



Integral

saúde

Versão 09/2026

ANS - nº 41577-4

SUMÁRIO

1. QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE/ESTIPULANTE	3
2. ATRIBUTOS DO CONTRATO	4
3. TIPO DE CONTRATAÇÃO	4
4. NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PRODUTO NA ANS	4
5. SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE	5
6. ÁREA DE ATUAÇÃO	5
7. ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE	5
8. PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO	6
9. FORMAÇÃO DE PREÇO	6
10. CONDIÇÕES DE ADMISSÃO	6
11. COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS	11
12. EXCLUSÕES DE COBERTURA	16
13. DURAÇÃO DO CONTRATO	18
14. PRAZOS DE CARÊNCIA	19
15. DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES	21
16. URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	24
17. ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES	28
18. MECANISMOS DE REGULAÇÃO	31
19. FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE	39
20. REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA	41
21. REAJUSTE	42
22. REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PRODUTOS COLETIVOS	44
23. CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO	44
24. RESCISÃO	46
25. DISPOSIÇÕES GERAIS	48
26. DO SIGILO DAS INFORMAÇÕES E DA PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS	50
27. COMPLIANCE E PROPOSTAS COMERCIAIS	54
28. GLOSSÁRIO	58
29. ELEIÇÃO DE FORO	63

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA – COLETIVO POR ADESÃO SEM COPARTICIPAÇÃO

Pelo presente instrumento e na melhor forma de direito, de um lado, como **Contratada**, CABERJ INTEGRAL SAÚDE S.A, operadora de planos de assistência à saúde, classificada como sociedade de medicina de grupo e registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) sob o nº 41577-4, na Av. Ernani do Amaral Peixoto, 467, sala 1411- Centro – Niterói/RJ - CEP 24020-072, e inscrita no CNPJ sob o nº 07.844.436/0001-06; e, de outro lado, como **Contratante/Estipulante**, a pessoa identificada na proposta comercial assinada pelas partes e que integra este instrumento contratual e em que constam nome, CPF, endereço e telefone, têm justa e acordada a prestação de assistência médica e hospitalar, na forma das cláusulas e condições a seguir:

1. QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE/ESTIPULANTE

RAZÃO SOCIAL: ASSOCIACAO DOS SERVIDORES DAS JUSTICAS FEDERAIS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

NOME FANTASIA: SERJUS

CNPJ: 02.342.314/0001-06

ENDEREÇO: R BENEDITINOS, 10 - SAL 301 SAL 302 SAL 303

BAIRRO: CENTRO

MUNICÍPIO: RIO DE JANEIRO

ESTADO: RIO DE JANEIRO

CEP: 20.081-050

1.1. REPRESENTAÇÃO LEGAL DA CONTRATANTE/ESTIPULANTE

DIRETOR PRESIDENTE: RICARDO SOARES VALVERDE

CÉLULA DE IDENTIDADE: 08.143.015-9 **EXPEDIÇÃO:** DETRAN RJ

CPF: 809.554.527-91

DIRETOR ADMINISTRATIVO FINANCEIRO E BENEFÍCIO: SORAIA GARCIA MARCA

CÉLULA DE IDENTIDADE: 334200 **EXPEDIÇÃO:** MM/RJ

CPF: 889.969.807-49

1.2. CONDIÇÕES CONTRATUAIS

INÍCIO DA VIGÊNCIA: 01/09/2026

VENCIMENTO MENSAL: último dia útil do mês subsequente ao de competência da fatura

DATA LIMITE PARA MOVIMENTAÇÕES: 20 (VINTE)

TAXA DE ADESÃO: R\$ 15,00 (QUINZE REAIS)

2. ATRIBUTOS DO CONTRATO

2.1. 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.

2.2. 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.

3. TIPO DE CONTRATAÇÃO

Produto Coletivo por Adesão Sem Coparticipação.

4. NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PRODUTO NA ANS

NOME COMERCIAL DO PRODUTO	REGISTRO ANS
INTEGRAL A 100 QC	484.534/19-0
INTEGRAL A 200 QC	484.533/19-1
ESSENCIAL A	460.922/09-1
MAIS A	460.960/09-3
MULTI A	460.973/09-5
TOTAL A	473.250/15-2

5. SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE

A segmentação assistencial do produto de saúde ora contratado, em conformidade com a legislação em vigor, é ambulatorial, hospitalar e obstétrica.

6. ÁREA DE ATUAÇÃO

A área de atuação geográfica do produto **INTEGRAL A 100 QC**: Grupo de Municípios.

A área de atuação geográfica do produto **INTEGRAL A 200 QC**: Grupo de Municípios.

A área de atuação dos produtos **ESSENCIAL A**, **MAIS A**, **MULTI A** e **TOTAL A**: Estadual.

7. ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE

- **INTEGRAL A 100 QC**: Grupo de municípios - atuação exclusiva nos municípios do Rio de Janeiro, São Gonçalo, Duque de Caxias, Niterói e Nova Iguaçu.
- **INTEGRAL A 200 QC**: Grupo de municípios: atuação exclusiva nos municípios do Rio de Janeiro, Niterói, Nilópolis, São Gonçalo, Duque de Caxias, Nova Iguaçu, Petrópolis e São João de Meriti.
- **ESSENCIAL A** – Estadual - Estado do Rio de Janeiro, com possibilidade de repasse ao “convênio de rede indireta” mantido com a Central Nacional Unimed, para atendimento nos demais estados da federação, fora o estado do RJ, que se utilizará da rede credenciada da Integral Saúde;
- **MAIS A** – Estadual - Estado do Rio de Janeiro, com possibilidade de repasse ao “convênio de rede indireta” mantido com a Central Nacional Unimed, para atendimento nos demais estados da federação, fora o estado do RJ, que se utilizará da rede credenciada da Integral Saúde;
- **MULTI A** – Estadual - Estado do Rio de Janeiro, com possibilidade de repasse ao “convênio de rede indireta” mantido com a Central Nacional Unimed, para atendimento nos demais estados da federação, fora o estado do RJ, que se utilizará da rede credenciada da Integral Saúde;
- **TOTAL A** – Estadual – Estado do Rio de Janeiro, com possibilidade de repasse ao “convênio de rede indireta” mantido com a Central Nacional Unimed, para atendimento nos demais estados da federação, fora o estado do RJ, que se utilizará da rede credenciada da Integral Saúde.

7.1. As coberturas previstas neste contrato serão efetuadas, **única e exclusivamente**, por meio da rede **credenciada** disponível no aplicativo e endereço eletrônico: www.integralsaude.com.br.

8. PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

NOME COMERCIAL DO PRODUTO	ACOMODAÇÃO
INTEGRAL A 100 QC	ENFERMARIA
INTEGRAL A 200 QC	ENFERMARIA
ESSENCIAL A	ENFERMARIA
MAIS A	PRIVATIVO
MULTI A	PRIVATIVO
TOTAL A	PRIVATIVO

8.1. Havendo indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos referenciados do Contrato, o paciente poderá ter acesso a acomodação em nível superior, sem ônus adicional.

9. FORMAÇÃO DE PREÇO

9.1. A formação do preço do presente contrato é preestabelecida, isto é, a contraprestação pecuniária é calculada pela Contratada, antes da utilização das coberturas contratadas e com fundamento nas declarações prestadas pela Estipulante constantes na Proposta Comercial Coletivo por Adesão.

9.2. O preço per capita, que é pago pela Estipulante, corresponderá ao valor referente à faixa etária e ao plano que cada Beneficiário se enquadrar no momento da contratação e/ou posterior alteração, conforme negociação entre as partes e mês de competência da cobrança da contraprestação pecuniária mensal.

10. CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

Plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população que mantenha através de entidades de caráter profissional, classista ou setorial e, ainda, que mantenha vínculo ativo com a empresa CONTRATANTE e/ou SUBCONTRATANTE.

10.1. Poderão ser incluídas como Beneficiários Titulares, as pessoas físicas que mantenham vínculo profissional, associativo, classista ou cooperativado, com a Contratante/Subcontratante(s), todos comprovados em documento oficial.

10.2. Somente poderão ser incluídos como Beneficiários Dependentes:

- a) O cônjuge;
- b) Companheiro(a) em união estável, sem concorrência com cônjuge, salvo decisão judicial;
- c) Os filhos e enteados, ambos com até 39 anos completos;
- d) Os cônjuges e/ou companheiros dos filhos com até 39 anos completos;
- e) Os tutelados e os menores sob guarda judicial;
- f) Os netos do Titular de até 24 anos completos;

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

10.2.2. A participação do cônjuge e/ou companheiro do filho do beneficiário Titular dependerá da participação deste no plano de saúde e, ainda, limitado a idade máxima de 39 anos.

10.2.3. 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 agravado, desde que inscrito no prazo máximo de trinta dias do nascimento ou da adoção.

10.2.4. 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.

10.3. A solicitação de inclusão como Beneficiário Dependente deverá ser acompanhada para o cônjuge e/ou companheiro de cópia da Certidão de Casamento e ou comprovante de união estável e para o(s) filho(s) natural(is), adotivo(s), os reconhecidos judicial ou extrajudicialmente, e os tutelados ou sob guarda judicial, cópia da Certidão de Nascimento e da cópia autenticada do reconhecimento judicial ou extrajudicial ou Termo de Adoção ou Termo de Tutela ou Termo de Guarda, conforme o caso. A solicitação de inclusão de enteado como Beneficiário Dependente deverá ser acompanhada de Certidão de Nascimento que comprove a filiação de um dos cônjuges ou companheiro e documentos comprobatórios de dependência econômico-financeira.

10.3.1. A extinção da adoção, guarda ou tutela confere a Contratada o direito de excluir o Beneficiário Dependente do plano contratado, a qualquer tempo, independente do prazo de vigência.

10.3.2. A solicitação de inclusão de companheiro(a) como Beneficiário Dependente deverá ser acompanhada de comprovação da união estável, que se dará por meio de instrumento público

ou de declaração de união estável de próprio punho, contendo os números da identidade e do CPF do (a) companheiro (a), endereço, tempo de convívio, números de identidade e assinaturas de duas testemunhas, com firma reconhecida do Beneficiário Titular e do(a) companheiro(a).

10.4. O Beneficiário integrará o presente contrato tão logo se verifique por parte da Contratada o correto preenchimento da Proposta Comercial e Declaração de Saúde (a qual, se faz obrigatória seu preenchimento e pré-análise por parte da Contratada), além do encaminhamento de toda documentação inclusive a de seus Dependentes, devendo ser respeitados os prazos para inclusão de Beneficiários previstos nestas Condições Gerais.

10.5. Ao Beneficiário é atribuído o ônus pela veracidade das informações, e à Contratante/Subcontratante, o ônus pela correção de todas as declarações que vierem a ser solicitadas aos Beneficiários, inclusive preenchimento da Proposta Comercial e Declaração de Saúde, bem como apresentação de todos os documentos indispensáveis para comprovação das informações prestadas e exigidas neste contrato, assumindo a responsabilidade de todo ônus, independente do evento gerador, causado à Contratada pela inexatidão, ausência, inconformidade ou falsidade nas informações dos usuários cadastrados pela Contratante/Subcontratante.

10.6. Poderão ser incluídos Beneficiários Dependentes posteriormente à celebração deste contrato, desde que solicitado pela Contratante/Subcontratante, observados os critérios de elegibilidade e o cumprimento dos prazos de carência previstos neste contrato.

10.6.1. Filhos recém-nascidos*; os naturais ou adotivos ou, os recém-nascidos* sob guarda ou tutela do Beneficiário Titular, desde que a inclusão ocorra em até 30 dias, contados da data do nascimento, adoção, guarda ou tutela, conforme o caso e, o Beneficiário Titular já tiver cumprido 180 dias de carência (se, ao mesmo houver sido imputados prazos carenciais, na forma da cláusula 14.4 deste contrato), serão incluídos no contrato, isentos de carências e Cobertura Parcial Temporária. Caso o Beneficiário Titular não tenha cumprido o prazo de carência de 180 (cento e oitenta) dias (se, ao mesmo houver sido imputados prazos carenciais, na forma da cláusula 14.4 deste contrato), a inclusão do Dependente será realizada aproveitando os prazos de carências já cumpridos pelo Beneficiário Titular.

** Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012, do Ministério da Saúde: "art. 2º Para os fins desta Portaria, considera-se recém-nascido a criança com idade entre 0(zero) a 28(vinte e oito) dias de vida".*

10.6.2. Filho(s) menor(es) de 12 (doze) anos cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente, desde que a inclusão ocorra em até 30 dias do reconhecimento, serão incluídos aproveitando os prazos de carências já cumpridas pelo Beneficiário Titular e isentos de Cobertura Parcial Temporária (se ao mesmo houver sido imputados prazos carenciais, na forma da cláusula 14.4 deste contrato).

10.6.3. Menor(es) de 12 (doze) anos adotado(s), sob guarda ou tutela do Beneficiário Titular, desde que incluído(s) no contrato em até 30 (trinta) dias contados da adoção, guarda ou tutela, serão incluídos aproveitando os prazos de carência já cumpridos pelo Beneficiário Titular e isentos de Cobertura Parcial Temporária (se ao mesmo houver sido imputados prazos carenciais, na forma da cláusula 14.4 deste contrato).

A CONTRATANTE encaminhará à CONTRATADA, mensalmente, 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 (PGC / CBI / WEB) e das propostas assinadas, pelos beneficiários proponentes, bem como a ficha de filiação à entidade contratante e demais documentos de identificação e/ou comprovantes do que foi informado na proposta de adesão.

Caberá à OPERADORA e à ESTIPULANTE, dentro de suas respectivas obrigações, disponibilizar todos os meios para a transmissão de dados, formulários, solicitações de movimentação cadastral, autorizações prévias, além de qualquer outra demanda oriunda dos BENEFICIÁRIOS no sentido de prestar melhor atendimento aos mesmos.

Todas as ferramentas que envolvam infraestrutura tecnológica deverão ser homologadas pelas PARTES respeitando suas respectivas políticas de Tecnologia e Informação, bem como suas normas, procedimentos internos e capacidade tecnológica.

A inclusão de BENEFICIÁRIOS no CONTRATO se dará através do envio, por meio eletrônico, dos arquivos por parte da ESTIPULANTE, com vigência 1º (primeiro) de cada mês.

10.6.4. Nos casos de inclusão de recém-nascido, a ESTIPULANTE enviará a movimentação cadastral de inclusão para a OPERADORA no prazo máximo de 30 (trinta) dias da data do evento (nascimento), sendo que o BENEFICIÁRIO incluído ficará isento de cumprimento de prazos de carência, após este prazo deverá obrigatoriamente efetuar a aplicação de carências e CPT ao(s) BENEFICIÁRIO (os) incluídos fora do prazo.

10.7. Este produto NÃO se destina aos ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa e aposentados que tenham sido contribuintes enquanto vinculados à Contratante e/ou Subcontratante, na forma do disposto nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656, de 1998, observada a Resolução Normativa nº 488, de 2022 e suas atualizações, pois não possuem vínculo Trabalhista com a Contratante e/ou Subcontratante.

10.8. Caso a Contratante/Subcontratante(s) inclua(m) Beneficiários sem os vínculos previstos neste contrato, a Contratada reserva-se o direito de, a qualquer tempo, cobrar da Contratante eventuais valores e penalidades, independente do evento assumido originalmente pela Contratada que, comprovadamente a Contratada seja ou tenha sido submetida despendendo em função deste descumprimento ou da inscrição indevida.

10.9. A Contratante/Subcontratantes(s) assumirá(ão) a(s) responsabilidade(s) pelo envio das informações prestadas nos documentos de inclusão, se comprometendo a preencher corretamente as com informações dos Dados Cadastrais do Grupo Beneficiado, tal qual encaminhado pelos Beneficiários, ciente do que dispõe o art. 422 da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 (Código Civil Brasileiro), transcrito a seguir:

“Art. 422. Os Contratantes e/ou subcontratantes são obrigados a guardar, assim na conclusão do contrato, como em sua execução, os princípios de probidade e boa-fé.”

10.10. A Proposta Comercial preenchida pela(s) Contratante/Subcontratante(s) contemplará todos os componentes do Grupo Beneficiado, admitida a inclusão de Beneficiários Dependentes com o consequente pagamento da respectiva mensalidade.

10.11. Mesmo quando o Grupo Beneficiado for composto por 30(trinta) Beneficiários ou mais e a solicitação de inclusão de Beneficiário(s) Titular(es) e/ou Dependente(s), seja(m) formalizada(s) após os 30(trinta) primeiros dias do início da vigência do Contrato, serão imputadas as carências previstas na cláusula 14.4) e, ainda, além das carências contratuais, poderão também, cumprir o prazo de Cobertura Parcial Temporária, devendo para tanto, preencher a(s) Declaração(ões) de Saúde, elaborada(s) pela Contratada, facultando-lhe o auxílio de um médico orientador da Rede Credenciada, ou por outro de sua preferência, assumindo o Beneficiário, nesta hipótese, o ônus da entrevista.

O preenchimento da(s) Declaração(ões) de Saúde tem por objetivo, a indicação, por parte do Beneficiário Titular, da(s) doença(s) e/ou lesão(ões) preexistente(s), sobre a(s) qual(is), tenha prévio conhecimento, tanto em relação à sua própria condição de saúde, quanto à de todos os Dependentes integrantes do contrato.

10.12. Nenhuma inclusão ou exclusão de Dependentes no presente contrato terá efeito se não for realizada por meio de solicitação e/ou declaração do Beneficiário Titular e/ou da Estipulante, formalizada através do sistema de movimentações da operadora ou expressamente pela Contratante/ Subcontratante.

10.13. As movimentações cadastrais (inclusões, exclusões ou alterações) deverão ser encaminhadas mensalmente, até a data prevista na cláusula 1.2. A movimentação cadastral de beneficiários no contrato é 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 (PGC / CBI / WEB) e das propostas assinadas, pelos beneficiários proponentes, bem como a ficha de filiação à entidade contratante e demais documentos de identificação e/ou comprovantes do que foi informado na proposta de adesão. As movimentações recebidas após esse prazo só serão contempladas na fatura do mês posterior. O prazo para processamento das movimentações é de até 72 horas úteis.

11. COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

11.1. Respeitados os prazos de carências e, as exclusões de coberturas estabelecidas nestas Condições Gerais, este Contrato assegurará ao Beneficiário Titular e aos seus Dependentes a cobertura das despesas ambulatoriais, hospitalares e obstétricas, exames complementares e serviços auxiliares relacionados do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente, editado pela ANS, e suas atualizações, bem como as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde.

11.2. A cobertura dos procedimentos listados na cláusula 11.1 ocorrerá, única e exclusivamente, na rede credenciada constante no endereço eletrônico www.integralsaude.com.br, na área de abrangência do plano contratado e nos limites e condições ora pactuados.

11.3. As coberturas **AMBULATORIAIS EM UNIDADES DA REDE CREDENCIADA** a que a Contratada se obriga são as seguintes:

- a) Consultas médicas em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, realizadas, única e exclusivamente, na rede credenciada constante no endereço eletrônico www.integralsaude.com.br
- b) Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, inclusive procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitados por médico assistente e/ ou cirurgião dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não caracterize como internação;
- c) Consultas e sessões com nutricionistas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, psicólogos e de acupuntura, de acordo com o número de sessões estabelecidas nas Diretrizes de Utilização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente e suas atualizações, e respectivas Diretrizes de Utilização;
- d) Psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido nas Diretrizes de Utilização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente e suas atualizações, que poderão ser realizados tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado;
- e) Procedimentos de reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente e suas atualizações, em número ilimitado de sessões por ano, desde que indicados por médico assistente, que poderão ser realizados tanto por médico fisiatra como por fisioterapeuta;
- f) Ações de planejamento familiar listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente e suas atualizações;
- g) Implante de DIU – Dispositivo Intrauterino convencional não hormonal e hormonal para apenas contracepção (inclui o dispositivo);

h) Cobertura para os seguintes procedimentos, considerados especiais:

- Hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;
- Quimioterapia oncológica ambulatorial, baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer não experimentais, inclusive medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes, conforme prescrição do médico assistente, que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimentos de saúde e em conformidade com as Diretrizes de Utilização da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;
- Medicamentos para terapia antineoplásica oral 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 características e as Diretrizes de Utilização constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente e suas atualizações;
- Procedimentos de radioterapia ambulatorial listados no Anexo I da RN nº 643/2025;
- Procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais que prescindam de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no segmento ambulatorial do Anexo I da RN nº 643/2025 e suas atualizações;
- Hemoterapia ambulatorial;
- Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente e suas atualizações;

11.4. As coberturas **HOSPITALARES EM UNIDADES DA REDE CREDENCIADA** a que a **CONTRATADA** se obriga são as seguintes:

- a) Internações hospitalares clínicas e/ou cirúrgicas, vedada limitação de prazo, valor máximo e quantidade, incluindo exames complementares indispensáveis para o controle da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos nacionais e nacionalizados, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;
- b) Internações hospitalares em centro de terapia intensiva ou similar vedada limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;
- c) Despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem, exceto quando em caráter particular, e alimentação;
- d) Toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados;
- e) Remoção inter-hospitalar do paciente, comprovadamente necessária, dentro dos limites da abrangência geográfica previstos no contrato. Se o Beneficiário ou seu responsável legal optar, mediante assinatura de termo de responsabilidade, por ter seu atendimento em unidade hospitalar não credenciada pelo plano, a Contratada estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção inter-hospitalar;

- f) Despesas de diária(s) de 1 (um) acompanhante, no caso de pacientes menores de 18 (dezoito) anos ou de 60 (sessenta) anos ou mais, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente, exceto despesas extraordinárias (telefone, frigobar, despesas de toalete etc.);
- g) Despesas de diária(s) de 1 (um) acompanhante, indicado pela mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato por 48 horas, salvo contraindicação do médico assistente ou até 10 (dez) dias, quando indicado pelo médico assistente, exceto despesas extraordinárias (telefone, frigobar, despesas de toalete etc.);
- h) Cobertura de cirurgias odontológicas bucomaxilofacial 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;
- i) Estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que, por imperativo clínico, necessitem de internação hospitalar, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar. Para fins do disposto neste item, o cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, e/ ou o médico assistente irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao paciente, assegurando as condições adequadas para execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados. O imperativo clínico caracteriza-se pelos atos que se impõem em função das necessidades clínicas próprias do paciente;
- j) Procedimentos listados a seguir, considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada durante a internação hospitalar:
- Hemodiálise e diálise peritoneal (CAPD);
 - Quimioterapia oncológica ambulatorial e medicamentos para tratamento antineoplásico domiciliar de uso oral, conforme as Diretrizes de Utilização da Agência Nacional de Saúde Suplementar.
 - Procedimentos de radioterapia ambulatorial listados no Anexo I da RN nº 643/2025, para segmentações ambulatorial e hospitalar;
 - Hemoterapia;
 - Nutrição parenteral ou enteral;
 - Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente e suas atualizações;
 - Embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente e suas atualizações;
 - Radiologia intervencionista;

- Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
 - Procedimentos de reabilitação física.
- k) Cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções, incluindo reconstrutiva da mama, conforme o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente e suas atualizações;
- l) Assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do Beneficiário, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, isento do cumprimento dos períodos de carência já cumpridos pelo Beneficiário;
- m) Cirurgia bariátrica (obesidade mórbida), conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, e suas respectivas diretrizes de utilização, vigente na época do evento e suas atualizações;
- n) Laqueadura tubária, laqueadura tubária laparoscópica e vasectomia, dentro das diretrizes previstas na lei n.º 9.263, de 12 de janeiro de 1996, e conforme as Diretrizes de Utilização constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente e suas atualizações;
- o) Procedimentos obstétricos, inclusive relativos ao pré-natal, da assistência ao parto e puerpério observado o disposto no Rol de Procedimentos vigente e suas atualizações;
- p) Despesas com anesthesiologista, caso haja indicação clínica, nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- q) Transplantes de rins, córneas, autólogos e alogênico de medula óssea, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente e suas atualizações, bem como as despesas com os procedimentos necessários a realização do transplante, incluindo: despesas assistenciais com doadores vivos, medicamentos utilizados durante a internação, acompanhamento clínico no pós-operatório imediato, mediato e tardio (exceto as despesas com medicamentos de manutenção), despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde – SUS. Nos casos de transplantes de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica, o Beneficiário 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.

11.5. Honorários Médicos

11.5.1. Para efeito deste contrato, serão consideradas despesas com honorários médicos quaisquer procedimentos clínicos ou cirúrgicos, diagnósticos ou terapêuticos, ambulatoriais ou hospitalares realizados em conformidade com o tratamento médico.

11.5.2. Fazem parte dos honorários médicos os serviços prestados pelo médico assistente, auxiliar médico e anestesista, quando os eventos os necessitarem.

11.6. Próteses e Órteses

11.6.1. Serão cobertas as despesas com aquisição de prótese e órteses ligadas ao ato cirúrgico.

11.6.2. Cabe ao médico ou cirurgião-dentista assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais necessários à execução dos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente e suas atualizações.

11.6.3. O profissional requisitante deverá justificar clinicamente sua indicação e oferecer pelo menos 3 (três) marcas de produtos, de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que atendam às características especificadas.

11.6.4. As despesas com aquisição de próteses ou órteses importadas, em substituição a nacionais, somente serão cobertas se estas forem consideradas nacionalizadas, ou seja, possuírem registro na ANVISA.

11.6.5. Os materiais de prótese e órtese de implantação em ato cirúrgico coberto só terão cobertura após decorridos 180 (cento e oitenta) dias de carência, salvo na hipótese de urgência em virtude de acidente pessoal, em que a cobertura iniciará após 24 (vinte e quatro) horas de vigência do contrato.

11.7. Transtornos Psiquiátricos

A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais deverá priorizar o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e sempre que houver indicação do médico assistente, conforme disposto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e suas atualizações.

11.7.1. Cobertura ambulatorial garantirá:

- a) Atendimento às emergências, assim consideradas as que impliquem ao Beneficiário ou a terceiros, risco à vida ou danos físicos (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e autoagressão) e/ou risco de danos morais ou patrimoniais importantes;
- b) Cobertura de psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente e suas atualizações, que poderá ser realizada tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitados, conforme indicação do médico assistente;
- c) Tratamento básico, assim entendido aquele prestado pelo médico assistente, ou sob sua orientação, com número ilimitado de consultas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico ou outros procedimentos ambulatoriais.

11.7.2. Cobertura hospitalar garantirá:

- a) 30 (trinta) dias por ano de vigência de contrato, para portador de transtornos psiquiátricos, que necessite de hospitalização. Após este período, será aplicada a coparticipação, que é a participação financeira do Beneficiário quando da utilização dos referidos serviços de assistência. A coparticipação será aplicada no percentual de 50% (cinquenta por cento) sobre as

despesas hospitalares e honorários médicos de internações, vigentes na data do evento e sobre a tabela do plano contratado pelo beneficiário. Qualquer alteração regulatória será observada e a cobrança do teto estipulado será efetivada, conforme regulação vigente na data de ocorrência do evento.

- b) Hospital-dia para transtornos mentais, a critério do médico assistente, de acordo com as Diretrizes de Utilização estabelecidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e suas atualizações;
- c) Todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos, incluindo o atendimento das lesões auto-inflingidas.

12. EXCLUSÕES DE COBERTURA

Estão expressamente excluídas das coberturas deste contrato, conforme disposto na Lei nº 9.656/98, dentro ou fora da internação hospitalar, mesmo que em razão de acidente pessoal, as despesas decorrentes dos itens a seguir indicados. Esta cláusula prevalece sobre as demais.

- a) Internações, procedimentos, exames ou quaisquer tratamentos realizados fora da abrangência geográfica prevista neste contrato, mesmo nos casos de urgência e emergência;
- b) Procedimentos médico-hospitalares para os quais o Beneficiário e seus Dependentes ainda estejam em período de carência, ressalvados os casos de urgência e emergência, nos termos do disposto nestas Condições Gerais;
- c) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais ou, ainda, procedimentos clínicos, cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos não reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina e/ou não relacionados no Rol de Procedimentos estabelecido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. São considerados tratamentos experimentais aqueles que empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registradas, não regularizadas no país. São considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina – CFM ou pelo Conselho Federal de Odontologia – CFO ou cujas indicações não constem da bula/manual registrada na ANVISA (uso off label);
- d) Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como próteses, órteses e seus acessórios para o mesmo fim;
- e) Cirurgias plásticas em geral, para fins estéticos;
- f) Aparelhos estéticos, órteses, próteses e seus acessórios e/ou aparelhos utilizados para a substituição de função ou reabilitação não ligados ao ato cirúrgico, inclusive os não nacionalizados;
- g) Tratamentos ou procedimentos relacionados à inseminação artificial;
- h) Tratamento de rejuvenescimento e/ou de emagrecimento com finalidade estética;
- i) Tratamentos em spa, mesmo que para tratamentos de obesidade mórbida;
- j) Tratamentos em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais e climáticas, clínicas para acolhimento de idosos ou clínicas de repouso, especialmente em casos

de geriatria, e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar, mesmo que por indicação médica;

- k) Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados e sem aprovação ou regulamentação pela ANVISA;
- l) Consultas domiciliares, inclusive em sistema de *home care*;
- m) Consultas e atendimento pré-hospitalar domiciliares, orientação e aconselhamento médico por telefone;
- n) Serviços de internação domiciliar, em que os cuidados médicos e de enfermagem sejam prestados no domicílio do paciente; enfermagem particular, ainda que em hospital, e assistência médica domiciliar, inclusive em sistema de *home care*;
- o) Enfermagem particular, ainda que em hospital, e assistência médica domiciliar, inclusive em sistema de *home care*;
- p) Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, isto é, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo à unidade de saúde, exceto os medicamentos antineoplásicos orais, conforme disposto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente e suas atualizações;
- q) Fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão de Incorporação de Tecnologias (CITEC) do Ministério da Saúde;
- r) Fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados ou não reconhecidos por órgão governamental competente, aparelhos estéticos e complementares de função, como, mas não exclusivamente, óculos, aparelhos para surdez, aparelhos ortopédicos, imobilizadores removíveis e similares;
- s) Confeção, compra, consertos, ajustes ou aluguel de aparelhos ortopédicos em geral, colchões, cadeiras de roda, óculos, lentes oculares ou aparelhos para surdez;
- t) Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina – CFM e/ou não relacionados no Rol de Procedimentos estabelecido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;
- u) Atendimento em casos de cataclismos, guerras ou comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- v) Transplantes de órgãos, exceto aqueles previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente e suas atualizações;
- w) Implantes que não constem no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- x) Medicamentos de manutenção no pós-operatório dos transplantes;
- y) Vacinas;
- y) atendimentos e exames relacionados à medicina do trabalho, inclusive admissionais, demissionais, periódicos e de retorno à função;

- z) Despesas com acompanhante para Beneficiários maiores de 18 (dezoito) e menores de 60 (sessenta) anos, exceto as despesas estabelecidas no item 11.4, alíneas “f” e “g”;
- aa) Procedimentos ou exames realizados no exterior ou fora da área de abrangência do produto do beneficiário, ainda que a coleta do material seja feita no Brasil, no caso dos exames realizados no exterior;
- ab) Despesas com aquisição ou aluguel de equipamentos ou aparelhos hospitalares ou similares, inclusive em sistema de home care;
- ac) Fornecimento de quimioterápicos orais não nacionalizados e não reconhecidos pelo órgão governamental competente (ANVISA) e não constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e suas atualizações;
- ad) Remoções por via área, marítima e fluvial, ressalvados os casos previstos na RN nº 566/2022, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, ou outra norma que venha a ser posteriormente editada sobre a mesma matéria;
- ae) Tratamento odontológico de qualquer natureza, mesmo que decorrente de acidente pessoal, exceto para cirurgia bucomaxilofacial e procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que necessitem de ambiente hospitalar por imperativo clínico, na abrangência do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente e suas atualizações;
- af) Honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que, nas situações de imperativo clínico, necessitem ser realizados em ambiente hospitalar;
- ag) Internação em caráter social, ou seja, aquela solicitada, ainda que por médico referenciado, para complemento do tratamento em razão de carência de apoio social, econômico ou familiar;
- ah) Internação com finalidade diagnóstica cujo quadro clínico não a justifique e cujos testes e exames possam ser realizados em caráter ambulatorial sem prejuízo para o Beneficiário;
- ai) Exame de paternidade e necropsia.
- aj) Outros procedimentos não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e suas atualizações.

13. DURAÇÃO DO CONTRATO

13.1. 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, e vigorará pelo prazo do contrato firmado entre a Contratante e a Subcontratante.

13.2. Após 12 (doze) meses de vigência do presente contrato, em sendo prorrogado o contrato firmado entre a Estipulante e a Subcontratante, este será renovado automaticamente e passará a vigorar por prazo indeterminado, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação, salvo manifestação formal em contrário por qualquer uma das partes.

14. PRAZOS DE CARÊNCIA

Carência é o período de tempo, corrido e ininterrupto, contado a partir da data de início de vigência, durante o qual o Beneficiário Titular e/ou Dependente não gozam do direito a determinadas coberturas e procedimentos.

14.1. Independentemente do número de beneficiários, salvo, única e exclusivamente na condição na qual, na data de início do contrato, haver 30 (trinta) beneficiários ou mais, inscritos na data de início de vigência, serão observados e aplicados os prazos de carência previstos no item 14.4, inclusive aos Beneficiários que forem incluídos após a data de início da vigência contratual, independentemente do número de vidas inscritas no contrato.

14.2. Nos contratos Coletivos por Adesão, independentemente do número de vidas, mesmo naqueles em que haja a participação de 30 (trinta) beneficiários ou mais, após decorridos os 30 (trinta) primeiros dias de vigência do contrato, será exigido o cumprimento dos prazos de carência que serão computados a partir da data efetiva de início de vigência do Beneficiário.

14.3. Em casos de inclusão de Beneficiários Dependentes (recém-nascido naturais ou adotivos, sob guarda ou tutela do Beneficiário Titular, filho(s) menor (es) de 12 (doze) anos cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente, menor (es) de 12 (doze) anos adotado(s), sob guarda ou tutela do Beneficiário Titular) após o prazo de 30 (trinta) dias do fato que lhes der causa (contados da data do nascimento, adoção, guarda ou tutela; reconhecimento judicial ou extrajudicial – conforme previsto na cláusula 10.11.1 a 10.11.3 deste contrato), independentemente da quantidade de beneficiários no contrato, serão imputadas as carências previstas no item 14.4.

14.4. Prazos de Carências

a) 24 (vinte e quatro) horas

Atendimentos de Emergência e urgências, conforme artigo 12, inciso V da Lei 9.656/98.

Exames Complementares: Emergência e urgências conforme artigo 12, inciso V da Lei 9.656/98.

Serviços Auxiliares – Emergência e urgências conforme artigo 12, inciso V da Lei 9.656/98.

Procedimentos Clínicos e Cirúrgicos – Emergência e urgências conforme artigo 12, inciso V da Lei 9.656/98.

b) 30 (trinta) dias

Consultas médicas: Todas as especialidades (especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina). Consultas com outros profissionais de saúde (terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, psicólogo, nutricionista, fonoaudiólogo).

c) 30 (trinta) dias

Exames Complementares: exames de análises clínicas e citopatológicos (exceto os constantes nas -alíneas subsequentes), radiologia simples (sem contraste), exames e testes oftalmológicos, eletrocardiograma convencional, eletroencefalograma convencional, inaloterapia, provas de funções respiratórias, exames e testes otorrinológicos, exceto videolaringoestroboscopia computadorizada.

d) 180 (cento e oitenta) dias

Exames Complementares: Exames laboratoriais (por exemplo: bioquímica, coprologia, endocrinologia laboratorial, hematologia laboratorial, imunologia, microbiologia, urinálise), anatomia patológica, eletrofisiologia, radiografias sem contraste, ultrassonografias diagnósticas. Ficam excluídos deste grupo os exames de biologia molecular, exames de alta complexidade e/ou exames com DUT.

e) 180 (cento e oitenta) dias

Exames Complementares PAC E DUT: exames laboratoriais (biologia molecular, exames de alta complexidade e/ou exames com DUT), anatomia patológica (exames de alta complexidade e/ou exames com DUT), endoscopias diagnósticas, exames de genética, exames de medicina nuclear (exemplo: cintilografia do miocárdio, PET CT oncológico), radiografias com contraste, ultrassonografias diagnósticas (exames de alta complexidade e/ou exames com DUT), ressonância magnética, tomografia computadorizada

f) 180 (cento e oitenta) dias

Procedimentos cirúrgicos de porte anestésico 0 (zero): realizados em consultórios.

g) 180 (cento e oitenta) dias

Tratamentos crônicos: Hemodiálise, radioterapia, Betaterapia (placa de estrôncio), quimioterapia oncológica (injetável e oral), oxigenoterapia hiperbárica, terapia imunobiológica endovenosa ou subcutânea), estimulação elétrica transcraniana, imunoprofilaxia, terapia imunoprolática com Palivizumabe para o vírus sincicial respiratório.

h) 180 (cento e oitenta) dias

Terapias- tratamento Convencional: Reabilitação (fisioterapia), acupuntura, fototerapia (PUVA), terapia inalatória, pulsoterapia, sessão de psicoterapia, sessão de terapia ocupacional, sessão de psicologia, sessão de psicoterapia, sessão de fonoaudiologia.

i) 180 (cento e oitenta) dias

Internações eletivas: Clínicas, cirúrgicas e psiquiátricas, incluindo as denominadas "Day Clinic".

j) 300 (trezentos) dias

Parto a Termo

Obs.: Quando houver a aplicação de CPT, os eventos ligados à patologias pré-existentes, terão 24 (vinte e quatro) meses de Cobertura Parcial Temporária (CPT) para os

procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.

15. DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

Doença e lesão preexistente é aquela de que o Beneficiário ou seu responsável tenha conhecimento no momento da contratação ou adesão ao plano, tanto em relação a sua saúde quanto à de seus Dependentes. Fica assegurada ao Beneficiário Titular e aos seus Dependentes a cobertura das despesas de assistência médico-hospitalar referentes as doenças e lesões preexistentes à assinatura do contrato, nas seguintes condições:

15.1. 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.

15.1.2. A inclusão de Beneficiários Dependentes (recém-nascidos naturais ou adotivos, sob guarda ou tutela do Beneficiário Titular, Filho(s) menor(es) de 11(onze) anos, 11(onze) meses e 29(vinte e nove) dias cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente, menor(es) de 11(onze) anos, 11(onze) meses e 29(vinte e nove) dias anos adotado(s), sob guarda ou tutela do Beneficiário Titular) após o prazo de 30(trinta) dias do fato que lhes der causa (contados da data do nascimento, adoção, guarda ou tutela; reconhecimento judicial ou extrajudicial – conforme previsto na cláusula 10.11.1 a 10.11.3 deste contrato), haverá cláusula de Agravado ou Cobertura Parcial Temporária nos casos de doenças ou lesões preexistentes.

15.3 Nos planos a partir de 30 (trinta) beneficiários, somente será necessário o preenchimento da Declaração de Saúde, informando a condição sabida de doença ou lesão preexistente, sua ou de seus Dependentes, se a solicitação de inclusão de determinado beneficiário for formalizada após 30 (trinta) dias da celebração do contrato ou do fato que der causa (nascimento, adoção, guarda ou tutela, reconhecimento judicial ou extrajudicial).

15.3.1 A Declaração de Saúde poderá ser preenchida mediante entrevista qualificada, realizada por médico da Contratada, de forma a apurar o conhecimento prévio das condições de saúde do Beneficiário Titular e seus Dependentes.

15.3.2 Nos casos em que for feita opção pela entrevista qualificada, o Beneficiário Titular e seus Dependentes, serão entrevistados por médico da rede de prestadores credenciados contratados, sem qualquer ônus. Caso opte por ser orientado por médico não pertencente à rede assistencial da contratada, o Beneficiário Titular poderá fazê-lo, desde que assumo o ônus dessa entrevista.

15.3.3. A entrevista tem o objetivo principal de orientar o Beneficiário Titular sobre o correto preenchimento da Declaração de Saúde, em que são declaradas as doenças ou lesões de que o Beneficiário Titular saiba por si e por seus dependentes serem portadores ou sofredores 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. O médico escolhido para a entrevista qualificada atuará como orientador e esclarecerá sobre o preenchimento do formulário, todas as questões pertinentes às principais doenças ou lesões passíveis de serem classificadas como preexistentes, as alternativas de coberturas e demais consequências de sua omissão.

15.3.4. Na hipótese da Contratada realizar qualquer tipo de exame ou perícia no Beneficiário Titular e/ou em seus Dependentes, com vistas à sua admissão no plano de saúde, este não poderá alegar omissão de informação de doença e/ou lesão preexistente.

15.3.5. Se a Contratada verificar, por perícia, na entrevista qualificada ou por declaração do Beneficiário, a existência de lesão ou doença preexistente de que o Beneficiário ou o(s) Dependente(s) saibam ser(m) portadores na época da contratação do plano, oferecerá ao Beneficiário a Cobertura Parcial Temporária ou, facultativamente, o agravo.

Cobertura Parcial Temporária (CPT): 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 (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo Beneficiário ou seu representante legal. Os procedimentos de alta complexidade estão especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no *site* www.ans.gov.br.

Agravo: acréscimo no valor da mensalidade paga a Contratada para que o Beneficiário e/ou seu(s) Dependentes tenham direito integral à cobertura contratada, para doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carência contratuais, de acordo com condições negociadas entre a Contratada e o Beneficiário. O oferecimento de agravo pela Contratada, como opção à cobertura parcial temporária, será facultativo.

Cobertura Parcial Temporária (CPT) e o Agravo para os Dependentes: Não será aplicado o Agravo ou a Cobertura Parcial Temporária para as doenças e/ou lesões preexistentes, nas inclusões de Beneficiários Dependentes (recém-nascido filho natural ou adotivo ou sob guarda ou sob tutela ou menor de 12 anos adotivo, sob guarda, sob tutela e cuja paternidade tenha sido reconhecida pelo Beneficiário), realizados em até 30 dias do fato que lhe der causa (nascimento, adoção, guarda, tutela ou reconhecimento de paternidade).

15.3.6. Caso o Beneficiário aceite a Cobertura Parcial Temporária, deverá declará-lo expressamente.

15.3.7. Caso seja aplicada a Cobertura Parcial Temporária, ocorrerá a suspensão da cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, relacionados exclusivamente às doenças e lesões preexistentes declaradas pelo Beneficiário ou

seu representante legal, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses a partir da data da vigência do contrato. Ao fim deste prazo, a cobertura será integral.

15.3.8. Caso o Beneficiário opte pela incidência do agravo oferecido pela Contratada, este apresentará Aditivo Contratual, no qual informará os valores envolvidos, ou o percentual aplicado sobre o valor da mensalidade, bem como o tempo de duração.

15.3.9. A Contratada poderá comprovar o conhecimento prévio do Beneficiário Titular e Dependentes sobre a existência de doença e lesão preexistente durante um período de 24 (vinte e quatro) meses. A omissão dessa informação pode caracterizar comportamento fraudulento. Para fins desta comprovação, a Contratada poderá utilizar qualquer documento legal, assumirá o ônus da prova, e comunicará imediatamente ao Beneficiário a existência de doença ou lesão não declarada por ocasião da contratação do plano.

15.3.10. Se for constatada a presença de doença ou lesão preexistente não declarada por ocasião da contratação do plano, o Beneficiário Titular será imediatamente avisado pela Contratada ou pelo Estipulante do Contrato. Neste momento, será oferecido pela Contratada ao Beneficiário, o agravo ou a aplicação de CPT pelo tempo restante, a partir do recebimento do Termo de Comunicação, até completar o período máximo de 24 (vinte e quatro) meses contados da data do início de vigência do contrato. A Contratada poderá, ainda, solicitar a abertura de processo administrativo na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, caso identifique indício de fraude ou após recusa da CPT pelo Beneficiário.

15.3.11. Caso o Beneficiário ou seu Dependente não concorde com a alegação de doença ou lesão preexistente, deverá demonstrar sua discordância de forma expressa. Nesse caso, a Contratada deverá encaminhar a documentação pertinente à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS para julgamento da alegação, conforme a RN nº 558/2022 e suas atualizações.

15.3.12. Se for acolhida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, a alegação da Contratada, o Beneficiário passará a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médica hospitalar prestada que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação pela Contratada. Assim também, o Beneficiário que foi parte no processo na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, poderá ser excluído do contrato.

15.3.13. Não haverá, sob qualquer alegação, a suspensão/exclusão do beneficiário deste contrato, até o julgamento pela ANS e a publicação no Diário Oficial da União da decisão proferida pela Diretoria Colegiada da ANS.

15.4. Na necessidade da realização de perícia médica nos casos de alto custo em curso, tratamento de alta complexidade e gestantes, os beneficiários serão direcionados para prestadores escolhidos pela Contratada, na cidade do Rio de Janeiro.

16. URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

16.1. É obrigatória a cobertura ao atendimento nos casos de urgência e emergência, assim entendidos:

Emergência: casos que impliquem risco imediato à vida ou lesões irreparáveis para o paciente, caracterizados em declaração do médico assistente.

Urgência: casos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional, após 24 (vinte e quatro) horas da vigência do contrato.

16.2. Na hipótese de cumprimento de Cobertura Parcial Temporária pelo Beneficiário Titular e/ou pelo(s) Dependente(s), a cobertura do atendimento de urgência e emergência para as doenças e lesões preexistentes, se restringirá às 12 (doze) primeiras horas de atendimento ou até que haja necessidade de internação do paciente, desde que não resulte na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade.

16.3. Os casos configurados como emergência, ou seja, aqueles em que há alteração aguda do estado de saúde do Beneficiário Titular e/ou seus Dependente(s), que implica risco imediato à vida ou lesões irreparáveis, devidamente caracterizada em declaração do médico assistente, estarão assegurados, desde a admissão do paciente até sua alta, salvo se o mesmo estiver cumprindo carência, quando então a cobertura se restringirá às primeiras 12 (doze) horas de atendimento ambulatorial ou até que haja necessidade de internação do paciente.

16.4. Os casos configurados como urgência, ou seja, aqueles causados por evento resultante de acidente pessoal, estarão assegurados, sem restrições, após decorridas 24 (vinte e quatro) horas de vigência do contrato até a alta do paciente.

16.5. Os casos configurados como urgência e/ou emergência decorrentes de complicações no processo gestacional, estarão assegurados após decorridas 24 (vinte e quatro) horas de vigência do contrato, observados os prazos e condições a seguir:

- Caso a beneficiária já tenha cumprido o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias, o parto e a internação dele decorrente, terão cobertura integral garantida;
- Caso a beneficiária ainda esteja cumprindo o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias, deverá ser garantido o atendimento de urgência, restrito as primeiras 12 (doze) horas. Persistindo a necessidade de internação ou havendo a necessidade de realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar para a continuidade do atendimento, a cobertura cessará;

16.6. Nos casos em que a assistência médico-hospitalar não venha a se caracterizar como credenciada do produto contratado, ou como risco a vida, ou ainda de lesões irreparáveis, não haverá obrigatoriedade de cobertura por parte da Contratada.

16.7. A Contratada garantirá a remoção inter-hospitalar do Beneficiário, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento pertencente à rede credenciada da Contratada, situado

dentro da área de abrangência do contrato, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente, ministrada durante o período de internação hospitalar;

16.8. Realizados os atendimentos de urgência e emergência, cessada a obrigação de cobertura pela Contratada, nos casos de carência ou Cobertura Parcial Temporária, caberá a esta o ônus e a responsabilidade pela remoção do Beneficiário para uma unidade do SUS que disponha de recursos necessários para garantir a continuidade do atendimento.

16.8.1. A Contratada, na remoção inter-hospitalar, compromete-se disponibilizar ambulância com os recursos necessários para garantir a manutenção da vida, e sua responsabilidade sobre o paciente somente cessará quando efetuado o registro na unidade do SUS;

16.8.2. Se o Beneficiário ou seu responsável legal optar, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente da definida no item 16.7, a Contratada estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção;

16.9. Caso o Beneficiário Titular e/ou seu(s) Dependente(s) não possam ser removidos por risco à vida, o Beneficiário Titular ou seu representante legal e o prestador do atendimento, deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se a Contratada deste ônus, através de declaração expressa.

16.10. Reembolso nos casos de urgência e emergência

16.10.1. Os produtos: INTEGRAL A 100/200 QC, ESSENCIAL A e MAIS A não possuem a opção de Livre Escolha de Prestador, contudo, na impossibilidade comprovada de utilização da Rede Credenciada, dentro da área de abrangência do plano, em situações de urgência e/ou emergência, enfrentadas pelo BENEFICIÁRIO, a CONTRATADA se compromete, dentro dos limites, condições e coberturas contratuais, a reembolsar as despesas realizadas com a assistência à saúde para o BENEFICIÁRIO.

16.10.2. 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 de Registro de Títulos e Documentos, sob nº 1152096 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.

16.10.3. 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 da Operadora.

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.

16.10.4. 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.

16.10.5. 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.

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

16.10.6. O reembolso das despesas hospitalares será efetuado com base nos preços negociados com a Rede Credenciada 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 Credenciada.

16.10.7. 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.

16.10.7.1. 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 anestestistas, 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.

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

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

16.10.10. 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 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.

16.10.11. 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.

16.10.12. 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.

16.10.13. 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.

17. ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES

17.1. Os BENEFICIÁRIOS dos produtos MULTI A e TOTAL A poderão utilizar, dentro da área de abrangência de seu produto, serviços ambulatoriais e hospitalares, a sua livre escolha e fora da Rede Credenciada, responsabilizando-se a CONTRATADA, nos limites, condições e coberturas contratuais, a reembolsar todas as despesas comprovadamente pagas, desde que cobertas pelo contrato.

NOME DO PRODUTO	CONSULTA MÉDICA	EXAMES	HONORÁRIOS MÉDICOS DE USUÁRIO INTERNADO	TERAPIAS	ATENDIMENTO AMBULATORIAL
MULTI A	1X TABELA	1X TABELA	2X TABELA	1X TABELA	1X TABELA
TOTAL A	3X TABELA	3X TABELA	3X TABELA	3X TABELA	3X TABELA

Os demais produtos INTEGRAL A 100/200 QC, ESSENCIAL A e MAIS A, terão direito a reembolso exclusivamente de anestesia, desde que o evento cirúrgico seja realizado com profissional cirurgião devidamente credenciado e habilitado pela operadora.

17.2. 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 de Registro de Títulos e Documentos, sob nº 1152096 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.

17.3. 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 da Operadora

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.

17.4. 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.

17.5. 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, podendo ser regionalizada, no sentido de adaptar e viabilizar o valor do reembolso às peculiaridades e características locais e 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.

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

17.6. 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.

17.7. 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.

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

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

17.8.1. 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 da data de entrega da documentação complementar pelo BENEFICIÁRIO.

17.8.1.1. 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) Serviços extraordinários, tais como telefonia, enfermagem particular, aluguel de televisão, dentre outros.

17.9. 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.

17.10. 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.

17.11. 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.

18. MECANISMOS DE REGULAÇÃO

18.1. Identificação do Beneficiário

18.1.1. A Contratada fornecerá para cada Beneficiário um Cartão de Identificação que, acompanhado de um documento de identidade com foto, o habilitará a utilizar o plano de saúde.

18.1.2. Em caso de perda do Cartão de Identificação de qualquer Beneficiário, a Contratante quando cientificada, deverá solicitar emissão de segunda via, cujo custo de **R\$ 7,00 (sete reais)** lhe será cobrado na fatura de pagamento seguinte ao pedido.

18.1.3. A não comprovação da identificação por ocasião do atendimento impedirá que ele seja realizado, sem que caiba a Contratada qualquer responsabilidade sobre o fato e suas consequências.

18.1.4. A Contratada se reserva o direito de instituir outros sistemas de identificação ou promover a troca periódica de documentos.

18.1.5. Será considerada fraude a utilização da assistência médica mediante o Cartão de Identificação do plano por pessoa que não seja o próprio Beneficiário.

18.1.6. Nos casos de exclusão de Beneficiários e de cancelamento deste contrato, é responsabilidade da Contratante envidar os melhores esforços para recolher e devolver para a Contratada as respectivas carteiras de identificação, bem como assumir inteiramente a responsabilidade perante a Contratada por sua utilização indevida, sendo certo que nos casos em que a utilização for relacionada a procedimentos que demandem autorização prévia da CONTRATADA para sua realização, a CONTRATANTE ficará isenta de quaisquer responsabilidades.

18.2. Documentação Contratual

18.2.1. São considerados como documentos do plano contratado este Contrato e a Proposta Comercial, Declaração de Saúde, o Cartão de Identificação de Beneficiário, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde, o Guia de Leitura Contratual, os termos aditivos e eventuais relatórios médicos, periciais ou não.

18.2.2. O Beneficiário Titular e seus Dependentes obrigam-se a fornecer para a Contratada todos os documentos exigidos para fazer prova de seus eventuais direitos e apresentar, quando solicitado:

- Identidade;
- CPF;
- Cartão Nacional de Saúde;
- Certidão casamento ou outro documento que comprove seu estado civil, certidão de nascimento, termo de adoção, termo de guarda ou tutela, comprovação do reconhecimento judicial ou extrajudicial da paternidade, laudo de exames realizados, parecer médico e outros documentos que venham a ser solicitados.
- Comprovante de elegibilidade à pessoa jurídica Subcontratante.

18.2.3 Prioridades no Atendimento:

Pessoas com 60 (sessenta) anos ou mais, gestantes, lactantes, lactentes e crianças com até 5 (cinco) anos serão privilegiadas na marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos, com prioridade para casos de urgência ou emergência, conforme inciso II do artigo 18 da Lei nº 9.656/98, cabendo ao prestador do atendimento respeitar esse direito.

18.3. Internações Hospitalares:

18.3.1. As internações somente serão autorizadas após avaliação prévia de profissional médico.

18.3.2. Para fornecimento da autorização, o Beneficiário deverá apresentar declaração assinada pelo médico assistente que justifique as razões da internação e indique o diagnóstico e o tratamento proposto com seu código na CID 10, a época do início da enfermidade, bem como o tempo médio provável da internação.

18.3.3. A Contratada fornecerá ao Beneficiário, antes de sua admissão no hospital credenciado, autorização na forma prevista nesta cláusula. Esta autorização será concedida, em conformidade com a natureza da doença ou porte da cirurgia.

18.3.4. Ao se internar, o Beneficiário e/ou seu Dependente deverão apresentar à administração do hospital a Guia liberada ou senha de Internação pela Contratada, bem como o respectivo Cartão de Identificação do plano e o documento de identificação pessoal.

18.3.5. A Guia de Internação será fornecida por um período equivalente à média de dias necessários. A prorrogação da internação será concedida a critério da Contratada, mediante solicitação do médico assistente que justifique as razões técnicas do pedido.

18.3.6. As senhas emitidas pela Contratada terão validade de 30 (trinta) dias após a sua emissão, podendo ser renovada, mediante justificativa, no máximo, por mais 30 (trinta) dias. Findo os 60 (sessenta) dias, uma nova senha deverá ser solicitada mediante a apresentação pelo beneficiário.

Independentemente da validade de 30 (trinta) dias da senha emitida, esta respeitará, obrigatoriamente, o prazo de vigência do contrato, quando expirará, automaticamente, caso esta não seja renovada.

18.4. Autorização Prévia

18.4.1. São passíveis de autorização prévia os seguintes exames e procedimentos:

- Internações e procedimentos eletivos;
- Cirurgias eletivas;
- Procedimentos solicitados por médico não credenciado;
- Exames e procedimentos que exijam qualquer tipo de analgésico, sedação ou anestesia, desde que eletivos;
- Litotripsia;
- Punções e biopsia;
- Ecocardiografia;
- Exame anatomopatológico e citopatológico;
- Eletroencefalografia, neurofisiologia e eletromiografia;
- Endoscopia diagnóstica ou terapêutica de trato digestivo, respiratório e geniturinário;
- Fisioterapia;
- Exames citogenéticos;
- Transfusão sanguínea eletiva;
- Pesquisa de HIV;
- Dosagens hormonais;
- Provas ventilatórias;
- Quimioterapia ou radioterapia;
- Exames e tratamentos de medicina nuclear e por radioimunoensaio;
- Radiodiagnóstico contrastado;
- Radiologia intervencionista;
- Ultrassonografia;
- Densitometria óssea;
- Tomografias computadorizadas;
- Exames de ressonância nuclear magnética;
- Exames de ecodoppler;

- Exames e procedimentos oftalmológicos eletivos;
- Exames e procedimentos otorrinolaringológicos eletivos;
- Exames e procedimentos urológicos eletivos;
- Exames e procedimentos ginecológicos eletivos;
- Hemodiálise ou diálise peritoneal.

18.4.2. A autorização prévia será concedida ou decidida, conforme segmentação do plano e de acordo com os prazos máximos estipulados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

18.4.2.1. Nos casos de urgência e emergência, a autorização será concedida ou decidida de forma imediata.

18.4.2.2. Em casos de divergência médica, haverá formação de junta médica técnica, de acordo com o item 18.7.

18.4.3. As rotinas utilizadas e exigidas pela Contratada, para a liberação do procedimento médico são as seguintes:

- Internações eletivas e procedimentos/cirurgias eletivos: É necessária guia de internação carimbada, assinada pelo médico assistente e diagnóstico médico com o quadro clínico ou pedido em receituário particular. Em caso de cirurgia, será necessário que conste na guia de internação/ receituário particular, a data provável da cirurgia, com laudo de exame e lista de material, se for o caso.
- Exames e procedimentos que exijam qualquer tipo de analgésico, sedação ou anestesia, desde que eletivos: É necessária SADT carimbada ou pedido em receituário particular assinado pelo médico assistente, com diagnóstico médico e quadro clínico.
- Exames e procedimentos eletivos: É necessária SADT carimbada ou pedido em receituário particular assinado pelo médico assistente, com diagnóstico médico e quadro clínico.
- Acupuntura: É necessária SADT carimbada ou pedido em receituário particular assinado pelo médico assistente, diagnóstico médico e plano terapêutico.
- Transfusão sanguínea eletiva: É necessária SADT carimbada ou pedido em receituário particular assinado pelo médico assistente, diagnóstico médico e laudo de hemograma.
- Biopsia: É necessária SADT carimbada ou pedido em receituário particular assinado pelo médico assistente, diagnóstico médico e laudo de exame.
- Quimioterapia ou radioterapia: É necessária SADT carimbada ou pedido em receituário particular assinado pelo médico assistente, laudo de histopatológico. Nos casos de radioterapia, será necessário também o plano terapêutico.
- Hemodiálise ou diálise peritoneal: É necessária SADT carimbada ou pedido em receituário particular assinado pelo médico assistente, com diagnóstico médico e laudo de exame.

18.5. Rede de Atendimento

18.5.1. Os serviços médicos e hospitalares integrantes deste contrato serão realizados, pela rede credenciada listada no aplicativo e no endereço eletrônico www.integralsaude.com.br do plano contratado.

18.5.2. O direito de credenciamento e descredenciamento de qualquer prestador de serviços é de competência exclusiva da Contratada, que o usará sempre com o objetivo de melhorar a qualidade do atendimento para os Beneficiários, em cumprimento do que determina o art. 17 da Lei nº 9.656/1998.

18.5.3. A Contratada reserva-se o direito de substituir unidades hospitalares, desde que por equivalentes e mediante aviso prévio de 30 (trinta) dias aos Beneficiários e à ANS, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraudes ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor.

18.5.4. Se a substituição da unidade hospitalar ocorrer por vontade da Contratada durante período de internação do Beneficiário e seu(s) Dependentes, a internação será mantida e custeada até a alta hospitalar, a critério médico, na forma deste contrato, pela Contratada. Se a substituição da unidade hospitalar ocorrer por infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação do Beneficiário e seu(s) Dependentes, a Contratada arcará com a responsabilidade pela transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para os Beneficiários.

18.5.5. A Contratada reserva-se, também, o direito de proceder ao redimensionamento da rede hospitalar, após solicitação de autorização à ANS, conforme o § 4º do art. 17 da Lei nº 9.656/1998.

18.5.6. A Contratada reserva-se o direito de substituir os serviços credenciados de médicos, laboratórios e demais atendimentos, com o objetivo de melhorar a qualidade de atendimento aos Beneficiários, desde que por outros equivalentes e mediante comunicação aos Beneficiários com 30 dias de antecedência.

18.5.7. As referidas comunicações das alterações e atualizações de rede tanto hospitalar quanto não hospitalar serão efetuadas através do endereço eletrônico www.integralsaude.com.br

18.5.8. É direito dos Beneficiários ter acesso aos meios de divulgação da rede credenciada através dos seguintes canais de comunicação: aplicativo, endereço eletrônico: www.integralsaude.com.br, Teleatendimento e Canais de Atendimento (endereços informados no portal da Contratada).

18.6. Auditoria e Perícia Médica

18.6.1. Os procedimentos de alta complexidade e cirúrgicos programados, internações de alto custo e os casos gestacionais estarão condicionados a perícia médica, nos locais indicados pela Contratada, na cidade do Rio de Janeiro. Em casos de divergência médica, haverá formação de junta médica técnica, de acordo com o item 18.7.

18.6.2. A Contratada tem o direito e o dever de verificar o zelo dos profissionais, a qualidade e a eficácia dos serviços e atendimentos recebidos por eles e pelas unidades integrantes de sua rede credenciada.

18.6.3. Neste sentido, sempre que julgar atípico algum exame ou procedimento, a Contratada poderá solicitar ao Beneficiário o comparecimento a um perito médico para que seja submetido a perícia, com a finalidade de se verificar o acerto do diagnóstico médico, a correção do procedimento solicitado e o cabimento dessa cobertura, oportunidade que haverá formação de junta médica técnica. A atuação da auditoria médica, devidamente amparada pelas normas do Conselho Federal de Medicina – CFM e pelo Código de Ética Médica, não implicará autorização ou negação de cobertura.

18.6.4. A Contratada, por meio do serviço de auditoria médica, poderá pedir informações complementares ao médico assistente do Beneficiário, caso seja constatada inexistência ou omissão nas declarações ou informações prestadas nas Guias de Solicitação de Serviços e Procedimentos.

18.7. Divergências de Natureza Médica

18.7.1. Se houver discordância de natureza médica, inclusive quanto à utilização de órtese ou prótese, a solução do impasse será feita por junta médica constituída por 3 (três) médicos, um deles nomeado pela Contratada, outro pelo Beneficiário e um terceiro escolhido de comum acordo pelas partes, na forma da RN nº 424 de 26 de junho de 2017 ou a que vier a ser editada posteriormente sobre a mesma matéria.

18.7.1.1. Se o profissional assistente mantiver sua indicação clínica, compete-lhe escolher um dos profissionais sugeridos pela operadora para formação da junta.

18.7.1.2. Em caso de recusa, intempestividade ou silêncio do profissional assistente quanto à indicação do desempatador para formar a junta, caberá à operadora indicar imediatamente um profissional dentre os quatro sugeridos.

18.7.1.3. Os profissionais sugeridos pela operadora deverão ser, preferencialmente, indicados a partir de listas previamente disponibilizadas pelos conselhos profissionais, pela competente sociedade da especialidade médica ou odontológica ou por associação médica ou odontológica de âmbito nacional, que seja reconhecida pelo respectivo Conselho.

18.7.2. É facultado às operadoras firmar acordos com conselhos profissionais para atuarem como desempatadores em juntas médicas ou odontológicas, hipótese que exclui a indicação de quatro profissionais para formar a junta, acompanhada de suas qualificações, conforme previsto no Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar – QUALISS, ou currículo profissional.

18.7.3. Os honorários do terceiro (médico desempatador) ficarão a cargo da Contratada.

18.7.4. Não haverá realização de junta médica quando tratar de:

I. Urgência ou emergência;

II. Procedimentos ou eventos não previstos nem no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e nem nas presentes Condições Gerais;

III. Indicação de órteses, próteses e materiais especiais utilizados exclusivamente em procedimento não coberto pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, exceto nos casos de procedimentos que sejam garantidos nas Condições Gerais, ainda que não previstos no Rol; ou

IV. Indicação de órteses, próteses e materiais especiais ou medicamento sem registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, ou para uso não constante no manual, instrução de uso ou bula (off label), exceto quando restar comprovado que pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – CONITEC tenha sido demonstrado as evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança do medicamento ou do produto para o uso pretendido, assim como a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA tenha emitido, mediante solicitação da CONITEC, autorização de uso para fornecimento pelo SUS dos referidos medicamentos e produtos, nos termos do art. 21 do Decreto nº 8.077, de 14 de agosto de 2013.

18.8. Gerenciamento de ações de saúde

Para os produtos: **INTEGRAL A 100/200 QC, ESSENCIAL A, MAIS A, MULTI A e TOTAL A**, os eventos e condições médicos a seguir, terão cobertura, conforme regras e condições Gerais deste contrato, para sua realização e atendimento, desde que em conformidade com as Diretrizes de Utilização da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e, ainda, se este(s) for(em) realizado(s), exclusivamente, através da rede credenciada preferencial de profissionais e demais estabelecimentos médico-hospitalares indicados e direcionados pela “Central Técnica de Regulação de Eventos” da operadora e disponibilizada no endereço eletrônico www.integralsaude.com.br selecionado para tal, não havendo direito à cobertura pela Contratada, para os procedimentos, listados a seguir, que não obedeçam a regra de utilização exclusiva, da rede de profissionais e demais estabelecimentos médico-hospitalares indicados e direcionados pela operadora, através de sua rede de atendimento credenciada/preferencial:

Transplantes de órgãos cobertos – rins, córneas, autólogos e alogênico de medula óssea, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente, bem como suas eventuais atualizações;

- Tratamento clínico e cirúrgico da obesidade mórbida (gastroplastia redutora, gastroenteroanastomoses e outras) e dermolipectomia, de acordo com a Diretriz de Utilização da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;
- Tratamento de quimioterapia e radioterapia;
- Implante de marca-passo ou cardio-desfibrilador, de acordo com a Diretriz de Utilização da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;
- Inserção de DIU (Dispositivo Intrauterino), de acordo com a Diretriz de Utilização da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;
- Tratamento cirúrgico de esterilização voluntária para fins de planejamento familiar – laqueadura tubária e vasectomia, de acordo com a Diretriz de Utilização da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;
- Cirurgia de ablação de feixe de His (arritmia cardíaca);

- Cirurgias ortopédicas, cardiovasculares, neurológicas e otorrinolaringológicas que necessitem de próteses, órteses ou material de fixação ligados ao ato cirúrgico;
- Cirurgia oftalmológica refrativa, de acordo com a Diretriz de Utilização da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;
- Acupuntura;
- Terapia imunobiológica, de acordo com a Diretriz de Utilização da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.
- Tratamento ocular quimioterápico com antiangiogênico de acordo com a Diretriz de Utilização da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;
- Terapia antineoplásica oral para tratamento do câncer, de acordo com as Diretrizes de Utilização constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente e suas atualizações;
- Acidente vascular cerebral e suas consequências;
- Doenças renais crônicas e suas consequências;
- Parto de alto risco;
- UTI Neonatal;
- Internações, exames especiais e procedimentos terapêuticos especiais relacionados às doenças e lesões, de acordo com os grupos diagnósticos especificados a seguir:

GRUPO DIAGNÓSTICO	
DOENÇAS DO APARELHO CARDIOCIRCULATÓRIO	I 10 – I 52
DIABETES MELLITUS	E 10 – E 14
DOENÇAS CRÔNICAS DAS VIAS AÉREAS INFERIORES	J 40 – J 47
TRATAMENTO DIALÍTICO EM INSUFICIÊNCIA RENAL	N 17 – N 19
DOENÇAS RELACIONADAS AO HIV E ÀS SUAS COMPLICAÇÕES	B 20 – B 24
ONCOLOGIA	C 00 – C 97 e D 00 – D 99
DOENÇAS PSIQUIÁTRICAS E TRATAMENTO DE DEPENDÊNCIA QUÍMICA	F00 – F99

18.8.1. Na necessidade da realização dos procedimentos supracitados, os beneficiários serão direcionados para prestadores escolhidos pela “Central Técnica de Regulação de Eventos” da Operadora e definidos para o atendimento ao usuário, na rede credenciada/preferencial da Contratada.

18.8.2. Na eventual ocorrência de eventos eletivos de alta complexidade, para sua execução através deste instrumento, os beneficiários serão direcionados para prestadores referenciados, constante da rede credenciada, de escolha da Contratada, no município do Rio de Janeiro.

18.9. A Contratada poderá excluir ou incluir outro mecanismo de regulação médica observando o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela Agência Nacional de Saúde

Suplementar – ANS e suas atualizações. As novas condições médicas, eventualmente incluídas pela Contratada, estarão ou serão vinculadas aos programas especiais de atendimento.

18.10. As informações e/ou atualizações da rede credenciada, com as respectivas condições médicas, estarão disponíveis nos canais de comunicação: Teleatendimento, aplicativo e no endereço eletrônico www.integralsaude.com.br.

18.11. Após o período de 30 (trinta) dias por ano de vigência de contrato, para portador de transtornos psiquiátricos que necessite de hospitalização, será aplicada a coparticipação, que é a participação financeira do Beneficiário quando da utilização dos referidos serviços de assistência. A coparticipação será aplicada no percentual de 50% (cinquenta por cento) sobre as despesas hospitalares e honorários médicos de internações, vigentes na data do evento e sobre a tabela do plano contratado pelo beneficiário. Qualquer alteração regulatória será observada e a cobrança do teto estipulado será efetivada, conforme regulação vigente na data de ocorrência do evento.

19. FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

19.1. Este contrato trata de plano de assistência à saúde no sistema de pagamento preestabelecido, em que o cálculo do valor da mensalidade é efetuado pela Contratada antes da utilização das coberturas contratadas e conforme declarações da Contratante/ Subcontratante constantes na Proposta Comercial.

19.1.1. O preço per capita, que é pago pela Contratante, corresponderá ao valor referente à faixa etária e ao plano que cada Beneficiário se enquadrar no momento da contratação, podendo também ser apresentado por preço único, por produto.

19.1.1.1. O cálculo do preço único, para cada plano contratado pela empresa Contratante/Subcontratante, se dará pela divisão do total da soma dos valores devidos por cada Beneficiário, de acordo com sua faixa etária/plano, apurado pela quantidade total de Beneficiários.

19.1.2. Os preços, de acordo com o custo por faixa etária de todos os Beneficiários ativos, observarão as tabelas constantes na Proposta Comercial que integra este contrato, e neste momento, o Contratante/ Subcontratante é responsável por apresentá-la a todos os seus Beneficiários.

19.1.3. As tabelas citadas no item anterior serão fornecidas pela Contratada para consulta da Contratante/ Subcontratante, mensalmente, por meio do documento de fatura, devendo a Contratada mantê-las disponíveis com as devidas atualizações para consulta dos Beneficiários.

19.1.4. A cada inclusão de novo Beneficiário Titular, a Contratante / Subcontratante deverá apresentar a tabela de preços de faixa etária atualizada.

19.2. O pagamento total das mensalidades e das faturas de coparticipação será de responsabilidade da Contratante/Subcontratante, na condição de Estipulantes do contrato.

19.3. Depois de emitida a fatura / nota fiscal referente à cobrança mensal, os acertos decorrentes de qualquer alteração da quantidade de Beneficiários ou características de planos

serão efetuados no faturamento do mês seguinte, sem que isso constitua motivo para atraso no pagamento.

19.4. A mensalidade e coparticipação serão cobradas de forma integral, independente do dia em que o Beneficiário for incluído ou excluído.

19.5. As mensalidades e/ou coparticipações serão pagas pela contratante à contratada, até o vencimento estabelecido na cláusula 1.2, conforme acordado na Proposta Contratual, ou seja, data esta para quitação da cobertura assistencial do mês em curso. O não pagamento da Mensalidade em até 72h úteis da data de vencimento dos respectivos boletos, acarretará na imediata suspensão do atendimento aos beneficiários inscritos no Contrato, independente de notificação prévia. Caso haja a suspensão do atendimento aos beneficiários por inadimplência, não haverá emissão de nova fatura, até que o pagamento seja regularizado.

19.6. Os documentos de cobrança deverão ser enviados à CONTRATANTE com antecedência mínima de 10 (dez) dias do seu vencimento. Constatado o não recebimento do boleto de pagamento em até 5 (cinco) dias antes do respectivo vencimento, competirá à Contratante contatar a Contratada e solicitar o encaminhamento de segunda via do documento, para pagamento dentro do prazo e para que não se sujeite a consequência dos juros de mora e multa previstas nas Condições Gerais.

19.7. O não recebimento do boleto ou outro instrumento de cobrança não desobriga a Contratante/ Subcontratante de efetuar seu pagamento no prazo de vencimento mensal, sob pena de arcar com os encargos previstos no contrato.

19.8. O pagamento antecipado das mensalidades não quita débitos anteriores, nem reduz os prazos de carências e cobertura parcial temporária fixadas no contrato.

19.9. O Contratante/Subcontratante e os Beneficiários integrantes dos artigos 30 e/ou 31, ficam cientes pela presente, de que a Contratada não possui cobradores domiciliares. Todos os pagamentos serão, sempre, efetuados na rede bancária ou na sede da Contratada. Corretores, vendedores e/ou demais agentes comerciais ou de cobrança, não estão autorizados a ajustar com o Contratante/Subcontratante e/ou com os próprios Beneficiários, qualquer modificação nas condições deste contrato ou, ainda, a receber valores que não sejam os relativos ao trabalho de intermediação da venda. Em caso de dúvida, contate imediatamente o setor de atendimento da Contratada, pelo Teleatendimento.

19.10. A falta de pagamento da mensalidade na data aprazada por culpa exclusiva do Contratante/Subcontratante, implicará para a Contratante/Subcontratante, a aplicação de juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês ou fração e multa de 2% (dois por cento), sobre o valor do débito.

Caso haja a suspensão do atendimento ao beneficiário por inadimplência, não haverá emissão de nova fatura, até que o pagamento seja regularizado.

19.10.1. É de exclusiva responsabilidade da Contratante/Subcontratante, informar aos Beneficiários acerca da suspensão da cobertura decorrente da falta de pagamento, exceto para aqueles inscritos nos artigos 30/31.

19.11. Quando a data de pagamento limite, cair em dia que não haja expediente bancário, o pagamento da mensalidade poderá ser efetuado no primeiro dia útil subsequente.

19.12. Fica resguardado o direito da Contratante de, se uma vez identificado erro de cálculo no valor da mensalidade, notificar imediatamente a Contratada, a fim de que seja emitido novo boleto, com o demonstrativo da correção.

19.13. À Contratada é garantido o direito de cobrar em juízo, pela via executiva ou outra que preferir, o valor da mensalidade não paga pela Contratante/Subcontratante, a contar da data do inadimplemento.

19.14. A não utilização de quaisquer coberturas durante a vigência do contrato não exonera a Contratante/Subcontratante do pagamento das mensalidades de contraprestação e de coparticipação, vencidas e/ou vincendas.

19.15. Não poderá haver distinção quanto ao valor da mensalidade, por faixa etária e por produto, entre os Beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles a este já vinculados, respeitando a tabela por faixa etária e/ou valor de preço único, por tipo de plano contratado.

20. REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA

20.1 O valor da mensalidade inicial será diretamente proporcional à idade dos Beneficiários incluídos no contrato. Quando a mensalidade for cobrada por faixa etária, sempre que ocorrer, na idade do Beneficiário mudança na idade que justifique deslocamento para outra faixa etária, um novo valor de mensalidade será cobrado, a partir do mês seguinte ao da ocorrência da alteração, de acordo com os percentuais de reajuste estabelecidos na tabela a seguir, que se acrescentarão ao valor da última mensalidade, observadas as condições previstas nos incisos I e II do art. 3º da RN nº 563.

FAIXA ETÁRIA	INTEGRAL A 100 QC	INTEGRAL A 200 QC	ESSENCIAL A	MAIS A	MULTI A	TOTAL A
00 - 18	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
19 - 23	10,69%	10,69%	10,69%	18,98%	18,99%	18,99%
24 - 28	9,41%	9,41%	9,41%	9,39%	9,40%	9,40%
29 - 33	8,08%	8,08%	8,08%	8,09%	8,08%	8,08%
34 - 38	18,77%	18,77%	18,77%	18,78%	18,78%	18,78%
39 - 43	16,88%	16,88%	16,88%	16,88%	16,88%	16,88%
44 - 48	25,41%	25,41%	25,41%	25,42%	25,42%	25,42%
49 - 53	21,24%	21,24%	21,24%	21,25%	21,25%	21,25%
54 - 58	41,38%	41,38%	41,38%	41,37%	41,37%	41,37%
59 ou +	32,57%	32,57%	32,57%	42,58%	42,58%	42,58%

20.1.2. O valor fixado para a última faixa etária não será superior a 6 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária. A variação acumulada entre a 7ª (sétima) e a 10ª (décima) faixas não será superior à variação acumulada entre a 1ª (primeira) e a 7ª (sétima) faixas.

20.1.3. O valor unitário de cada faixa etária constará na proposta de contratação.

21. REAJUSTE

21.1. A Contratada aplicará anualmente, sobre o valor da mensalidade do contrato, na data de seu aniversário, ou em período inferior, caso a legislação venha a permitir, o Índice de Reajuste (IR) composto pelo Reajuste Técnico, Reajuste Financeiro e Reajuste por Impacto de Novas Tecnologias, podendo a aplicação destes, ocorrer de forma cumulativa ou não, conforme a seguir:

$$IR = [(1 + RF) \times (1 + RT) \times (1 + RINT)] - 1$$

Onde,

IR= Índice de Reajuste (em %)

RF= Reajuste Financeiro

RT= Reajuste Técnico (sinistralidade)

RINT= Reajuste por Impacto de Novas Tecnologias

21.2. O Reajuste Financeiro terá por base a Variação dos Custos Médicos e Hospitalares – VCMH (honorários médicos, diárias e taxas hospitalares, materiais, medicamentos, gases medicinais e demais despesas assistenciais) per capita, apurada no período de 24 (vinte e quatro) meses, comparando os 12 (doze) meses imediatamente anteriores, referentes a Beneficiários/ contratos fora do período de carência.

21.3. O Reajuste Técnico (por sinistralidade) visa a manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do contrato e é calculado utilizando-se a seguinte fórmula:

$$RT = (\sum D / \sum M / IE) - 1$$

Onde,

RT= Reajuste Técnico (em %)

$\sum D$ = Total de despesas (sinistro) apuradas em 12 (doze) meses consecutivos, ou período inferior caso a legislação venha a permitir referentes a Beneficiários/ contratos fora do período de carência.

$\sum M$ = Total de mensalidades de 12 (doze) meses consecutivos, ou período inferior caso a legislação venha a permitir, referentes a Beneficiários/ contratos fora do período de carência.

IE= Índice de Equilíbrio 65% para os contratos que possuam entre 03 (três) a 99 (noventa e nove) beneficiários; 70% para os contratos com 100 (cem) ou mais beneficiários.

21.4. Caso a aplicação da fórmula acima resulte em valor igual ou inferior a zero, o valor da mensalidade do contrato não sofrerá alteração referente ao Reajuste Técnico.

21.5. O Reajuste por Impacto de Novas Tecnologias será aplicado sobre a mensalidade sempre que houver incorporação de nova cobertura ao contrato.

21.6. Do agrupamento dos contratos de 30 até 99 (noventa e nove) beneficiário para fins de cálculo e aplicação de reajuste.

21.6.1 Será considerado um Contrato Agregado ao Agrupamento aquele que possuir até 99 (noventa e nove) beneficiários na data de apuração do número de indivíduos a ele vinculados.

21.6.2. A apuração da quantidade de beneficiários no contrato, para fins de manutenção ou inclusão deste na condição de Contrato Agregado ao Agrupamento, será realizada anualmente, sendo no primeiro ano na data de assinatura do contrato e nos demais anos no último dia do mês do aniversário do contrato do ano anterior à aplicação do reajuste, independentemente de ocorrer posterior variação na quantidade de beneficiários após a data de apuração

21.6.3. O Índice de Reajuste (IR) será único e idêntico para todos os Contratos Agregados ao Agrupamento independentemente do produto contratado, ressalvados os casos de desmembramento por segmentação assistencial ambulatorial, hospitalar e obstétrica, quando será possível a aplicação de reajustes diversos de acordo com a segmentação contratada, dentro do mesmo contrato coletivo, e será calculado na forma do disposto acima.

21.6.4. Após a elaboração e apresentação do índice de reajuste do contrato, por parte da CONTRATADA, a CONTRATANTE terá até 15 (quinze) dias corridos, do mês anterior à nova vigência, para realizar toda e qualquer tratativa comercial no tocante ao índice de reajuste e, em não se chegando a um consenso comum entre as partes, nem manifestação formal da CONTRATANTE em contrário, será aplicado, na íntegra, pela CONTRATADA, o reajuste previsto nestas condições gerais, sendo certo a aplicação do índice de correção da sinistralidade, somado a esse, o índice técnico da variação dos custos médicos hospitalares do período (VCMH), a partir do primeiro dia da nova vigência, não cabendo qualquer recusa ou manifestação contrária no aceite do reajuste aplicado, por parte da CONTRATANTE, após decorrido o prazo pactuado para as tratativas negociais.

21.7 Disposições diversas acerca dos reajustes

21.7.1. As disposições previstas nesta cláusula não alteram ou excluem as regras de reajuste por mudança de faixa etária, que se houver, seguirão o disposto nas condições deste contrato.

21.7.2. A Contratada reserva-se o direito de recalcular a mensalidade, independente da data de vigência, sempre que a mensalidade média calculada (Preço único por plano contratado), com base na composição etária do Grupo de Beneficiários ativos no Contrato, resultar em diferença superior a 5% (cinco por cento), na mensalidade média calculada (Preço único por plano contratado) da implantação do contrato ou, do último recálculo realizado com base neste item.

21.7.3. Independentemente da data de inclusão dos beneficiários, os valores das mensalidades serão reajustados na data de aniversário do contrato, sendo certo que não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo produto em um determinado contrato.

21.7.4. O contrato poderá sofrer reajuste em periodicidade inferior a 12 (doze) meses, em função das variações dos valores de contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária ou desequilíbrio técnico-atuarial ou, ainda, mudança na legislação em vigor.

21.7.5. Eventualmente ou por determinação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, as condições previstas neste contrato, incluindo as datas e/ou períodos de apuração para cálculo do Índice de Reajuste (IR) ou para verificação do número de Beneficiários poderão ser modificadas.

21.7.6. Os reajustes acima mencionados, quando aplicados sobre as mensalidades, serão divulgados e comunicados à Agência Nacional de Saúde – ANS, conforme legislação e normas vigentes.

21.7.7. O regime técnico anual será apurado no mês de aniversário do contrato, em que a apuração não levará em consideração a receita e a despesa dos 3 (três) primeiros meses. As reavaliações subsequentes ao primeiro ano de vigência serão realizadas sucessivamente, considerando os 12 (doze) meses seguintes do último reajuste.

22. REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PRODUTOS 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 488, de 2022, 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 no 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.

23. CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

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

23.1.1. 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.

23.1.2. 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.

23.1.3. Caberá tão somente ao CONTRATANTE, gestor, administrador, patrocinador e instituidor, solicitar a suspensão ou exclusão de beneficiários.

23.1.4. 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 a elegibilidade para seu ingresso e permanência no contrato), ou de dependência, previstos neste regulamento, conforme definido na RN 577/2022 da ANS.

23.2. A Contratante/Subcontratante deverá, sempre que solicitado pela Contratada, no prazo máximo e improrrogável de 3 (três) dias úteis, fornecer todas as informações e documentos pertinentes, relativos às solicitações de exclusão dos Beneficiários Titulares e seu(s) Dependente(s) do contrato.

23.3. A Contratante/Subcontratante assumirá a responsabilidade por eventuais penalidades a que a Contratada seja submetida, inclusive ressarcindo-a financeiramente, em razão de medidas judiciais e/ou demandas administrativas promovidas pelos beneficiários, ativos ou inativos, em consequência de informações incorretas prestadas pela Contratante/Subcontratante à Contratada, da mesma forma pelo inadimplemento das obrigações especificadas nestas Condições Gerais.

23.3.1. A Contratante/Subcontratante assumirá a responsabilidade por eventuais penalidades a que a Contratada seja submetida, inclusive ressarcindo-a financeiramente, pelo inadimplemento das obrigações especificadas nestas Condições Gerais.

23.4. A Contratada poderá, em caso de fraude comprovada, excluir ou suspender a assistência à saúde dos Beneficiários, independente de anuência da Contratante/ Subcontratante.

23.5. A Contratante/Subcontratante obriga-se à devolução de toda a documentação de identificação destinada ao uso do produto pertencente ao(s) Beneficiário(s) excluído(s), quando não houver obrigação legal que determine o arquivamento de tais documentos com a Contratante, ficando a Contratada, desde já, autorizada a cobrar todos os valores correspondentes ao uso indevido pela Contratante dessa documentação.

24. RESCISÃO

24.1. O presente contrato poderá ser denunciado, a qualquer tempo, por qualquer das partes, mediante notificação prévia de 60 (sessenta) dias.

24.2. Sem prejuízo das penalidades legais, o contrato será automaticamente rescindido, independente de notificação e/ou interpelação judicial, sem que caibam direitos indenizatórios à parte infratora, nas seguintes situações:

- Prática de ilícito civil ou penal da Contratante/ Subcontratante contra a Contratada, desde que devidamente comprovado;
- Omissão ou distorção de informações que caracterize fraude comprovada por parte da Contratante/ Subcontratante contra a Contratada;
- Redução (i) da quantidade mínima de Beneficiários ativos para quantitativo inferior a 30 (trinta) vidas; e/ou (ii) do número de Beneficiários ativos para quantitativo inferior a 10% (dez por cento) do total da massa cotada prevista na PROPOSTA EMPRESARIAL, parte integrante deste Contrato. Para fins de interpretação, os critérios elencados neste tópico são independentes entre si, caracterizando-se a hipótese de rescisão contratual a partir da verificação de qualquer um deles;
- Caso ocorra atraso de pagamento das mensalidades por um período superior a 30 (trinta) dias, consecutivos ou não, no curso da vigência contratual. A rescisão ocorrerá ao término do prazo estabelecido na notificação, independentemente do seu efetivo recebimento;
- Se, no decorrer da vigência do Contrato, for observado desequilíbrio Técnico-Atuarial acima do patamar pré-estabelecido no contrato e as partes não chegarem a um acordo ou adotarem medidas técnico-atuariais corretivas, para a retomada do equilíbrio, ainda durante a vigência;
- Não aceitação pela Contratante/Subcontratante do índice de reajuste proposto pela Contratada na data de aniversário do contrato, desde que este esteja em conformidade com as regras contratadas.
- Inadimplemento, por parte da Contratada, de quaisquer cláusulas ou condições previstas neste Contrato, desde que a Contratada não sane o inadimplemento no prazo de 48 (quarenta e oito) horas, contados da data do recebimento da notificação.
- Decretada ou requerida a falência, dissolução, recuperação ou liquidação judicial ou extrajudicial, da CONTRATADA.

24.3. Em caso de atraso no pagamento das mensalidades pagas pelos beneficiários diretamente à operadora de saúde, o benefício do plano de saúde do beneficiário poderá ser cancelado de forma definitiva, desde que sejam rigorosamente observadas todas as disposições e procedimentos para notificações de inadimplência estabelecidos pela Resolução Normativa 593/2023, incluindo os meios e prazos pré-determinados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, tais quais:

- A **CONTRATADA** deverá realizar as notificações por inadimplência até o quinquagésimo dia do não pagamento como pré-requisito para a exclusão do beneficiário motivado por inadimplência. A notificação recebida após o quinquagésimo dia de inadimplência deverá garantir o prazo de 10 (dez) dias, contados da notificação, para que seja efetuado o pagamento do débito;
- Pendência de, no mínimo, duas mensalidades não pagas, consecutivas ou não, no período de 12 meses.
- Caso a inadimplência ou o valor do débito seja questionado pela subcontratante notificada dentro do prazo estabelecido, o questionamento deverá ser respondido, concedendo-se novo prazo de 10 (dez) dias para o pagamento do débito pendente, se houver.
- A notificação por inadimplência poderá ser realizada pelos seguintes meios:
 - a) correio eletrônico (e-mail) com certificado digital ou com confirmação de leitura;
 - b) mensagem de texto para telefones celulares via SMS ou via aplicativo de mensagens com criptografia de ponta a ponta, desde que o destinatário responda a notificação confirmando a sua ciência;
 - c) ligação telefônica gravada, de forma pessoal ou pelo sistema URA (unidade de resposta audível), com confirmação de dados pelo interlocutor;
 - d) carta, com aviso de recebimento (AR) dos correios, não sendo necessária a assinatura da pessoa natural a ser notificada; ou preposto da operadora, com comprovante de recebimento assinado pela pessoa natural a ser notificada;
- A notificação por inadimplência será realizada com base nas informações cadastrais constantes no banco de dados da **CONTRATADA**, incluindo aquelas fornecidas pela **CONTRATANTE**.
- Esgotadas as tentativas de notificação por todos os meios previstos no artigo 8º da Resolução Normativa 593/2023, disponíveis no cadastro de cada beneficiário, a CONTRATADA poderá cancelar unilateralmente o benefício do plano de saúde do beneficiários por inadimplência, após o prazo de 10 (dez) dias contados da última tentativa de notificação, desde que comprovem a realização de todas as tentativas de notificação pelos meios estabelecidos.

24.4. Nos casos de exclusão de Beneficiários e de cancelamento deste contrato, é responsabilidade da Contratante/Subcontratante envidar os melhores esforços para recolher e devolver à Contratada as respectivas carteiras de identificação, bem como assumir inteiramente a responsabilidade perante a Contratada por sua utilização indevida, sendo certo que, nos casos em que a utilização for relacionada a procedimentos que demandem autorização prévia da Contratada para sua realização, a Contratante/Subcontratante ficará isenta de quaisquer responsabilidades.

24.5. Caso a rescisão do contrato seja requerida pela Contratada, esta, se possuir Planos Individual e/ou familiar registrados na ANS para comercialização ativa, deverá informar à Contratante/Subcontratante, as características dos referidos planos, individual e/ou familiar, somente caso possua tais planos ativos na ANS, que então, serão disponibilizados aos Beneficiários sem a necessidade de cumprimento de novos prazos de carência, observado o teor da Súmula Normativa nº21, de 12 de agosto de 2011, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e suas atualizações, bem como o previsto na CONSU nº 19 de 25 de março de 1999. Ressaltando que não há obrigatoriedade da Contratada possuir planos Individuais e/ou familiares para oferta.

24.6. Não haverá multa rescisória, ou cláusula de “fidelidade” por prazo mínimo de vigência, mesmo que a rescisão do contrato se dê, imotivadamente, antes do término do período de 12 (doze) meses;

25. DISPOSIÇÕES GERAIS

25.1 Qualquer concessão praticada pela Contratada no tocante às coberturas de assistência médico-hospitalar oferecidas pelo presente contrato não se constituirá em novação, bem como não caracterizará qualquer direito adquirido pelo Beneficiário.

25.2. Nos casos de cancelamento do contrato por inadimplência ou a pedido da Contratante/Subcontratante, esta assumirá a responsabilidade por eventuais penalidades ou, ainda, pelo pagamento de sinistros a que a Contratada seja submetida ou obrigada a pagar, inclusive ressarcindo-a financeiramente, em razão de medidas judiciais e/ou demandas administrativas promovidas por Beneficiários ou Ex-Beneficiários, pleiteando coberturas contratuais ou, ainda, alegando prejuízos a direitos relativos às coberturas contratuais, em especial nos casos em que esses direitos contrariem as regras e regulamentos exarados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, mesmo depois do cancelamento do contrato.

25.3 Após a rescisão do presente contrato e/ou após o esgotamento dos prazos previstos nos arts. 30, §1º e 31, §1º, ambos da Lei 9.656/98, caso a CONTRATADA seja compelida, por decisão judicial, a manter qualquer pessoa vinculada a este instrumento em seus quadros de beneficiários, todos os custos advindos da reativação serão de responsabilidade da CONTRATANTE.

25.4. A Contratante/Subcontratante reconhece ser integralmente responsável por eventuais despesas de atendimentos efetuados pelo usuário e/ou seus dependentes, decorrentes de eventos não cobertos ou realizados durante o período de carências contratuais fora da rede credenciada do plano contratado pelo usuário ou 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 o usuário.

25.4.1. As despesas pagas pela Contratada, nas condições estabelecidas no item anterior, serão cobradas no boleto mensal de faturamento contra a Contratante/Subcontratante, subsequente ao pagamento das despesas pela Contratada, que serão acompanhadas pelos respectivos comprovantes dos gastos e eventos realizados, com o descritivo de cada valor.

25.5. A CONTRATANTE reconhece, também, ser a única responsável pela notificação prévia de 60 (sessenta) dias dos seus beneficiários, em caso de rescisão do presente contrato, ressarcindo integralmente a CONTRATADA de todo e qualquer tipo de custo que a CONTRATADA venha a arcar em decorrência do não cumprimento da referida obrigação.

25.6. A CONTRATANTE reconhece, ainda, ser responsável por todos os prejuízos decorrentes de falhas na administração do plano de saúde, tais como, mas não se limitando a fraudes na contratação, omissão/supressão/incorrecção de informações relevantes para a contratação, suspensões e/ou cancelamentos indevidos, inclusões indevidas do nome de terceiros em órgãos de proteção de crédito, dentre outros.

25.7. São documentos do presente contrato: Proposta Comercial, Contrato Coletivo Empresarial e seus anexos.

25.8. Não se admitirá a presunção de que as partes possam ter conhecimento de circunstâncias que não constem expressamente das Condições Gerais do contrato ou de quaisquer outros documentos que dele sejam parte integrante e complementar.

25.9. A portabilidade especial de carências poderá ser requerida nas seguintes situações:

- No prazo de 60 dias (ou prorrogação) a contar da publicação de Resolução Operacional específica, no caso de insucesso da transferência compulsória de carteira em processo administrativo referente ao regime especial de Direção Fiscal ou Direção Técnica, ou nos casos de cancelamento compulsório do registro de operadora ou de Liquidação Extrajudicial sem regime especial prévio.
- No prazo de 60 dias, no caso de morte do titular, contado a partir da data do falecimento;
- No período compreendido entre o primeiro dia do mês de aniversário do contrato e o último dia útil do terceiro mês subsequente.

25.10. A Contratante/ Subcontratante se compromete a distribuir o respectivo Manual de Orientação para Contratação de Produto de Saúde e o Guia de Leitura Contratual para os Beneficiários que forem incluídos no contrato.

25.11. A Contratada fornecerá aos beneficiários o Cartão 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 de Identificação, a Contratante/ Subcontratante e/ou Subcontratante, quando devidamente notificada, 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 do Cartão de Identificação no valor de **R\$ 7,00 (sete reais)**, sendo que o cancelamento só terá validade quando reconhecido por escrito, pela Contratada. O (A) Contratante reconhece que será cobrada taxa de adesão por titular conforme valor estabelecido na cláusula 1.2.

25.12. A Contratada admitirá, desde que solicitado pela Contratante/Subcontratante, a transferência do Beneficiário Titular juntamente com seus respectivos dependentes, para outros planos contratados pela Contratante, de acordo com as regras a seguir:

a) Movimentações de downgrade: Ressalta-se que para o movimento de downgrade o beneficiário não poderá estar em curso de internação ou em tratamento de alta complexidade.

b) A Estipulante deverá formalizar o pedido de transferência até 30 (trinta) dias antes do aniversário do contrato.

c) Os Beneficiários Dependentes, obrigatoriamente, acompanharão o plano do Beneficiário Titular.

d) A Contratante/ Subcontratante poderá realizar movimentações de upgrade a qualquer tempo no curso do contrato, com o cumprimento de 180 (cento e oitenta) dias para utilização da nova rede e/ou novo padrão de acomodação contratados. A mudança do plano alterará o valor da mensalidade, cujo valor será de acordo com a Tabela de preços vigente à época da alteração.

e) Durante o prazo estabelecido no item "b", os Beneficiários continuarão a dispor das mesmas condições e benefícios do plano originário, ou seja, daqueles garantidos antes da alteração do plano.

f) A majoração estabelecida no item "d" ocorrerá no vencimento da fatura subsequente à solicitação da mudança ao Contratado, desde que ocorra no período de movimentação cadastral.

25.13. As resoluções que, juntamente com a Lei nº 9.656/1998, regulam e complementam este contrato são as expedidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e pelo Conselho Nacional de Saúde Complementar (CONSU), e podem ser obtidas no site www.ans.gov.br ou na Av. Augusto Severo, 84, 7º andar, Glória, Rio de Janeiro, RJ.

26. DO SIGILO DAS INFORMAÇÕES E DA PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

26.1. As partes obrigam-se ao cumprimento da L.13.709/2018 - Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), suas revisões e vinculações.

26.2. As partes obrigam-se a cumprir as cláusulas explicitadas neste termo, conforme artigo 39 da Lei 13.709/2018.

26.3. DADOS PESSOAIS

Os dados pessoais objeto da presente relação contratual somente serão tratados com fundamento nas seguintes bases legais, constantes no art.7 da L. 13.709/2018:

- a. Cumprimento legal ou regulatório;
- b. Contrato;
- c. Tutela da Saúde;
- d. Proteção ao Crédito.

26.4. DADOS PESSOAIS SENSÍVEIS

Os dados pessoais sensíveis objetos da presente relação contratual somente serão tratados com fundamento nas seguintes bases legais, constantes no art.11, II da L. 13.709/2018:

- a. Cumprimento legal ou regulatório;
- b. Tutela da Saúde;

O CO CONTROLADOR proverá plataforma tecnológica para que somente profissionais de saúde sejam responsáveis pelo processamento dos dados sensíveis do TITULAR. Não cabendo aos demais colaboradores do CO CONTROLADOR participar de tratamentos destes dados, garantindo assim a confidencialidade do dado e privacidade do TITULAR.

26.5. ACESSO E PROCESSAMENTO DOS DADOS

26.5.1. O CONTROLADOR e CO CONTROLADOR comprometem-se a somente acessar e processar dados que são disponibilizados pelas partes, para as finalidades contratuais, regulatórias e legais.

26.5.2. O acesso/processamento indevido e intencional ao dado pessoal e/ou dado pessoal sensível de beneficiários (plano de saúde), funcionários e fornecedores das partes, justificará a rescisão imediata do contrato vigente, sem nenhuma aplicação de penalidade ao contratante, justificando, no entanto, a comunicação da violação de dados junto a ANPD e aos titulares envolvidos.

26.5.3. O acesso/processamento indevido e intencional ao dado pessoal e dado pessoal sensível de beneficiários (plano de saúde), funcionários e fornecedores das partes, justificará a aplicação de multa de igual proporção a contra parte, caso sofra algum dano por meio judicial, regulatório ou de imagem de mercado.

26.5.2. As partes ao terceirizar serviços que participem da cadeia de acessos/processamento dos dados pessoais e dados pessoais sensíveis, estenderá o conteúdo deste documento em seus contratos de terceirização, a fim de propagar o compromisso aqui firmado.

26.6. REPORTE DE INCIDENTES

26.6.1. Havendo qualquer tipo de incidente de dados pessoais, cabe ao CO CONTROLADOR, no exato momento em que tomar ciência do incidente, comunicar o CONTROLADOR, na pessoa do seu Encarregado (art.5º, VIII c/c art.41 da L.13.709/2018), através do endereço eletrônico dpo@caberj.com.br.

26.6.2. A não comunicação entre as partes de incidentes de dados pessoais e/ou dados pessoais sensíveis, seja de qualquer natureza, classificação, metodologia, ou entendimento

pessoal, justificará aplicação de multa, a ser paga para a parte afetada, caso sofra algum dano por meio judicial, regulatório ou de imagem de mercado.

26.6.3. A multa a ser aplicada no item 6.2 corresponderá ao valor do dano sofrido pela parte afetada, em razão de condenação judicial, regulatória ou dano à sua imagem de mercado.

26.7. TÉRMINO DO TRATAMENTO DE DADOS

26.7.1. Ocorrerá o término do tratamento dos dados do contrato em comento com a verificação de que a finalidade foi alcançada ou de que os dados deixaram de ser necessários ou pertinentes ao alcance da finalidade específica almejada, devendo o CO CONTROLADOR providenciar a eliminação dos dados pessoais objeto do contrato e evidenciando ao DPO do CONTROLADOR.

26.7.2. Os dados somente não serão eliminados quando houver obrigação legal ou regulatória de sua manutenção, na forma do art.16, I, da Lei 13.709 (cumprimento de obrigação legal ou regulatória pelo CONTROLADOR).

26.7.3. Mesmo na hipótese de término de tratamento de dados em razão de rescisão contratual, permanece vigente o compromisso das partes com a confidencialidade das informações obtidas em razão da atividade desempenhada.

26.8. DIREITOS DO TITULAR

26.8.1. Com objetivo de garantir os direitos dos titulares, os CONTROLADORES comprometem-se em atuar de forma célere, dentro dos prazos legais para garantir o atendimento das requisições dos titulares, conforme descrito nos artigos 18, 19 e 20 da Lei 13.709, Capítulo III.

26.9. PROCESSAMENTO DE DADOS PESSOAIS FORA DO BRASIL

26.9.1. Os CONTROLADORES comunicarão oficialmente as partes, qualquer tipo de transferência, processamento e armazenamento internacional de dados pessoais e dados pessoais sensíveis.

26.9.2. O CONTROLADORES comprometem-se em garantir o cumprimento das disposições legais relativas à transferência internacional de dados pessoais, na forma do art. 33 da Lei 13.709.

26.9.3. Quando solicitado pelo CONTROLADOR, o outro CONTROLADOR enviará documentação comprovando o destino dos dados pessoais e dados pessoais sensíveis que estiverem fora do território nacional.

26.10. REGISTRO DAS OPERAÇÕES

26.10.1. Os CONTROLADORES comprometem-se em registrar todas as operações de tratamento de dados pessoais.

26.10.2. Os CONTROLADORES, sempre que solicitado, disponibilizará os registros das operações de tratamento de dados no prazo de 5 dias úteis, contados da solicitação.

26.11. RELATÓRIO DE IMPACTO

O CO CONTROLADOR compromete-se a fornecer informações dentro do prazo legal quando o CONTROLADOR for solicitado a reportar informações para a ANPD.

26.12. INDENIZAÇÕES AO TITULAR

Os CONTROLADORES responderão solidariamente pelos danos causados pelo tratamento de dados, quando descumprir as obrigações da legislação de proteção de dados ou quando não tiver seguido as instruções lícitas de uma das partes, conforme Artigo 42, I e II, da Lei 13.709 e desde que assim seja determinado pela autoridade sancionadora, sem prejuízo do direito de regresso da parte inculpada contra a parte infratora – aquela que comprovadamente cometeu a infração.

26.13. SEGURANÇA DA INFORMAÇÃO

26.13.1. Na forma dos artigos 6, 46 e 50, as partes comprometem-se com a mitigação de riscos de vazamentos de dados, realizando controles baseados em metodologias, normativas e guias de boas práticas como os exemplificados abaixo:

- a. Gestão de Serviços de TI baseados no ITIL.
- b. Gestão de Acessos com Segregação de Função.
- c. Aplicação das ISO 27001 e 27701, nos os âmbitos digitais, físicos e culturais.
- d. Privacy by Design, privacidade desde a concepção.
- e. Fornecedores e Ferramentas em conformidade com a LGPD.
- f. Palestras, treinamentos e similares com objetivo de acultramento em privacidade de dados para funcionários.

26.13.2. Na forma dos artigos 6, 46 e 50, as partes comprometem-se com a mitigação de riscos de vazamentos de dados, utilizando dispositivos tecnológicos de segurança da informação, como os listados abaixo:

- a. Firewall para proteção do ambiente de processamento dos dados do Controlador.
- b. Antivírus para proteção do ambiente de processamento dos dados do Controlador.
- c. Backup diário e criptografado dos dados do Controlador.

26.13.3. Os CONTROLADORES deverão através de seu Encarregado promover palestras, treinamentos e similares com objetivo de aculturação em privacidade de dados para os colaboradores do CO CONTROLADOR envolvidos na execução do contrato.

27. COMPLIANCE E PROPOSTAS COMERCIAIS

27.1. DAS CLÁUSULAS ANTICORRUPÇÃO

1. A **CONTRATANTE** (i) declara, por si e por seus administradores, funcionários, representantes e outras pessoas que agem em seu nome, direta ou indiretamente, estar ciente dos dispositivos contidos na Lei nº 12.846/2013 e Lei de Improbidade Administrativa (Lei nº 8.429/1992) e seus regulamentos (em conjunto e doravante denominadas “Leis Anticorrupção”); (ii) se obriga a tomar todas as providências para fazer com que seus administradores, funcionários e representantes tomem ciência quanto ao teor das mencionadas leis; (iii) se obriga a adotar as melhores práticas de monitoramento e verificação do cumprimento das leis anticorrupção, com o objetivo de prevenir atos de corrupção, fraude, práticas ilícitas ou lavagem de dinheiro por seus sócios, administradores, colaboradores, bem como exigir o seu cumprimento pelos terceiros por elas contratados.

PARÁGRAFO ÚNICO - A **CONTRATANTE** se obriga, sob as penas previstas no CONTRATO e na legislação aplicável, a observar e cumprir rigorosamente todas as leis cabíveis, incluindo, mas não se limitando à legislação brasileira anticorrupção, a legislação brasileira contra a lavagem de dinheiro, assim como as normas e exigências constantes das políticas internas da CONTRATANTE

2. A **CONTRATANTE** declara e garante que não está envolvida ou irá se envolver, direta ou indiretamente, por meio de seus representantes, administradores, diretores, conselheiros, sócios ou acionistas, assessores, consultores, partes relacionadas, durante o cumprimento das obrigações previstas no Contrato, em qualquer atividade ou prática que constitua uma infração aos termos das “Leis Anticorrupção”.

3. A **CONTRATANTE** declara e garante que não se encontra, assim como seus representantes, administradores, diretores, conselheiros, sócios ou acionistas, assessores, consultores, direta ou indiretamente (i) sob investigação em virtude de denúncias de suborno e/ou corrupção; (ii) no curso de um processo judicial e/ou administrativo ou foi condenada ou indiciada sob a acusação de corrupção ou suborno; (iii) suspeita de práticas de terrorismo e/ou lavagem de dinheiro por qualquer entidade governamental; e (iv) sujeita à restrições ou sanções econômicas e de negócios por qualquer entidade governamental.
4. A **CONTRATANTE** declara que, direta ou indiretamente, não ofereceu, prometeu, pagou ou autorizou o pagamento em dinheiro, deu ou concordou em dar presentes ou qualquer objeto de valor e, durante a vigência do Contrato, não irá ofertar, prometer, pagar ou autorizar o pagamento em dinheiro, dar ou concordar em dar presentes ou qualquer objeto de valor a qualquer pessoa ou entidade, pública ou privada, com o objetivo de beneficiar ilicitamente a **CABERJ INTEGRAL SAÚDE S/A** e/ou seus negócios.
5. A **CONTRATANTE** declara que, direta ou indiretamente, não irá receber, transferir, manter, usar ou esconder recursos que decorram de qualquer atividade ilícita, bem como não irá contratar como empregado ou de alguma forma manter relacionamento profissional com pessoas físicas ou jurídicas envolvidas em atividades criminosas, em especial pessoas investigadas pelos delitos previstos nas leis anticorrupção, de lavagem de dinheiro, tráfico de drogas e terrorismo.
6. Será facultada a **CABERJ INTEGRAL SAÚDE S/A** a realização de treinamentos em Compliance, anticorrupção e antifraude para os empregados da **CONTRATANTE** e seus Subcontratados, visando garantir que todos os níveis profissionais engajados na execução dos Serviços compreendam a importância da integridade para o sucesso do CONTRATO.

27.2. DO PROGRAMA DE INTEGRIDADE DO GRUPO CABERJ

1. A **CONTRATANTE** se obriga a cumprir e fazer respeitar o Código de Ética e Conduta do Grupo CABERJ, o qual declara conhecer e é parte integrante deste CONTRATO, em especial nas questões relacionadas ao sigilo das informações relativas ao presente CONTRATO e tratar como matéria sigilosa todos os assuntos de interesse da **CABERJ INTEGRAL SAÚDE S/A** que, direta ou indiretamente, tenha ou vier a ter conhecimento, obrigando-se a deles não utilizar em benefício próprio ou divulgar, de forma a não permitir ou deixar que qualquer pessoa deles se utilize, sob pena de rescisão do presente CONTRATO, de pleno direito.
2. Sempre que for necessário à **CONTRATANTE**, por si e por seus empregados, agentes e subcontratados, comunicar um comportamento contrário às normas de Compliance às normas éticas e comerciais aqui estabelecidas, ou mesmo uma possível violação do Código de Ética e Conduta do Grupo CABERJ, a **CONTRATANTE** deverá contatá-lo em até 24 (vinte e

quatro) horas a partir de sua ciência e registrar formalmente seu conhecimento sobre a prática comercial indevida, podendo utilizar-se do Canal de Denúncias do GRUPO CABERJ.

PARÁGRAFO ÚNICO – A CABERJ INTEGRAL SAÚDE S/A se compromete a manter a confidencialidade da denúncia e investigar seus fundamentos, em razão de não serem tolerados quaisquer atos de vingança ou retaliação contra qualquer pessoa que tenha, de boa fé, procurado aconselhamento ou denunciado um comportamento duvidoso ou uma possível violação do Código de Ética e Conduta do Grupo CABERJ.

3. A **CONTRATANTE** desde já se declara ciente e concorda que são práticas inaceitáveis na execução do contrato: (i) todo e qualquer tipo de discriminação, quer relacionado a diferenças culturais, geração, opiniões, etnia, cor, deficiências, origem, crenças, gênero, idade, nacionalidade, ascendência, estado civil, convicção política e ideológica, orientação sexual, condição de sindicalização, ou grau de escolaridade; (ii) pagamento ou recebimento de propinas de qualquer espécie; (iii) recebimento de brindes, presentes ou favores de natureza não promocional, que não respeitem as melhores práticas legais e morais, com vistas à obtenção ou concessão de privilégios indevidos; e (iv) atos da empresa que causem danos aos interesses éticos, do governo, dos fornecedores ou tragam prejuízos diretos ou indiretos a **CABERJ INTEGRAL SAÚDE S/A**.

27.3. CONFIDENCIALIDADE E SIGILO

27.3.1. A **CONTRATANTE** neste ato se obriga a respeitar a propriedade intelectual, segredos comerciais e outras informações confidenciais, exclusivas ou reservadas da **CABERJ INTEGRAL SAÚDE S/A.**, e não deve fazer uso ou divulgar qualquer uma dessas informações, exceto se elas estiverem de acordo com as autorizações para a divulgação de informações constantes em sua contratação e exclusivamente para o benefício da **CABERJ INTEGRAL SAÚDE S/A**. Neste sentido, todas as informações ou dados sobre as operações da CABERJ INTEGRAL SAÚDE S/A. devem ser sempre tratados pela **CONTRATANTE** como confidenciais, a menos que essas informações passem a ser de domínio público sem responsabilidade da **CONTRATANTE**, sob pena de rescisão do presente CONTRATO, de pleno direito e sem a imposição de qualquer penalidade a **CABERJ INTEGRAL SAÚDE S/A**.

PARÁGRAFO PRIMEIRO - As obrigações da **CONTRATANTE** com respeito às informações confidenciais ou sigilosas da **CABERJ INTEGRAL SAÚDE S/A**. incluem: (i) a não divulgação dessas informações a empregados, agentes e subcontratados da **CONTRATANTE** exceto se seu conhecimento ou uso for estritamente necessário; (ii) a não divulgação dessas informações a pessoas que não tenham nenhuma relação com a **CONTRATANTE**, impedindo que qualquer pessoa delas se utilize. (iii) a não utilização dessas informações em benefício exclusivo da **CONTRATANTE** ou de qualquer terceiro.

PARÁGRAFO SEGUNDO - As disposições de confidencialidade e sigilo previstas nesta cláusula sobreviverão ao término deste instrumento, por qualquer motivo, pelo prazo de 5 (cinco) anos.

27.4. AUDITORIA DE COMPLIANCE

27.4.1. A **CABERJ INTEGRAL SAÚDE S/A.** se reserva o direito de, a qualquer tempo, verificar o cumprimento pela **CONTRATANTE** das disposições deste Instrumento, do Código de Ética e Conduta do GRUPO CABERJ e das normas de Compliance aplicáveis aos seus fornecedores e parceiros comerciais, comprometendo-se a **CONTRATANTE** com a cooperação integral com a auditoria e o aceite no fornecimento imediato de assistência e acesso irrestritos a todas as informações pelo prazo do contrato e por cinco anos posteriores à sua rescisão.

PARÁGRAFO ÚNICO – Para fins da auditoria mencionada no caput, poderão ser exigidos documentos e cópias tais como: (i) informativos indicando os nomes empregados, sejam eles dos atuais e antigos, e suas posições; (ii) listas de agentes, subcontratados, terceiros e outros profissionais envolvidos em cada um dos contratos que envolvam produtos ou serviços da **CABERJ INTEGRAL SAÚDE S/A.**; (iii) documentos fiscais mencionando a entrada e a saída de produtos relacionados aos contratos firmados com a **CABERJ INTEGRAL SAÚDE S/A.**; (iv) registros contábeis e fiscais, relacionados aos produtos e serviços da **CABERJ INTEGRAL SAÚDE S/A.**; (v) documentos e registros relacionados a atuais e antigas ações judiciais, processos administrativos, investigações policiais, notificações, citações e outros processos, que nomeiem o terceiro (bem como as empresas coligadas deste último), os conselheiros, acionistas, gerentes ou diretores e empregados do terceiro envolvidos nos produtos ou serviços da **CABERJ INTEGRAL SAÚDE S/A.**; (vi) recibos de despesas relacionados à realização de qualquer uma das atividades do terceiro de acordo com o contrato firmado com a **CABERJ INTEGRAL SAÚDE S/A.**; (vii) certificados emitidos pelos departamentos relevantes dos tribunais civis e criminais Federais e Estaduais nos locais em que o terceiro possua instalações e escritórios ou operações comerciais, recebidos durante um determinado período antes da auditoria; (viii) registros físicos ou eletrônicos relacionados aos contratos firmados com a **CABERJ INTEGRAL SAÚDE S/A.**

27.5. DAS SANÇÕES CONTRATUAIS

27.5.1. Se, no âmbito da auditoria de Compliance, forem verificados (por qualquer meio) fatos ocorridos envolvendo a **CONTRATANTE**, a exclusivo critério da **CABERJ INTEGRAL SAÚDE S/A.**, possam trazer riscos à imagem ou patrimônio material ou imaterial da **CABERJ INTEGRAL SAÚDE S/A.**, mesmo que sem qualquer ligação com os negócios existentes entre a **CABERJ INTEGRAL SAÚDE S/A.** e a **CONTRATANTE**, independentemente de se tratar de fato comprovado ou ocorrido antes da existência de relação entre as partes, a **CABERJ INTEGRAL SAÚDE S/A.** poderá também suspender imediatamente a contratação com a

CONTRATANTE, mediante simples aviso, sem que isso gere qualquer dever de indenizar à **CABERJ INTEGRAL SAÚDE S/A**. A suspensão da contratação com a **CONTRATANTE** pelas razões acima expostas não caracteriza julgamento de valor sobre os fatos envolvendo a **CONTRATANTE**, mas tão somente proteção à imagem ou patrimônio material ou imaterial da **CABERJ INTEGRAL SAÚDE S/A**, no âmbito de seus negócios.

PARÁGRAFO ÚNICO. A suspensão do contrato com a **CONTRATANTE** pelas razões expostas no Parágrafo Primeiro acima vigorará até o esclarecimento dos fatos.

27.5.2. Em sendo comprovada a violação ao presente Instrumento, ao Código de Ética e Conduta do Grupo CABERJ e às normas de Compliance aplicáveis aos fornecedores e parceiros comerciais da **CABERJ INTEGRAL SAÚDE S/A**., será considerada uma infração grave ao CONTRATO e conferirá a **CABERJ INTEGRAL SAÚDE S/A**. o direito de, agindo de boa-fé, declarar rescindido imediatamente o CONTRATO, sem qualquer ônus ou penalidade, sendo a **CONTRATANTE** responsável por eventuais lucros cessantes e perdas e danos.

27.6. DECLARAÇÃO COMPROMISSÓRIA ANTICORRUPÇÃO

A **CONTRATANTE** declara, através de seu representante legal, que não pratica e nem permite que pratiquem, sob sua esfera de atuação, atos contrários às leis, normas, regras e regulamentos vigentes no ordenamento jurídico brasileiro, que importem lesão à Administração Pública Nacional ou Estrangeira, nos termos do art. 5º da Lei nº 12.846 de 1º de agosto de 2013 - Lei Anticorrupção.

Outrossim, declara que a empresa emenda os melhores esforços para prevenir, mitigar e erradicar condutas inadequadas da sua atuação, pautando suas atividades nas melhores práticas do mercado, no que se refere ao combate de desvios éticos e de integridade. Reconheço que o que subscrevo é verdade, sob as penas da lei.

28. GLOSSÁRIO

As expressões e definições a seguir têm o objetivo de estabelecer o entendimento dos termos técnicos encontrados neste contrato:

Acidente Pessoal

É todo evento, com data e ocorrência perfeitamente caracterizadas, exclusiva 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.

Agravo

É o acréscimo financeiro no valor da contraprestação paga ao produto 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.

Aniversário

É a data do término do prazo de vigência do contrato ou de cada renovação deste.

Beneficiário Titular

Funcionário ou associado vinculado à Contratante/ Subcontratante.

Beneficiário Dependente

Cônjuge ou Dependente direto do Beneficiário Titular, incluído na proposta comercial.

Carência

É o período de tempo, corrido e ininterrupto contado da data de inclusão de cada beneficiário, em que o Beneficiário Titular e/ou seu Dependente não terá direito a determinadas coberturas e/ou procedimentos, independentemente de estar adimplente com a mensalidade do contrato.

Cirurgia Plástica Reparadora

Cirurgia efetuada para a reconstituição da função de algum órgão ou membro afetado.

Cirurgia Eletiva

É o procedimento cirúrgico constante do Rol de Procedimentos instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS a ser realizado em data de escolha do Beneficiário ou de seu médico, desde que a referida data não comprometa a eficácia do tratamento.

Cobertura Assistencial

É a denominação dada ao conjunto de direitos (tratamentos, serviços, procedimentos médicos, hospitalares e/ou odontológicos) organizada por segmentação a que o consumidor tem direito previsto na legislação de saúde suplementar e no contrato firmado com a operadora.

Cobertura Parcial Temporária

É a suspensão por período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao produto privado de assistência à saúde, da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo Beneficiário.

Condições Gerais

É o conjunto de cláusulas contratuais que estabelece obrigações e direitos, tanto para a Contratada, quanto para o Beneficiário.

Complicações na Gestação

Alterações patológicas durante a gestação, como gravidez tubária, eclampsia, parto prematuro, diabetes gestacional e abortamento.

Consulta Médica Psiquiátrica

Atendimento médico eletivo realizado por profissional médico especializado em psiquiatria.

Contrato

Documento que estabelece obrigações e direitos tanto da Contratada quanto do Beneficiário do plano de assistência à saúde.

Contratada

É a Integral Saúde S.A., que assume todos os riscos inerentes às coberturas de despesas ambulatoriais, hospitalares e obstétricas, nos termos e limites destas Condições Gerais.

Coparticipação

É a participação na despesa assistencial a ser paga pela Contratante na condição de Estipulante diretamente à operadora após a realização de procedimento, na condição de Estipulante.

Doença

Evento mórbido, de causa não acidental, que requer assistência médica ou hospitalar.

Doença Aguda

Doença de surgimento súbito, passível de reversão com tratamento.

Doença Congênita

Doença com a qual o indivíduo nasce. Pode ser hereditária ou adquirida durante a vida intrauterina, com manifestação a qualquer tempo.

Doença Crônica

Doença de caráter mórbido irreversível, passível de crises de agudização.

Doença ou Lesão Preexistente

É aquela que o Beneficiário ou seu responsável legal saiba ser portador, na época da contratação de um plano ou seguro privado de assistência à saúde.

Emergência:

É a alteração aguda do estado de saúde que implica risco imediato à vida ou lesões irreparáveis para o paciente, caracterizada em declaração do médico assistente.

Emergência Psiquiátrica

Situação clínica ou cirúrgica em que há necessidade de atuação médica imediata, por implicar risco para a vida ou de lesões irreparáveis ao paciente, assim caracterizada em declaração do médico assistente.

Entrevista Qualificada

É a entrevista na qual ocorre o preenchimento de um formulário de Declaração de Saúde, elaborado pela Contratada, no qual o Beneficiário ou seu representante legal relaciona, se for o caso, toda(s) a(s) doença(s) ou lesão(ões) preexistente(s) sobre a(s) qual(is) tenha prévio conhecimento, tanto em relação a ele próprio, quanto a todos os Dependentes integrantes da Proposta de Admissão. O Beneficiário ou seu representante legal poderá utilizar-se de um médico orientador da **Rede Credenciada** ou, ainda, de um médico de sua preferência, desde que, por este último, assuma o ônus da entrevista.

Evento

Conjunto de ocorrências e serviços de assistência médico-hospitalar que tenha por origem ou causa o mesmo dano involuntário à saúde do Beneficiário, em decorrência de acidente pessoal ou doença.

Evento Coberto

É o conjunto de ocorrências, identificadas após o início de vigência do contrato, que, por si só, implique na necessidade de utilização de um ou mais procedimentos previstos contratualmente, respeitados os devidos prazos de carência.

Internação Hospitalar

Atendimento que necessite de mais de 12 horas de permanência no hospital.

Internação Programada ou Eletiva

Internações não consideradas de urgência ou emergência.

Internação Psiquiátrica

Internação hospitalar ou em unidade clínica por transtornos psiquiátricos codificados pelo CID 10, em situação de risco de vida, danos físicos, morais e materiais importantes.

Internação Psiquiátrica por Dependência Química

Internação motivada por quadro de intoxicação ou abstinência provocado por substâncias químicas.

Início de Vigência

É a data acordada entre as partes para início do contrato.

Internação Hospitalar

De acordo com o Anexo 14 do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, tendo como referência a RDC ANVISA nº 50/2002, a internação hospitalar é a admissão de um paciente para ocupar um leito hospitalar, por um período igual ou maior que 24 horas.

Leito de Alta Tecnologia

É a acomodação destinada ao tratamento intensivo e especializado, em Unidades ou Centros de Terapia Intensiva, Semi-intensiva, Coronariana, Pediátrica ou Neonatal, Unidades de Isolamento, Terapia Respiratória e Terapia de Pacientes Queimados.

Limitações de Cobertura

São as quantidades máximas de dias ou de serviços, previstos contratualmente, estipuladas em conformidade com os procedimentos estabelecidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Médico Orientador

Profissional médico disponibilizado pela Contratada ou escolhido pelo Beneficiário para auxiliar no preenchimento da Declaração de Saúde, na ocasião da Entrevista Qualificada.

Mensalidade

Pagamentos efetuados pela Contratante, na condição de Estipulante, para custeio de plano de saúde.

Parto a Termo

É aquele que ocorre entre a 37^a. (trigésima sétima) e a 42^a. (quadragésima segunda) semana de gestação.

Procedimento

Ato médico ou paramédico que tem por objetivo a avaliação, manutenção ou recuperação da saúde do Beneficiário.

Procedimento de Alta Complexidade

É aquele que requer estrutura hospitalar e serviços de alto grau de especialização, relacionado no Índice de Procedimentos de Alta Complexidade que compõe o Rol de Procedimentos Médicos instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vigente na data da realização do evento.

Procedimento Estético

É todo procedimento clínico/cirúrgico que não vise à recuperação funcional de um órgão e/ou sistema.

Programas Especiais de Atendimento

São ações desenvolvidas pela Contratada através de programas de indicação de profissionais especialistas ou estabelecimento de saúde (hospitais, clínicas ou laboratórios) preparados para o acompanhamento e tratamento de patologias.

Pronto Atendimento Hospitalar

Atendimento que se resolva em até 12 (doze) horas. Caso ultrapasse esse período, fica caracterizada uma internação hospitalar.

Proposta Contratual

Documento em que constam os dados cadastrais do Beneficiário e de seus Dependentes, que ele ou seu responsável legal assina com o compromisso de realizar a entrevista de declaração de saúde.

Rede Credenciada

É a rede de prestadores de serviços, pessoas físicas e jurídicas, destinados a atender os eventos cobertos por este contrato, na medida de suas especialidades, recebendo por tais serviços, diretamente da Contratada, em nome, e por conta e ordem dos serviços prestados ao(s) Beneficiário(s).

SADT

Serviço auxiliar de diagnóstico e tratamento.

Segmentação Assistencial

É o tipo de cobertura contratada no produto de assistência à saúde.

Tabela de Serviços do Contratada

Tabela que relaciona todos os procedimentos médicos utilizados na assistência à saúde dos Beneficiários.

Urgência

É a situação causada por evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional depois de decorridas 24 (vinte e quatro) horas da vigência do contrato.

29. ELEIÇÃO DE FORO

Fica eleito o foro do domicílio da empresa CONTRATADA/OPERADORA, com renúncia expressa a qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir quaisquer controvérsias decorrentes deste instrumento.

Rio de Janeiro, 01 de setembro de 2026.

ASSOCIACAO DOS SERVIDORES DAS JUSTICAS FEDERAIS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CNPJ – 02.342.314/0001-06

CABERJ INTEGRAL SAÚDE S.A
CNPJ: 07.844.436/0001-06

ANEXO I

PROPOSTA COMERCIAL - CABERJ - INTEGRAL SAÚDE S/A

DATA DA VIGÊNCIA: 01/09/2026

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

CNPJ: 02.342.314/0001-06



RAMO DE ATIVIDADE

94.30-8-00 - Atividades de associações de defesa de direitos sociais

COMPOSIÇÃO DO GRUPO

FUNCIONÁRIOS E DEPENDENTES

Tabela de Preço por Faixa Etária - Para Titulares e Dependentes						
Planos Hospitalares + Amb. e Obstetrícia	INTEGRAL A 100 QC	INTEGRAL A 200 QC	ESSENCIAL A	MAIS A	MULTI A	TOTAL A
Nº Registro / Código na Operadora	484.534/19-0	484.533/19-1	460.922/09-1	460.960/09-3	460.973/09-5	473.250/15-2
00 - 18	307,68	341,87	406,98	455,04	582,89	1.077,05
19 - 23	340,58	378,43	450,51	541,42	693,57	1.281,55
24 - 28	372,63	414,04	492,90	592,27	758,77	1.402,02
29 - 33	402,75	447,50	532,73	640,19	820,08	1.515,30
34 - 38	478,35	531,50	632,74	760,42	974,09	1.799,88
39 - 43	559,10	621,23	739,56	888,81	1.138,50	2.103,71
44 - 48	701,16	779,07	927,46	1.114,72	1.427,91	2.638,44
49 - 53	850,07	944,52	1.124,43	1.351,63	1.731,35	3.199,14
54 - 58	1.201,84	1.335,38	1.589,74	1.910,76	2.447,62	4.522,61
59 ou +	1.593,28	1.770,31	2.107,52	2.724,41	3.489,81	6.448,35

Rodrigo Oliveira
 Rodrigo Oliveira
 Gerente Executivo
 N. Monitoramento
 e Controle
 DIEGE

TERMO DE ADITAMENTO AO CONTRATO Nº 01

Pelo presente e na melhor forma de direito, este Termo Aditivo ao Contrato de Prestação de Serviços de Assistência Médica Hospitalar que fazem entre si a **CONTRATADA - CABERJ INTEGRAL SAÚDE S/A.**, inscrita no **CNPJ: 07.844.436/0001-06** e **CONTRATANTE – ASSOCIACAO DOS SERVIDORES DAS JUSTICAS FEDERAIS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**, inscrita no **CNPJ: 02.342.314/0001-06**, e ajustam e aditam de comum acordo, o que se segue:

CLÁUSULA 1ª – OBJETO DO ADITAMENTO

Dar-se-á o direito de repasse aos beneficiários da **CONTRATANTE**, através do convênio com a Central Nacional Unimed, nas mesmas condições de acomodação dos produtos no qual o beneficiário estiver inscrito, ou seja, com equivalência de acomodação. Para as empresas pertencentes ao contrato que estejam inscritas nos seguintes produtos:

- **ESSENCIAL A** será equivalente ao produto **ESTILO QC** da Central Nacional Unimed;
- **MAIS A** será equivalente ao produto **ESTILO QP** da Central Nacional Unimed;
- **MULTI A** será equivalente ao produto **ABSOLUTO** da Central Nacional Unimed;
- **TOTAL A** será equivalente ao produto **SUPERIOR** da Central Nacional Unimed;

CLÁUSULA 2ª – CONDIÇÕES DE REPASSE

O repasse será concedido aos usuários da **CONTRATANTE** que estiverem fora do Estado do Rio de Janeiro, em trânsito e/ou permanentemente. A solicitação de repasse deverá ser comunicada previamente a área Comercial de forma a não causar desequilíbrio atuarial em razão da regra comercial de Reciprocidade.

CLÁUSULA 3ª – LIMITAÇÃO DE ÁREA DE ABRANGÊNCIA E ACESSO À REDE CREDENCIADA

O repasse estará limitado à área de abrangência e atuação dos produtos **ESTILO, ABSOLUTO** e **SUPERIOR**, da Central Nacional Unimed, excetuando-se o estado do Rio de Janeiro para o qual deverá ser utilizada os produtos da Integral Saúde, obrigatoriamente.

O beneficiário da **CONTRATANTE** acessará o endereço eletrônico da Central Nacional Unimed (www.centralnacionalunimed.com.br) para utilizar a rede credenciada, de acordo com o produto contratado na Integral Saúde.

CLÁUSULA 4ª – VIGÊNCIA

Este Termo de Aditamento entra em vigor na data **01/09/2026**, ante a assinatura pelas partes e tem efeitos imediatos, prevalecendo sobre as disposições anteriores no que for alterado.

CLÁUSULA 5ª – DISPOSIÇÕES GERAIS

As partes reconhecem e concordam que este Termo de Aditamento foi celebrado de forma livre e consciente, em conformidade com a legislação aplicável.

Rio de Janeiro, 01 de setembro de 2026.

ASSOCIACAO DOS SERVIDORES DAS JUSTICAS FEDERAIS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CNPJ: 02.342.314/0001-06

CABERJ – INTEGRAL SAÚDE S/A
CNPJ: 07.844.436/0001-06

TERMO DE ADITAMENTO AO CONTRATO Nº 02

Pelo presente e na melhor forma de direito, este Termo Aditivo ao Contrato de Prestação de Serviços de Assistência Médica Hospitalar que fazem entre si a **CONTRATADA - CABERJ INTEGRAL SAÚDE S/A.**, inscrita no **CNPJ: 07.844.436/0001-06** e **CONTRATANTE – ASSOCIACAO DOS SERVIDORES DAS JUSTICAS FEDERAIS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**, inscrita no **CNPJ: 02.342.314/0001-06**, e ajustam e aditam de comum acordo, o que se segue:

CLÁUSULA 1ª – COBERTURA DE ESCLEROTERAPIA

1.1. Fica incluída a cobertura para o procedimento de escleroterapia de veias (código TUSS 30907063), desde que realizado mediante solicitação e justificativa médica, observadas as disposições contratuais aplicáveis.

1.2. A cobertura prevista nesta cláusula estará limitada a 10 (dez) sessões por ano de vigência contratual, independentemente da quantidade de procedimentos realizados em cada sessão.

1.3. As sessões que excederem o limite anual estabelecido no parágrafo anterior não estarão cobertas pelo presente contrato, salvo previsão expressa em instrumento específico firmado entre as partes.

CLÁUSULA 2ª – RATIFICAÇÃO DAS DEMAIS CLÁUSULAS

As demais cláusulas do contrato original permanecem inalteradas e ratificadas pelas partes, mantendo-se em pleno vigor e efeito, exceto no que tange ao objeto deste aditamento.

CLÁUSULA 3ª – VIGÊNCIA

Este Termo de Aditamento entra em vigor na data **01/09/2026**, ante a assinatura pelas partes e tem efeitos imediatos, prevalecendo sobre as disposições anteriores no que for alterado.

CLÁUSULA 4ª – DISPOSIÇÕES GERAIS

As partes reconhecem e concordam que este Termo de Aditamento foi celebrado de forma livre e consciente, em conformidade com a legislação aplicável.

Rio de Janeiro, 01 de setembro de 2026.

**ASSOCIACAO DOS SERVIDORES DAS JUSTICAS FEDERAIS DO ESTADO DO RIO DE
JANEIRO**
CNPJ: 02.342.314/0001-06

CABERJ – INTEGRAL SAÚDE S/A
CNPJ: 07.844.436/0001-06

TERMO DE ADITAMENTO AO CONTRATO Nº 03

Pelo presente e na melhor forma de direito, este Termo Aditivo ao Contrato de Prestação de Serviços de Assistência Médica Hospitalar que fazem entre si a **CONTRATADA - CABERJ INTEGRAL SAÚDE S/A.**, inscrita no **CNPJ: 07.844.436/0001-06** e **CONTRATANTE – ASSOCIACAO DOS SERVIDORES DAS JUSTICAS FEDERAIS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**, inscrita no **CNPJ: 02.342.314/0001-06**, e ajustam e aditam de comum acordo, o que se segue:

CLÁUSULA 1ª – DO PRÓ-LABORE

O presente Termo Aditivo tem por objeto estabelecer a remuneração institucional da CONTRATANTE em razão da manutenção e administração do contrato coletivo de assistência à saúde mantido entre as partes.

CLÁUSULA 2ª – DO REPASSE

A CONTRATADA realizará o repasse mensal à CONTRATANTE do percentual correspondente a 3% (três por cento) incidente sobre o valor total da fatura mensal dos beneficiários vinculados ao contrato coletivo celebrado entre as partes.

Parágrafo único: O repasse previsto nesta cláusula possui natureza de remuneração institucional (pró-labore administrativo), não implicando participação societária, vínculo empregatício ou qualquer outra forma de associação empresarial entre as partes.

CLÁUSULA 3ª – VIGÊNCIA

Este Termo de Aditamento entra em vigor na data **01/09/2026**, ante a assinatura pelas partes e tem efeitos imediatos, prevalecendo sobre as disposições anteriores no que for alterado.

CLÁUSULA 4ª – DISPOSIÇÕES GERAIS

As partes reconhecem e concordam que este Termo de Aditamento foi celebrado de forma livre e consciente, em conformidade com a legislação aplicável.

Rio de Janeiro, 01 de setembro de 2026.

**ASSOCIACAO DOS SERVIDORES DAS JUSTICAS FEDERAIS DO ESTADO DO RIO DE
JANEIRO**

CNPJ: 02.342.314/0001-06

CABERJ – INTEGRAL SAÚDE S/A

CNPJ: 07.844.436/0001-06

