/98.

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

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

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

20.3.10 - Se, no decorrer da vigência do Contrato, for observado desequilíbrio Técnico-Atuarial acima do patamar pré-estabelecido no contrato, que é de setenta por cento (70%), as partes se comprometem em adotar novas e imediatas medidas de ajuste financeiro para a retomada do equilíbrio, ainda durante a vigência em curso, que poderá ser na forma de aporte e/ou novo reajuste técnico, o qual, caso não se concretize ou as partes não cheguem ao consenso comum sobre o equilíbrio financeiro, acarretará no cancelamento do Contrato, independentemente da data de vigência deste;

CLÁUSULA XXI - FAIXAS ETÁRIAS

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 da contraprestação pecuniária, observadas a seguintes condições, conforme art. 3º, incisos I e II da RN 63/03:

I. O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária;

II. A variação acumulada entre a sétima e a décima faixa não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

PERCENTUAIS DE AUMENTO POR FAIXA ETÁRIA PÓS RES. RN 63/2003

FAIXA ETÁRIA	Essencial A	Mais A	Multi A	Total A
	% VARIAÇÃO (AUMENTO) NAS MUDANÇAS DE FAIXA ETÁRIA			
00 a 18 anos	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
19 a 23 anos	10,69%	18,99%	19,00%	18,99%
24 a 28 anos	10,05%	9,41%	9,41%	9,41%
29 a 33 anos	11,99%	8,08%	8,08%	8,08%
34 a 38 anos	18,78%	18,77%	18,77%	18,77%
39 a 43 anos	16,88%	16,88%	16,88%	16,88%
44 a 48 anos	25,41%	25,42%	25,42%	25,42%
49 a 53 anos	21,24%	21,25%	21,25%	21,25%
54 a 58 anos	36,79%	41,37%	41,37%	41,37%
59 ou mais	42,58%	42,58%	42,59%	42,59%

CLÁUSULA XXII – REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

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

- Não se aplica o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656, de 1998, observada a Resolução nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações, devido aos produtos pertencentes ao Contrato firmado com a CONTRATANTE, ser da segmentação “Coletivo por Adesão”, o qual possui vínculo Associativo, Classista ou setorial, não se aplicando as regras previstas nos disposto nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98, que são exclusivos para os produtos de segmentação “Coletivo Empresarial”, cujo vínculo entre usuário e contratante se define pelas regras da Legislação Trabalhista (CLT) regulamentar vigente.

CLÁUSULA XXIII – CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

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

1. Perda da qualidade (condição) de beneficiário titular:
 - a) pela perda do vínculo de elegibilidade com a pessoa jurídica contratante (Entidade de Classe, Associação, Cooperativa ou com a Administradora);
 - b) fraude praticada pelo beneficiário titular, apurada de acordo com a legislação vigente.
2. Perda da qualidade de beneficiário dependente:
 - a) pela perda da condição de dependência prevista nas condições gerais deste regulamento;
 - b) a pedido do beneficiário titular;
 - c) fraude praticada pelo beneficiário dependente, apurada de acordo com a legislação vigente.
3. Caberá tão somente ao CONTRATANTE, gestor, administrador, patrocinador e instituidor, solicitar a suspensão ou exclusão de beneficiários.
4. A operadora só poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência do gestor, administrador e instituidor, nas seguintes hipóteses:
 - a) fraude;
 - b) perda do vínculo do titular com a pessoa jurídica contratante (Entidade de Classe que concede à elegibilidade para seu ingresso e permanência no contrato), ou de dependência, previstos neste regulamento, conforme definido na RN 195 da ANS.

CLÁUSULA XXIV – RESCISÃO

O atraso no pagamento da Mensalidade, por parte da **CONTRATANTE**, poderá ensejar na suspensão do direito dos usuários beneficiários inscritos no contrato, a qualquer cobertura prevista neste instrumento, bem como no cancelamento do contrato firmado entre **CONTRATANTE** e **CONTRATADA**, com comunicação prévia de 30 dias;

Sem prejuízo das penalidades legais, o contrato será rescindido, mediante prévia notificação, nas seguintes situações:

1. Prática de fraude comprovada;
2. Inadimplência por período superior a 60 (sessenta) dias cumulativos, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, desde que a **CONTRATANTE** seja comprovadamente notificada a partir do 50º (quinqüagésimo) dia da inadimplência, sendo concedidos 10 (dez), dias para que a **CONTRATANTE**, regularize as pendências perante a **CONTRATADA**;
3. No caso em que a Notificação ocorrer depois de decorridos 50 (cinquenta) dias de inadimplência, deverá, mesmo nesta condição, ser observado o cumprimento dos 10 (dez)

dias de prazo, para que a CONTRATANTE regularize as pendências perante a CONTRATADA.

4. Por inadimplemento contratual por parte da Contratada;
5. Se qualquer das partes infringirem as cláusulas do presente instrumento;
6. Conforme estabelecido no subitem 20.3.10: Caso, no decorrer da vigência do Contrato, for observado desequilíbrio Técnico-Atuarial acima do patamar pré-estabelecido no contrato (70%) e as partes não chegarem a um acordo financeiro para a retomada do equilíbrio, ainda durante a vigência em curso, que poderá ser na forma de aporte e/ou novo reajuste técnico, o Contrato será cancelado com aviso prévio de 30 (trinta) dias;
7. Em, não se aplicando uma das condições previstas acima, e antes de completado o período inicial de 12 (doze) meses, a rescisão do contrato poderá ser solicitada por qualquer das partes, observadas as seguintes condições:
 - a) Quando motivada por uma das hipóteses previstas acima, sem cumprimento de aviso prévio, salvo os prazos de aviso descritos nos itens acima e;
 - b) Imotivadamente, sujeitando a parte que solicitou a rescisão, ao cumprimento do aviso prévio de 60 (sessenta) dias, a contar da data da efetiva denuncia do contrato.
8. Independente de completado ou não 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.

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

CLÁUSULA XXV – DISPOSIÇÕES GERAIS

Integra a este contrato, para todos os fins de direito, a Rede Credenciada (disponível no site da CONTRATADA), o Cartão Individual de Identificação, a Entrevista Qualificada, o Exame Médico (quando for o caso), a Declaração de Saúde do titular e dependentes, a Carta de Orientação ao Beneficiário, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS) e o Guia de Leitura Contratual (GLC).

O(A) CONTRATANTE reconhece expressamente que seu vínculo contratual é apenas com a CONTRATADA.

O(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.

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

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

A CONTRATADA fornecerá aos beneficiários o CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO, cuja apresentação deverá estar acompanhada de documento de identidade legalmente reconhecido, que assegura a fruição dos direitos e vantagens deste contrato.

Ocorrendo a perda ou extravio do CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO, o(a) CONTRATANTE deverá participar, por escrito, o fato à CONTRATADA, para o cancelamento ou, quando for o caso, a emissão de segunda via mediante pagamento do custo de nova carteira de identificação no valor de R\$ 5,00 (cinco reais), sendo que o cancelamento só terá validade quando reconhecido por escrito, pela CONTRATADA.

É obrigação do(a) CONTRATANTE, na hipótese de rescisão, resolução ou resilição deste contrato, ou ainda, da exclusão de algum beneficiário, devolver os respectivos cartões de identificação, caso contrário poderá responder pelos prejuízos resultantes do uso indevido desses documentos.

A CONTRATANTE reconhece ser integralmente responsável por eventuais despesas de atendimentos efetuados pelo usuário e/ou seus dependentes decorrentes de eventos não cobertos e/ou realizado durante o período de carências contratuais, incluindo nesta o período previsto de CPT [Cobertura Parcial Temporária = 24 (vinte e quatro) meses de suspensão do direito de uso do plano, por patologia pré-existente], serviços e/ou valores excedentes aos limites previstos no rol de procedimentos da ANS, vigente na data do evento e/ou do plano contratado pelo usuário.

As despesas pagas pela CONTRATADA serão cobradas no boleto mensal de faturamento contra a CONTRATANTE, subsequente ao pagamento da despesa pela CONTRATADA;

A CONTRATANTE reconhece ser responsável por toda despesa de assistência médico-hospitalar decorrente de demandas judiciais, geradas por seus usuários, ativos ou excluídos e que a CONTRATADA seja interposta a conceder, mesmo após o cancelamento do contrato, que não sejam de obrigações assistenciais de responsabilidade da CONTRATADA, previstos no contrato e/ou no rol de procedimentos da ANS, vigente na data do evento e/ou do plano contratado pelo usuário.

As despesas pagas pela CONTRATADA serão cobradas no boleto mensal de faturamento contra a CONTRATANTE, subsequente ao pagamento da despesa pela CONTRATADA;

Considera-se uso indevido a utilização de qualquer documento da CONTRATADA que possibilite 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 a má-fé do beneficiário que emprestou seu cartão a outrem.

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

As reclamações ou sugestões sobre qualquer um dos serviços prestados devem ser encaminhadas por escrito à CONTRATADA.

SÃO ADOTADAS AS SEGUINTE DEFINIÇÕES:

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;

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

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

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

CARÊNCIA: período corrido e ininterrupto, contado a partir da data de início da vigência do contrato e/ou da data de inscrição do beneficiário titular e/ou dependente, durante o qual o contratante paga as contraprestações pecuniárias, mas ainda não tem acesso a determinadas coberturas previstas no contrato;

COPARTICIPAÇÃO: é a participação na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário diretamente à operadora, após a realização de procedimento;

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;

MENSALIDADE: contraprestação pecuniária paga pelo contratante à operadora;

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.

PRIMEIROS SOCORROS: é o primeiro atendimento realizado nos casos de urgência ou emergência.

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

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

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

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

EVENTO: é o conjunto de ocorrências e/ou serviços de assistência médico-hospitalar que tenham como origem ou causa, o mesmo dano à saúde do beneficiário em decorrência de acidente pessoal ou doença;

PROCEDIMENTO ELETIVO: é o termo usado para designar qualquer ato médico não considerado de urgência e que pode ser programado;

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

ATENDIMENTO MÉDICO AMBULATORIAL: é aquele executado em consultório médico, cujos procedimentos não necessitam de anestesia geral;

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

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

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;

BENEFICIÁRIO: pessoa física, titular ou dependente, que possui direitos e deveres definidos em contrato assinado entre a empresa a qual pertence e a operadora de plano privado de saúde, para garantia da assistência médico-hospitalar;

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

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

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

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.

DOENÇA PROFISSIONAL: é aquela adquirida em consequência do trabalho.

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

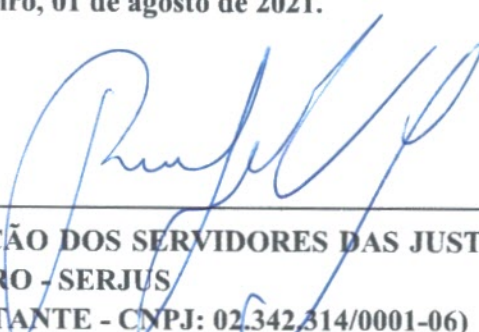
ÓRTESE: acessório usado em atos cirúrgicos e que não substitui parcial ou totalmente nenhum órgão ou membro, podendo, ou não, ser retirado posteriormente.



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

CLÁUSULA XXVI – ELEIÇÃO DE FORO

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

Rio de Janeiro, 01 de agosto de 2021.


ASSOCIAÇÃO DOS SERVIDORES DAS JUSTIÇAS FEDERAIS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - SERJUS
(CONTRATANTE - CNPJ: 02.342.314/0001-06)


Haroldo Aquino Filho
Diretor Executivo Geral
Representante Legal-ANS

Armando Gentil Monteiro
Diretor
Integral Saúde
CABERS INTEGRAL SAÚDE S.A.
(CONTRATADA - CNPJ: 07.844.436/0001-06)

15º OFÍCIO DE NOTAS - FERNANDA DE FREITAS LEITÃO - TABELIÁ
 Rua do Ouvidor, nº 89, Centro (21) 3233-2600 - Rio de Janeiro/RJ

Reconheço por SEMELHANÇA as firmas de:
ARMANDO GENTIL MONTEIRO

Rio de Janeiro, 11 de novembro de 2021

NEILSON NERY DOS SANTOS - ESCRIVENTE - Matr. 94-8894
 Emolumentos: R\$ R\$ 6,06 - TJ+Fundos: R\$ 2,50 - TOTAL: R\$ 8,56

Selo(s): EDZJ35950-RVF
 Consulte em <https://www3.trj.jus.br/sitepublico>

088641 AC921986

10º Ofício de Notas da Comarca da Capital - Cláudio Mattos - Titular
 Av. Nilo Peçanha, 26 - Loja, Centro - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20020-000 - Tel.: (21) 2215-1021
 Rua Barata Ribeiro, 330 - Copacabana - RJ - Tel.: (21) 2235-3050

Reconheço a(s) firma(s) de por SEMELHANÇA
HAROLDO AQUINO FILHO

Rio de Janeiro, 11 de novembro de 2021. Em test. _____ da verdade

Conf. Por Wagner Martins de Sousa -
 Emolumentos: R\$ 6,06 TJ+Fundos: R\$ 2,17 Total: R\$ 8,56

Selo: EDZC43587-RGX
 consulte em <https://www3.trj.jus.br/sitepublico>

088559
 AB136464

Rua Acre, nº 28 - Centro - Rio de Janeiro - RJ
 CEP: 20081-000 - Telefone: (21) 2533-6844
 BERKY PIMENTEL DA SILVA - Titular

088575
 AB730488

Reconheço por SEMELHANÇA a(s) firma(s) de
RICARDO SOARES VALVERDE

Rio de Janeiro, 11 de novembro de 2021. Em test. _____ da verdade. Conf. por _____

Ana Eduarda Ribeiro Moura Pimentel - Escrevente
 Emolumentos: R\$ 6,06 TJ+Fundos: R\$ 2,48 TOTAL: R\$ 8,54

Selo: EDZJ75744-RQP
 consulte em <https://www3.trj.jus.br/sitepublico>

TERMO ADITIVO Nº 1

01º TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE PLANO PRIVADO DE ASSISTENCIA A SAUDE QUE FAZEM:

- Como **CONTRATANTE**: ASSOCIAÇÃO DOS SERVIDORES DAS JUSTIÇAS FEDERAIS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - SERJUS, inscrita no CNPJ sob o nº: 02.342.314/0001-06, com sede à Rua do Acre, nº 77 Sala, Pça Mauá – Rio de Janeiro - RJ – CEP: 20.081-000, aqui representada por seu Presidente, Ricardo Soares Valverde, Brasileiro, Solteiro, Servidor Público Federal, portador do CPF nº 809.554.527-91 e do RG: 08.143.015-9, expedido pelo DETRAN-RJ em 12/06/2014;
- Como **CONTRATADA**: CABERJ INTEGRAL SAÚDE, inscrita no CNPJ sob o nº 07.844.436/0001-06,, com sede à Avenida Ernani do Amaral Peixoto, nº 467, Centro – Niterói - RJ – CEP: 20.041-031, aqui representada pelos seus diretores: Diretor Geral: Dr. Haroldo Aquino Filho, Brasileiro, Casado, Médico, portador da Cédula de Identidade nº 52.18138-4, expedida pelo CREMERJ e CPF: 029.301.967-34 e; pelo Diretor Comercial Armando Gentil Monteiro, Brasileiro, Divorciado, Administrador de Empresas, portador da Cédula de Identidade nº 08.527.706-9, expedida pelo DETRAN-RJ e CPF: 990.510.287-68.

Obedecendo ao presente Contrato e, de comum acordo, ajustam e firmam o que se segue:

1. OS USUÁRIOS CLIENTES CONTINUARÃO A SER ATENDIDOS PELA CAIXA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE - CABERJ, ATRAVÉS DE "RECIPROCIDADE" COM A CABERJ INTEGRAL SAÚDE.

ESTE TERMO ADITIVO GARANTE AOS USUÁRIOS A MANUTENÇÃO DA REDE ATUALMENTE UTILIZADA, BEM COMO OS DEMAIS BENEFÍCIOS ADVINDOS DA OPERADORA CAIXA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE – CABERJ, APESAR DO FATURAMENTO MENSAL PASSAR A SER EMITIDO PELA CABERJ INTEGRAL SAÚDE, MANTENDO-SE, ENTRETANTO, OS ATENDIMENTOS NA REDE, EM SUA FORMA ORIGINAL, OU SEJA, UTILIZANDO-SE A MATRÍCULA, CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO E REDE CREDENCIADA DA CAIXA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE – CABERJ,

- A EQUIVALÊNCIA DE PRODUTOS, OBEDECERÁ A SEGUINTE REGRA:

DE:		PRODUTO DE ATENDIMENTO VIA CAIXA DE ASSISTÊNCIA:	PARA:	
NOME DO PRODUTO	REGISTRO DO PRODUTO		NOME DO PRODUTO	REGISTRO DO PRODUTO
ESSENCIAL A	460.922/09-1	=	BÁSICO PLUS	469.013/13-3
MAIS A	460.960/09-3	=	EXECUTIVO PLUS	469.012/13-5
MULTI A	460.973/09-5	=	PLENO PLUS	469.011/13-7
TOTAL A	473.250/15-2	=	MÁXIMUS PLUS	476.094/16-8

1. A CADA ANO, DURANTE O PERÍODO COMPREENDIDO PELOS MESES DE SETEMBRO E OUTUBRO, OU SEJA, MOVIMENTAÇÕES PARA 01 DE OUTUBRO (ADESÕES REALIZADAS EM SETEMBRO) E, PARA 01 DE NOVEMBRO (ADESÕES REALIZADAS EM OUTUBRO), A CONTRATANTE PROMOVERÁ A ADESÃO DE NOVOS BENEFICIÁRIOS, COM ISENÇÃO DAS CARÊNCIAS CONTRATUAIS, EXCETO PARA PARTO, CUJA CARÊNCIA PERMANECERÁ DE 300 (TREZENTOS) DIAS E DOENÇAS PRÉ-EXISTENTES AO INÍCIO DE VIGÊNCIA DO USUÁRIO NO CONTRATO, CUJO PERÍODO DE C.P.T. (COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA), SERÁ DE 24 (VINTE E QUATRO) MESES, PARA AS DOENÇAS E /OU LESÕES PRÉ-EXISTENTES.

E por estarem assim, justos e acordados, assinam o presente Termo Aditivo, em 2 (duas) vias, de igual teor, para um só efeito.

Rio de Janeiro, 01 de agosto de 2.021.

ASSOCIAÇÃO DOS SERVIDORES DAS JUSTIÇAS FEDERAIS DO RIO DE JANEIRO - SERJUS
(CONTRATANTE - CNPJ: 02.342.314/0001-06)

Haroldo Aquino Filho
Diretor Executivo Geral
Representante Legal-ANS

Armando Gentil Monteiro
Diretor
Integral S.

CABERJINTEGRAL SAÚDE S.A
(CONTRATADA - CNPJ: 07.844.436/0001-06)

15º OFÍCIO DE NOTAS - FERNANDA DE FREITAS LEITÃO - TABELIA
Rua do Ouvidor, nº 89, Centro (21) 3233-2600 - Rio de Janeiro/RJ

Reconheço por SEMELHANÇA as firmas de:
ARMANDO GENTIL MONTEIRO

Rio de Janeiro, 11 de novembro de 2021.

NELSON NERY DOS SANTOS - ESCRIVENTE - Matr. 94-8894
Emolumentos: R\$ R\$ 6,06 - IJ+Fundos: R\$ 2,5 - Total: R\$ 8,56

Selo(s): EDZJ35951-RDR
Consulte em <https://www3.trj.jus.br/sitepublico>

088641 AC921987

10º Ofício de Notas da Comarca da Capital - Cláudio Mattos - Titular
Av. Nilo Peçanha, 26 - Loja, Centro - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20020-000 - Tel.: (21) 2215-1021
Rua Barata Ribeiro, 330 - Copacabana - RJ - Tel.: (21) 2235-3050

Reconheço a(s) firma(s) de por SEMELHANÇA
HAROLDO AQUINO FILHO

Rio de Janeiro, 11 de novembro de 2021. Em test. da verdade

Conf. Por Wagner Martins de Sousa -
Emolumentos R\$ 6,06 TJ+Fundos R\$ 2,17 Total: R\$ 8,56

Selo: EDZC43586-RGH
consulte em <https://www3.trj.jus.br/sitepublico>

088559
AG106463

