

Operadora: HB Saúde S/A
CNPJ: 02.668.512/0001-56
Nº de registro na ANS: 35024-9
Nº de registro dos produtos: 479.900/18-3
Site: <http://www.hbsaude.com.br>
Tel: (17) 4009-6700



Guia de Leitura Contratual

		Página do Contrato
<i>CONTRATAÇÃO</i>	Determina se o plano destina-se à pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser Individual/Familiar, Coletivo por Adesão ou Coletivo Empresarial.	01
<i>SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL</i>	Define a amplitude da cobertura assistencial do plano de saúde. A segmentação assistencial é categorizada em: referência, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, ambulatorial, odontológica e suas combinações.	01
<i>PADRÃO DE ACOMODAÇÃO</i>	Define o padrão de acomodação para o leito de internação nos planos hospitalares; pode ser coletiva ou individual.	02
<i>ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA E ATUAÇÃO</i>	Área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência a saúde contratadas. À exceção da nacional, é obrigatória a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõem as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal.	01
<i>COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS</i>	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura mínima obrigatória, e no contrato firmado com a operadora, conforme a segmentação assistencial do plano contratado. O beneficiário deve analisar detalhadamente as coberturas a que tem direito.	03
<i>EXCLUSÕES DE COBERTURAS</i>	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário não tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar, conforme a segmentação assistencial do plano contratado.	07
<i>DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES (DLP)</i>	Doenças e lesões preexistentes – DLP – são aquelas existentes antes da contratação do plano de saúde, e que o beneficiário ou seu responsável saiba ser portador.	09

CARÊNCIAS	Carência é o período em que o beneficiário não tem direito a cobertura após a contratação do plano. Quando a operadora exigir cumprimento de carência, este período deve estar obrigatoriamente escrito, de forma clara, no contrato. Após cumprida a carência, o beneficiário terá acesso a todos os procedimentos previstos em seu contrato e na legislação, exceto eventual cobertura parcial temporária por DLP.	08
MECANISMOS DE REGULAÇÃO	São os mecanismos financeiros (franquia e/ou coparticipação), assistenciais (direcionamento e/ou perícia profissional) e/ou administrativos (autorização prévia) que a operadora utiliza para gerenciar a demanda e/ou utilização dos serviços de saúde.	13
VIGÊNCIA	Define o período em que vigorará o contrato	08
RESCISÃO/ SUSPENSÃO	A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.	25
REAJUSTE	O reajuste por variação de custos é o aumento anual de mensalidade do plano de saúde em razão de alteração nos custos, ocasionada por fatores tais como inflação, uso de novas tecnologias e nível de utilização dos serviços. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário.	19
CONTINUIDADE NO PLANO COLETIVO EMPRESARIAL (ART. 30 E 31 DA LEI Nº 9.656/1998)	A existência da contribuição do empregado para o pagamento da mensalidade do plano de saúde, regular e não vinculada à coparticipação em eventos, habilita ao direito de continuar vinculado por determinados períodos ao plano coletivo empresarial, nos casos de demissão sem justa causa ou aposentadoria, observadas as regras para oferecimento, opção e gozo, previstas na Lei e sua regulamentação.	22

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

ESTE GUIA NÃO SUBSTITUI A LEITURA INTEGRAL DO CONTRATO

O Guia de Leitura Contratual é uma exigência da Resolução Normativa 195/2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar.



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

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

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA-HOSPITALAR

A) QUALIFICAÇÃO DA CONTRATADA:

H.B. SAÚDE S/A, operadora de planos de saúde, com sede na Av. José Munia, 6250, Jardim Res. Francisco Fernandes, CEP 15090-275, em São José do Rio Preto/SP, inscrita no CNPJ sob n.º 02.668.512/0001-56, registrada na ANS sob o n.º 35024-9, neste ato representada na forma do seu Estatuto Social.

B) QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE:

BALSAMO CÂMARA MUNICIPAL, órgão público do Poder Legislativo Municipal, com sede na Rua São Paulo, nº 740, Jardim São Domingos, em Bálamo/SP, CEP 15140-000, inscrito no CNPJ sob o nº 51.847.507/0001-16, neste ato representada por seu Presidente.

C) NOME COMERCIAL DO PLANO – CARACTERÍSTICA DO PRODUTO

Este plano é denominado comercialmente de **TOP FLEX 350**, com registro na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS sob o nº **479.900/18-3**.

D) TIPO DE CONTRATAÇÃO:

Plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária.

E) SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE;

A segmentação assistencial assegurada por este contrato é a definida como Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia, que seguirá as exigências dos normativos da Agência nacional de Saúde Suplementar/ANS, bem como o Rol de Procedimentos da Resolução Normativa ANS nº 465 de 24.02.2021 e suas atualizações.

F) ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE:

Nos termos da legislação vigente, os serviços contratados serão prestados na área de abrangência geográfica qualificada como grupo de municípios.

G) ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE:

A área de atuação compreende os Municípios: Auriflama, Araçatuba, Ariranha, Bady Bassitt, Barretos, Bebedouro, Birigui, Buritama, Cajobi, Cardoso, Catanduva, Cedral, Colina, Colômbia, Fernandópolis, General Salgado, Guará, Guapiaçu, Guaraci, Guararapes, Ibirá, Ilha Solteira, Itajobi, Itápolis, Jaci, Jales, José Bonifácio, Macaubal, Meridiano, Mirassol, Monte Aprazível, Neves Paulista, Nhandeara, Nova Granada, Novo Horizonte, Olímpia, Orindiúva, Ouroeste, Palestina, Paulo de Faria, Penápolis, Pereira Barreto, Pindorama, Pitangueiras, Potirendaba, Riolândia, Santa Adélia, Santa Albertina, Santa Fé do Sul, São José do Rio Preto, Sebastianópolis do Sul, Severínia, Sud Mennucci, Suzanápolis, Tanabi, Urupês, Valentim Gentil e Votuporanga, todos localizados no Estado de São

Paulo; Fronteira, Frutal, Itapagipe e Planura, todos localizados no Estado de Minas Gerais; Aparecida do Taboado, Chapadão do Sul, Cassilândia, Costa Rica, Paranaíba e Três Lagoas, todos localizados no Estado de Mato Grosso do Sul.

H) PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

1. O BENEFICIÁRIO terá direito, em caso de internação hospitalar, a cobertura para acomodação coletiva (enfermaria) ou privativa de acordo com o plano contratado.
 - 1.1. Havendo indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou credenciados pelo plano, é garantido ao consumidor o acesso à acomodação, em nível superior, sem ônus adicional.
2. O Beneficiário que optar por internação hospitalar em acomodação superior a seu plano, se tornará direta e unicamente o responsável pelas despesas complementares dos serviços médicos e hospitalares (diferença de acomodação e honorários médicos).
 - 2.1. Os valores da diferença serão acertados diretamente pelo BENEFICIÁRIO com o serviço/hospital e a equipe médica.
3. As internações hospitalares ocorrerão em acomodação coletiva, em quartos de 2 a 3 leitos, sem direito a acompanhantes, exceto nos casos de Beneficiários menores de 18 anos e maiores de 60 anos. As despesas por utilização diversa da acomodação citada correrão por conta do usuário, salvo na hipótese de indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou credenciados da **CONTRATADA**, conforme disposto no artigo 33 da Lei nº 9.656/98.

I) FORMAÇÃO DO PREÇO

Este plano será custeado no regime de preço preestabelecido, onde o valor da contraprestação pecuniária é calculado pela **CONTRATADA** antes da utilização das coberturas contratadas.

CLÁUSULA I – ATRIBUTOS DO CONTRATO

1. O objeto do presente Contrato é a cobertura de assistência à saúde a preço preestabelecido, de forma continuada, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, assistência à saúde pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos dentro da rede credenciada ou referenciada, visando a assistência médica e hospitalar abrangendo a prestação de serviços exclusivamente na sua área de atuação.
2. O presente contrato é de adesão, bilateral, gerando direitos e obrigações para as partes, conforme dispõe o Código Civil Brasileiro, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

CLÁUSULA II – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

1. Plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à **CONTRATANTE** por relação empregatícia ou estatutária.

2. Podem ser inscritos, também como Beneficiários Titulares, as pessoas que comprovem um dos seguintes vínculos com a **CONTRATANTE**:
 - 2.1. Os sócios da **CONTRATANTE**;
 - 2.2. Os administradores da **CONTRATANTE**;
 - 2.3. Os agentes políticos;
 - 2.4. Os estagiários e menores aprendizes;
 - 2.5. Os trabalhadores temporários.
3. Podem ser inscritos pelo Titular, como Beneficiários Dependentes, a qualquer tempo, mediante a comprovação dos seguintes vínculos:
 - 3.1. O cônjuge;
 - 3.2. O companheiro, havendo união estável na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial.
 - 3.3. Os filhos, enteados, tutelados, menores sob guarda e netos com até 29 anos incompletos, desde que solteiros;
4. A adesão do grupo familiar dependerá da participação do Titular no plano privado de assistência à saúde.
5. Fica assegurado à **CONTRATADA** o direito de exigir a qualquer tempo, da **CONTRATANTE** a comprovação da relação de dependência aqui especificada, bem como da elegibilidade do beneficiário.
6. 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 preexistente, ou aplicação de cobertura parcial temporária ou agravo, desde que inscrito no prazo máximo de trinta dias do nascimento ou da adoção.
7. 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.
8. As exclusões de Beneficiários deverão ser comunicadas pela **CONTRATANTE**, por escrito, até o dia de vencimento da fatura, para que a exclusão seja efetuada até vencimento mensal subsequente, quando então deverão ser devolvidas as respectivas carteiras de identificação.

CLÁUSULA III – COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

1. Respeitados os prazos de carência, as exclusões e as coberturas estabelecidas neste contrato, o **CONTRATANTE** terá cobertura para as despesas ambulatoriais, hospitalares, exames complementares e serviços auxiliares listados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, através do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, relacionados às doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde (CID 10), bem ainda de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) e as Diretrizes Clínicas (DC) que definem critérios para a obrigatoriedade de cobertura de procedimentos listados no Rol de Procedimentos

editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar /ANS, previstas em Instrução Normativa da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos DIPRO de referida agência reguladora, publicada especificamente para este fim.

2. A participação de profissional médico anestesiológico nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento terá cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínica.
3. Está garantida, ainda, a cobertura para os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho.
4. A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais priorizará o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando-se a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e de acordo com indicação do médico assistente.
5. Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10ª Revisão – CID – 10, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões autoinfligidas, estão obrigatoriamente cobertos.
6. O atendimento, dentro da segmentação e da área de abrangência estabelecida no contrato, está assegurado independentemente do local de origem do evento.
7. COBERTURAS AMBULATORIAIS EM UNIDADES DA REDE REFERENCIADA PELA CONTRATADA:
 - 7.1. Ao BENEFICIÁRIO serão asseguradas as coberturas com despesas decorrentes de cirurgias ambulatoriais que não necessitem de internação hospitalar, consultas médicas, exames clínicos e laboratoriais, bem como terapias, conforme relacionado a seguir:
 - 7.2. Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, aptas a atender as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM;
 - 7.3. Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente ou cirurgião dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar;
 - 7.4. Procedimentos de reeducação e reabilitação física em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente;
 - 7.5. Consultas e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo, de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, conforme indicação do médico assistente.
 - 7.6. Psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, conforme Diretrizes de Utilização, que

poderão ser realizados tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitados;

7.7. Atendimentos nos casos de planejamento familiar, incluindo:

- atividades educacionais;
- consultas de aconselhamento para planejamento familiar;
- atendimento clínico;
- sulfato de DEHIDROEPIANDROSTERONA (SDHEA);
- implante de dispositivo intrauterino (DIU) hormonal incluindo o dispositivo.

7.8. Os seguintes procedimentos, considerados especiais:

- Hemodiálise e diálise peritoneal;
- Quimioterapia oncológica ambulatorial;
- Radioterapia;
- procedimentos de hemodinâmica ambulatorial;
- Hemoterapia ambulatorial;
- Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

7.9. Medicamentos registrados/regularizados na ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos para a segmentação ambulatorial;

8. COBERTURAS HOSPITALARES EM UNIDADES DA REDE REFERENCIADA PELA CONTRATADA:

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

8.2. Internações hospitalares clínicas e/ou cirúrgicas, bem como o acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional, na indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou contratados pelo plano e internações em Centro de Terapia Intensiva ou similar;

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

8.4. Toda e quaisquer taxas, incluindo materiais utilizados, assim como a remoção do paciente, quando comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, em território brasileiro, dentro dos limites da abrangência geográfica prevista no contrato;

8.5. Remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro;

8.6. O BENEFICIÁRIO que opte por internação hospitalar em acomodação privativa terá direito à cobertura de despesas de diária(s) de 1 (um) acompanhante, no local da internação, excetuado os casos de CTI ou similar;

8.7. O BENEFICIÁRIO que opte por internação hospitalar em acomodação coletiva (enfermaria)

terá direito à cobertura de despesas de diária(s) de 1 (um) acompanhante, no caso de paciente menor de 18 (dezoito) anos e com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente, no local da internação, excetuado os casos de CTI ou similar;

- 8.8. Exames complementares indispensáveis ao controle da evolução da doença e à elucidação diagnóstica, realizados durante o período de internação hospitalar;
- 8.9. Fornecimento de medicamentos nacionais e nacionalizados, anestésicos, gases medicinais e transfusões, conforme prescrição do médico assistente, ministrados durante o período de internação hospitalar;
- 8.10. atendimentos nos casos de planejamento familiar incluindo o seguinte procedimento: sulfato de DEHIDROEPIANDROTERON A (SDHEA);
- 8.11. Os seguintes procedimentos, considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:
 - Hemodiálise e diálise peritoneal;
 - Quimioterapia oncológica ambulatorial;
 - Procedimentos radioterápicos ambulatorial e hospitalar;
 - Hemoterapia;
 - Nutrição enteral ou parenteral;
 - Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
 - Embolizações e radiologia intervencionista;
 - Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
 - Procedimentos de reeducação e reabilitação física;
- 8.12. Cirurgia plástica reparadora quando efetuada para restauração de órgãos e funções conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- 8.13. Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer;
- 8.14. Procedimentos bucomaxilofaciais que necessitem de internação hospitalar, realizada por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar;
- 8.15. Estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica;
- 8.16. Transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do

evento, bem como as despesas com os procedimentos necessários à realização do transplante, incluindo, quando couber: despesas assistenciais com doadores vivos, medicamentos utilizados durante a internação, acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção, despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde - SUS. Na hipótese de realização dos referidos transplantes, o associado deverá, obrigatoriamente, estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs, sujeitando-se aos critérios de fila única de espera e de seleção;

9. COBERTURA PARA SAÚDE MENTAL EM UNIDADES DA REDE CREDENCIADA PELA CONTRATADA:

- 9.1. Ao BENEFICIÁRIO serão asseguradas as coberturas das despesas relativas à saúde mental correspondentes ao tratamento de todos os transtornos psiquiátricos codificados na CID-10.
- 9.2. A cobertura hospitalar garantirá por ano de vigência do contrato:
- 9.3. Custeio integral de pelo menos 30 (trinta) dias de internação;
- 9.4. Nas internações psiquiátricas o custeio parcial excepcionalmente poderá ser fixado a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação, por ano de contrato, com coparticipação do Beneficiário de 50% (Cinquenta por cento) observados os tetos estabelecidos nos normativos vigentes;
- 9.5. Esse percentual de coparticipação equivalerá ao máximo admitido por norma editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que estiver vigente à época da contratação do seguro.
- 9.6. A cobertura do tratamento em regime de hospital dia deverá se dar de acordo com as diretrizes estabelecidas nos normativos vigentes.

10. COBERTURA OBSTÉTRICAS.

- 10.1. Procedimentos relativos ao pré-natal e à assistência ao parto e puerpério;
- 10.2. Cobertura de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, e pós-parto imediato;
- 10.3. Cobertura assistencial ao recém-nascido(a), filho(a) natural ou adotivo(a) do BENEFICIÁRIO, durante os 30 (trinta) primeiros dias após o parto sendo vedada qualquer alegação de DLP ou aplicação de CPT ou Agravo.

CLÁUSULA IV – EXCLUSÕES DE COBERTURA

Os serviços abaixo relacionados estão excluídos da cobertura do presente plano de saúde:

1. Tratamento clínico ou cirúrgico experimental: definido como aqueles que empregam medicamentos, produtos para saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país; são considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina ou cujas indicações não constem da bula/manual registrada na ANVISA (uso off-label).
2. Tratamentos odontológicos, exceto cirurgias odontológicas bucomaxilofaciais, que necessitem de ambiente hospitalar e a estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar;

3. Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim: todos aqueles que não visam restauração parcial ou total da função de órgão ou parte do corpo humano lesionada seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita.
4. Inseminação artificial: técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e espermatozoides para alcançar a fertilização, por meio de injeções de espermatozoides intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas.
5. Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética.
6. Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados: aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).
7. Fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS- CONITEC.
8. Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico: prótese como qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido, e órtese qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico os materiais cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico.
9. Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes.
10. Atendimento domiciliar, incluindo aluguel de equipamentos e similares para tratamento domiciliar, materiais e medicamentos para tratamento domiciliar, serviços de enfermagem domiciliar e remoção domiciliar, exceto nos casos de internação domiciliar oferecida pela operadora em substituição à internação hospitalar.
11. Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.
12. Tratamentos para redução de peso em clínicas de emagrecimento, spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais.
13. Clínicas para acolhimento de idosos.
14. Transplantes, à exceção de córnea, rim, bem como dos transplantes autólogos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento.
15. Todo e qualquer procedimento ou evento em saúde que não esteja previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento e que não for comprovada sua eficácia, à luz das ciências da saúde, baseada em evidências científicas e plano terapêutico, ou, existam recomendações pela CONITEC, ou exista recomendação, de, no mínimo, 1 (um) órgão de avaliação de tecnologias que tenha renome internacional, desde que sejam aprovadas também para seus nacionais.

CLÁUSULA V – DURAÇÃO DO CONTRATO

1. O presente Contrato vigorará pelo prazo de 12 meses, contados a partir de 01 de fevereiro de 2023.
2. O contrato será renovado automaticamente, ao término da vigência inicial, por até 10 (dez) anos, na forma dos artigos 106 e 107, da Lei 14.133/2021, sem cobrança de qualquer taxa ou outro valor no ato da renovação, salvo manifestação formal em contrário por qualquer uma das

partes, mediante aviso prévio de 30 (trinta) dias anteriores ao seu vencimento.

3. A prorrogação de que trata este item é condicionada ao ateste, pela autoridade competente, de que as condições e os preços permanecem vantajosos para a administração, permitida a negociação com a Contratada ou a extinção contratual sem ônus para qualquer das partes."

CLÁUSULA VI – PERÍODOS DE CARÊNCIA

1. Os períodos de carências passarão a ser contados a partir da data de inclusão do **BENEFICIÁRIO**. Caso a inclusão seja realizada após o início de vigência deste contrato, será realizada por meio da **CONTRATANTE** nos termos dispostos na cláusula de admissão deste contrato.
2. Caso o número de beneficiários seja inferior a 30 (trinta) deverão ser observados os seguintes prazos de carência:

Alíneas	Prazo	Coberturas
A	24 horas	Acidentes pessoais. Urgência e/ou emergência, na forma da Resolução 13 do CONSU.
B	30 dias	Consultas médicas
C	180 dias	Atenção Multiprofissional (Psicologia, Fonoaudiologia, Nutricionista e Terapia Ocupacional)
D	30 dias	Exames Simples
E	90 dias	Exames Intermediários
F	180 dias	Exames Especiais
G	90 dias	Terapias Básicas Fisioterapia ambulatorial
H	180 dias	Terapias especiais
I	180 dias	Procedimentos Ambulatoriais e Internações (Clínicas, Cirurgias, Hospital dia e Psiquiátricas)
J	300 dias	Partos.

4. Caso o número de beneficiários, vinculados a este contrato, na data de inclusão do beneficiário seja igual ou superior a 30 (trinta) não poderá ser exigido o cumprimento de prazos de carência, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante.

CLÁUSULA VII – DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

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

2. Doenças ou Lesões Preexistentes são aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei nº 9656/1998, o inciso IX do ART 4º da Lei nº 9961/2000 e as diretrizes estabelecidas na Resolução Normativa nº 162/2007.
3. Para informar a existência de doenças e lesões preexistentes, o Beneficiário Titular preencherá o Formulário de Declaração de Saúde acompanhado da Carta de Orientação ao Beneficiário e poderá solicitar um médico para orientá-lo.
4. O beneficiário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados ou referenciados pela **CONTRATADA**, sem qualquer ônus para o beneficiário.
5. Caso o beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da **CONTRATADA**, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus financeiro dessa entrevista.
6. O objetivo da entrevista qualificada é orientar o beneficiário para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.
7. É vedada a alegação de omissão de informação de doença ou lesão preexistente quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário pela **CONTRATADA**, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.
8. Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do beneficiário, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a **CONTRATADA** oferecerá a cobertura parcial temporária, e, dependendo do caso, ser-lhe-á facultada a oferta do agravo. Caso a **CONTRATADA** não ofereça Cobertura Parcial Temporária no momento da adesão contratual, não caberá alegação de omissão de informação na Declaração de Saúde ou aplicação posterior de Cobertura Parcial Temporária ou Agravo.
9. Cobertura Parcial Temporária – CPT é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.
10. Agravo é qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.
11. Na hipótese de Cobertura Parcial Temporária, a **CONTRATADA** somente poderá suspender a

cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta tecnologia e os procedimentos de alta complexidade, quando relacionados exclusivamente à Doença ou Lesão Preexistente.

12. Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no site www.ans.gov.br
13. É vedada à **CONTRATADA** a alegação de Doença ou Lesão Preexistente decorridos 24 meses da data da celebração do contrato ou da adesão ao plano privado de assistência à saúde.
14. Nos casos de Cobertura Parcial Temporária, findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme a segmentação contratada e prevista na Lei nº 9.656/1998.
15. O Agravo será regido por Aditivo Contratual específico, cujas condições serão estabelecidas entre as partes, devendo constar menção expressa a percentual ou valor do Agravo e período de vigência do Agravo.
16. Identificado indício de fraude por parte do beneficiário, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a **CONTRATADA** deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao beneficiário através de Termo de Comunicação ao Beneficiário e poderá solicitar abertura de processo administrativo junto a ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do beneficiário à Cobertura Parcial Temporária.
17. Instaurado o processo administrativo na ANS, à **CONTRATADA** caberá o ônus da prova.
18. A **CONTRATADA** poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do Beneficiário sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão preexistente.
19. A ANS efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação.
20. Se solicitado pela ANS, o Beneficiário deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.
21. Após julgamento, e acolhida à alegação da **CONTRATADA**, pela ANS, o Beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação da constatação da doença e lesão preexistente, pela **CONTRATADA**, bem como será excluído do contrato.
22. Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de doença ou lesão preexistente, bem como a suspensão ou rescisão unilateral do contrato até a publicação, pela ANS, do encerramento do processo administrativo.
23. Não haverá Cobertura Parcial Temporária ou Agravo, nos casos de Doença e Lesão Preexistente, quando o número de participantes for igual ou maior que trinta, para os beneficiários que

formalizarem o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante.

CLÁUSULA VIII – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

1. É obrigatória por parte da **CONTRATADA** a cobertura do atendimento nos casos de:
 - I – urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional; e
 - II – emergência, como tais definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.
2. A **CONTRATADA** garantirá os atendimentos decorrentes de acidentes pessoais, sem restrições, depois de decorridas 24 horas de vigência do contrato.
3. A cobertura será prestada por 12 (doze) horas ou, caso surja a necessidade de internação, por período inferior, para:
 - I – os atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, durante o cumprimento dos períodos de carência;
 - II – os atendimentos de urgência e emergência, quando efetuados no decorrer dos períodos de carência para internação; e
 - III – os casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia ou procedimentos de alta complexidade, relacionados às doenças ou lesões preexistentes.
4. Após cumpridas as carências, haverá cobertura dos atendimentos de urgência e emergência desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções.
5. DA REMOÇÃO
 - 5.1. A remoção do paciente será garantida pela OPERADORA nas seguintes hipóteses:
 - I – para outra unidade de atendimento da rede do plano, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente; e
 - II – para uma unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, quando houver o limite de 12 (doze) horas de atendimento, nas hipóteses citadas acima, e este for atingido ou surgir a necessidade de internação.
 - 5.2. Da Remoção para o SUS:
 - 5.2.1. À **CONTRATADA** caberá o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento.
 - 5.2.2. Quando não puder haver remoção por risco de vida, o **CONTRATANTE** e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade

da assistência, desobrigando-se, assim, a **CONTRATADA** desse ônus.

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

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

6. DO REEMBOLSO

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

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

6.2.1. Relatório do médico assistente, declarando o diagnóstico, tratamento efetuado e data do atendimento.

6.2.2. Conta hospitalar discriminada (incluindo: prescrição e evolução médica, evolução de enfermagem, ficha anestésica, descrição cirúrgica, ficha de controle de gases, dentre outras), relação dos materiais e medicamentos consumidos.

6.2.3. Recibos originais de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, discriminando as funções e o evento a que se referem.

6.2.4. Os comprovantes originais relativos aos serviços de exames laboratoriais, radiodiagnósticos e serviços auxiliares (fisioterapia, inaloterapia, etc.), somente serão reembolsados mediante acompanhamento do pedido do médico que assistiu o usuário.

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

CLÁUSULA IX – ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES

Este contrato não contempla este benefício.

CLÁUSULA X – MECANISMOS DE REGULAÇÃO

1. Para realização das coberturas assistenciais contratadas, os usuários devem observar os mecanismos de regulação adotados pela **CONTRATADA**, para gerenciar e regular a demanda de utilização de serviços prestados.

2. Cartão de Identificação

- 2.1. A **CONTRATADA** fornecerá ao usuário titular e respectivos dependentes o cartão individual de identificação, com prazo de validade, e cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade oficialmente reconhecido, assegura o gozo dos direitos e vantagens deste contrato.
- 2.2. Em caso de exclusão de usuários, rescisão, resolução ou rescisão deste contrato, é obrigação do (a) **CONTRATANTE** devolver os respectivos cartões individuais de identificação.
- 2.3. Ocorrendo a perda ou extravio do cartão individual de identificação, o (a) beneficiário (a) deverá comunicar imediatamente à **CONTRATADA**, por escrito. O custo da emissão de uma segunda via do cartão está descrito na proposta de adesão e é atualizável anualmente.

3. Condições de Atendimento e Autorização Prévia

- 3.1. Os serviços contratados são prestados da seguinte forma:
- 3.2. Consultas Médicas: Os usuários serão atendidos no consultório dos médicos cooperados, indicados na relação divulgada pela **CONTRATADA**, observado o horário normal de seus consultórios e com agendamento prévio. As consultas em pronto socorro na rede credenciada serão prestadas pelo médico que estiver de plantão.
- 3.3. atendimentos ambulatoriais, internações clínicas, cirúrgicas e obstétricas: serão realizados por médicos cooperados nos estabelecimentos de saúde que integram a rede prestadora de serviços da **CONTRATADA**, mediante apresentação da Guia de Proposta de Serviços, emitida pelo médico assistente ou cirurgião dentista, previamente autorizada pela **CONTRATADA** (salvo nas hipóteses de urgência ou emergência);
- 3.4. Os exames complementares e serviços auxiliares: devem ser executados nos prestadores de serviços que integram a rede prestadora de serviços da **CONTRATADA**, mediante apresentação da Guia de Proposta de Serviços, emitida pelo médico assistente ou cirurgião dentista, previamente autorizada pela **CONTRATADA**.
- 3.5. Para realização de procedimentos que necessitem de autorização prévia, o beneficiário, ou quem responda por ele, deve dirigir-se a um escritório de autorização do HB Saúde mais próxima, munido de cartão de identificação do plano, carteira de identidade e a guia com a proposta do procedimento.
- 3.6. Os serviços diagnósticos, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais podem ser solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista, não havendo restrição aos não cooperados.
- 3.7. A **CONTRATADA** garantirá análise e resposta à proposta de procedimentos que necessitam de autorização prévia nos seguintes prazos:
 - 3.7.1. Nos casos em que não seja possível fornecer resposta imediata à solicitação de procedimento e/ou serviço de cobertura assistencial apresentada, a **CONTRATADA** terá o prazo de até 5 (cinco) dias úteis para apresentá-la diretamente ao beneficiário.

- 3.7.2. Nas solicitações de procedimentos de alta complexidade – PAC – ou de atendimento em regime de internação eletiva, **CONTRATADA** terá o prazo de até 10 (dez) dias úteis para apresentação de resposta direta ao beneficiário, informando as medidas adotadas para garantia da cobertura.
- 3.7.3. As solicitações de procedimentos e/ou serviços de urgência e emergência serão autorizadas imediatamente pela operadora, observadas as normas legais e infralegais em vigor.
- 3.7.4. Nos casos de urgência e emergência, o usuário, ou quem responda por ele, terá o prazo de 02 (dois) dias úteis, contados a partir da data de internação, para providenciar a autorização da **CONTRATADA**, sob pena da **CONTRATADA** não se responsabilizar por qualquer despesa.
- 3.8. A **CONTRATADA** poderá divergir da solicitação do médico assistente ou do cirurgião dentista assistente, utilizando-se de Junta Médica, constituída pelo médico solicitante, por um médico da operadora e por um médico-perito desempatador, escolhido pelos outros dois, para dirimir o impasse, sendo os honorários do terceiro médico custeados pela **CONTRATADA**, bem como os honorários do médico solicitante, caso este pertença à rede credenciada.
- 3.9. Os serviços ora contratados são prestados exclusivamente pelos profissionais e entidades constantes na relação divulgada no Guia Médico e através do sítio da **CONTRATADA**. O plano não inclui quaisquer prestadores não integrantes do Guia Médico.
- 3.10. A manutenção da rede hospitalar implica em compromisso com os beneficiários e devem observar as normas abaixo estabelecidas no art. 17 da Lei 9656/98:
- 3.11. É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outro equivalente e mediante comunicação aos beneficiários e à ANS com trinta dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor.
- 3.12. Na hipótese da substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer por vontade da **CONTRATADA** durante período de internação do beneficiário, o estabelecimento obriga-se a manter a internação e a **CONTRATADA**, a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério médico, na forma do contrato.
- 3.13. Nos casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, a **CONTRATADA** arcará com a responsabilidade pela transferência do beneficiário internado para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para o beneficiário.
- 3.14. O redimensionamento da rede hospitalar por redução, somente será promovido após autorização prévia da ANS e posteriormente será comunicado aos beneficiários e ao **CONTRATANTE**.

4. Coparticipação

- 4.1. Coparticipação é a participação na despesa assistencial a ser paga pela **CONTRATANTE** e/ou

pelo beneficiário, diretamente à operadora, após a realização de procedimento

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

4.3. Segmento Ambulatorial

Alínea	Módulo	Descrição	Valor por evento
A	Consultas e Sessões	Consultas eletivas e de urgência ou Emergência, Sessões de Acupuntura, Psicologia, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional e Nutrição.	R\$ 35,00
B	Exames Laboratoriais	Exames laboratoriais exceto os indicados na Alínea G	R\$ 5,00
C	Exames Simples	Raio-X Simples (Crânio e Face, Coluna Vertebral, Esqueleto-Torácico, Bacia e Membros Inferiores e Órgãos Internos do Tórax) Eletrocardiograma. Eletroencefalograma e de Tisipneumologia	R\$ 12,00
D	Exames Especiais	Ultrassonografia, Mamografia, Densitometria, Endoscopia Digestiva e Peroral, Alergologia, Exames genéticos, Neurologia Digital, PH Metria, Anatomia Patológica, Raio X Contrastados (aparelho digestivo e Geniturinário) Exames Otorrinolaringologia, Oftalmológicos e Exames Cardiológicos (holter, Ecocardiograma, MAPA e Teste Ergométrico)	R\$ 20,00
E	Terapias e Sessões	Fisioterapia motora e neurológica	R\$ 5,00
F	Proced. Ambulatorial	Laringoscopia, Procedimentos Dermatológicos, Ginecológicos, Oftalmológicos e de Cirurgia Plástica Reparadora.	R\$ 25,00
G	Exames de alto custo	Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Medicina Nuclear, Polissonografia, Neuroradiologia, Radiologia intervencionista, Exames de Diagnose Ginecológica, Angiografias, Acilcarnitinas – Perfil quantitativo e/ou qualitativo, Análise molecular de DNA para doenças genéticas, Avidéz de IgG para toxoplasmose, Biópsia Percutânea a vácuo guiada por Raio X ou US (mamotomia), Citomegalovirus – qualitativo por PCR, D-Dímero, Eletroroforese de proteínas de alta resolução, Fator V Leiden, análise de mutação, Galactose-1-fosfato uridiltransferase, Hepatite B – teste quantitativo, Hepatite C – genotipagem, HIV – genotipagem, Imunofixação para proteínas, Inibidor dos fatores da hemostasia Succinil acetona, Técnicas citogenéticas moleculares - FISH (<i>fluorescence in situ hybridization</i>), Teste de inclinação ortostática (Tilt Test), X-frágil, análise molecular e os não relacionados nos itens anteriores	R\$ 60,00
H	Terapias	Sessões de Câmara Hiperbárica e Terapias Neurológicas	R\$ 80,00

	Especiais	(Método Ayres, Bobath, Cuevas Medeck, Denver, M.I.G., Pediasuit, RTA, TEA, Teacch, Treini e Equoterapia)	
--	-----------	--	--

4.4. O percentual de coparticipação referente a realização de procedimentos psiquiátricos está disposto na cláusula Terceira, item 9, alíneas “9.4” e “9.5” deste instrumento contratual.

4.4.1. A coparticipação nas hipóteses de internações psiquiátricas somente poderá ser exigida quando ultrapassados 30 dias de internação contínuos ou não, nos 12 meses de vigência.

4.5. Os valores a título de coparticipação serão reajustados anualmente, conforme disposições estabelecidas na Cláusula de Reajuste.

5. SERVIÇOS PRÓPRIOS E REDE CREDENCIADA

5.1. Será fornecida ao beneficiário uma relação contendo os dados dos prestadores de serviços próprios e credenciados pela **CONTRATADA**, obedecidas as regras que disciplinam o atendimento dos mesmos, sendo que os beneficiários com mais de 60 (sessenta anos), as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até 05 (cinco) anos possuem privilégios na marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos em relação aos demais beneficiários.

5.2. A relação contendo os dados dos prestadores de serviços próprios e credenciados da **CONTRATADA** terá suas atualizações disponíveis na sede da Contratada, através do serviço de teleatendimento ou por meio da internet.

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

5.4. A substituição da entidade hospitalar seja por outra equivalente e mediante comunicação aos consumidores e à ANS com trinta dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo, os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor;

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

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

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

CLÁUSULA XI – FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

1. O valor a ser pago pela cobertura assistencial contratada é preestabelecido.
2. A responsabilidade pelo pagamento total da contraprestação pecuniária será da pessoa jurídica contratante, salvo os casos dos artigos 30 e 31, da Lei 9656/98.
3. A **CONTRATANTE** obriga-se a pagar à **CONTRATADA**, em pré-pagamento, os valores relacionados, por beneficiário, para efeito de inscrição e mensalidade, através da emissão de faturas.

FAIXA ETÁRIA	Valor Per Capita
00 a 18 anos	R\$ 97,02
19 a 23 anos	R\$101,87
24 a 28 anos	R\$ 112,06
29 a 33 anos	R\$ 123,26
34 a 38 anos	R\$ 135,59
39 a 43 anos	R\$ 155,93
44 a 48 anos	R\$ 232,43
49 a 53 anos	R\$ 353,15
54 a 58 anos	R\$ 406,12
59 anos acima	R\$ 556,39

4. As mensalidades serão pagas pela **CONTRATANTE**, na forma de pré-pagamento, da seguinte forma: a primeira mensalidade será paga no dia 10/02/2023 e as demais, a partir de março de 2023, todo dia 10 de cada mês, sempre por intermédio de faturas mensais, onde estarão registrados os vencimentos correspondentes. Ressalvadas as hipóteses previstas nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/1998.
5. Quando a data de vencimento cair em dia que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser realizado até o primeiro dia útil subsequente.
6. As faturas emitidas pela **CONTRATADA** serão baseadas na comunicação de movimentação de pessoal enviada pela **CONTRATANTE**. A fatura se baseará nos dados disponíveis, realizando-se os acertos nas faturas subsequentes.
7. Se a **CONTRATANTE** não receber documento que possibilite realizar o pagamento de sua obrigação até cinco dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente à **CONTRATADA**, para que não se sujeite a consequência da mora.
8. Ocorrendo impontualidade no pagamento da mensalidade, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso, além de multa de 2% (dois por cento) e correção monetária pela variação do IPCA.
9. Será cobrado, junto a fatura mensal, o valor de R\$ 15,00 (quinze reais) pela emissão de cada uma das carteiras de identificação de usuário

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

CLÁUSULA XII – REAJUSTE

1. Caso o número de beneficiários, vinculados a este produto seja inferior a 30 (trinta) deverão ser observados os seguintes critérios de reajuste:

1.1. Da apuração da quantidade de beneficiários.

1.1.1. A **CONTRATADA** deverá proceder o agrupamento com todos os seus contratos coletivos com menos de 30 (trinta) beneficiários para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento.

1.1.2. A apuração da quantidade de beneficiários do contrato deverá levar em conta todos os planos a ele vinculados.

1.1.3. A primeira data a ser considerada para a apuração da quantidade de beneficiários será a da assinatura do contrato e as datas seguintes a serem consideradas, corresponderá ao mês de aniversário do contrato.

1.1.4. Será considerado um contrato agregado ao agrupamento àquele que possuir quantidade de beneficiários estabelecida para a formação do agrupamento na data prevista no item 1.1.3 desta cláusula, ainda que ocorra posterior variação da quantidade de beneficiários.

1.1.5. Caso a quantidade de beneficiários do contrato agregado seja superior à quantidade estabelecida para a formação do agrupamento na data prevista no item 1.1.3 desta cláusula, esse contrato ficará desagregado do agrupamento.

1.1.6. Em se tratando de contrato firmado entre a operadora e a administradora de benefícios na condição de estipulante, para a apuração da quantidade de beneficiários, a operadora deverá levar em conta todos os beneficiários vinculados ao contrato com a administradora.

1.1.7. Em se tratando de administradora de benefícios na condição de prestadora de serviços para a pessoa jurídica contratante, para a apuração da quantidade de beneficiários, a operadora deverá levar em conta os beneficiários vinculados a cada contrato firmado.

1.1.8. O contrato pode perder a condição de agregado ao agrupamento caso posteriormente, deixe de possuir o número elegível para o agrupamento.

1.2. Da aplicação do reajuste:

1.2.1. Após a apuração da quantidade de beneficiários por contrato, a **CONTRATADA** calculará um único percentual de reajuste, que deverá ser aplicado para todo o agrupamento dos seus contratos coletivos, independentemente do plano contratado.

1.2.2. O percentual de reajuste calculado para o agrupamento de contratos será determinado no mês de fevereiro de cada ano para ser aplicado no período que vai do mês de maio ao mês de abril do ano subsequente, sempre no aniversário do contrato.

1.2.3. O valor do percentual do reajuste calculado para o agrupamento de contratos deverá ser único, sendo vedado qualquer tipo de variação.

1.2.4.O percentual de reajuste somente será aplicado aos contratos agregados ao agrupamento considerando a data do seu último aniversário ou, na hipótese de inexistência dessa data, se foram agregados ao agrupamento no momento de sua assinatura.

1.3. Dos critérios para cálculo de reajuste:

1.3.1. Nos termos da legislação vigente, os valores das mensalidades serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do Índice máximo divulgado pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar).

1.3.2. Adicionalmente os valores das mensalidades serão reajustados anualmente, caso seja verificado o desequilíbrio econômico atuarial do AGRUPAMENTO dos contratos.

1.3.3. O desequilíbrio é constatado quando o nível de sinistralidade da carteira do AGRUPAMENTO de contrato, ultrapassar o índice de 60% (Sm), cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 meses consecutivos, anteriores à data base da aplicação.

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

$$R = (Sagr/SM) - 1$$

Onde:

Sagr – Sinistralidade apurada no período (Mínimo de 12 meses) do AGRUPAMENTO de contratos.

Sm – Meta de Sinistralidade expressa em contrato = 60 %

1.5. Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, previsto no item 1.3.3 o mesmo deverá ser procedido de forma complementar ao especificado no item 1.3.1 e na mesma data, de forma a garantir a anualidade dos reajustes.

2. Caso o número de beneficiários, vinculados a este produto seja igual ou superior a 30 (trinta) deverão ser observados os seguintes critérios de reajuste:

2.1. Nos termos da legislação vigente, os valores das mensalidades serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do Índice máximo divulgado pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar).

2.2. Adicionalmente os valores das mensalidades serão reajustados anualmente, caso seja verificado o desequilíbrio econômico atuarial do contrato.

2.3. O desequilíbrio é constatado quando o nível de sinistralidade da carteira ultrapassar o índice de 60% (Sm), cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 meses consecutivos, anteriores à data base de aniversário.

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

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

Onde:

S – Sinistralidade apurada no período (Mínimo de 12 meses)

Sm - Meta de Sinistralidade expressa em contrato = 60 %

2.5 Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, previsto no item 2.3 o mesmo deverá ser procedido de forma complementar ao especificado no item 2.1 e na mesma data, de forma a garantir a anualidade dos reajustes.

3. Aspectos Gerais

3.1. Na hipótese de descontinuidade do índice estabelecido nos itens 1.3.1 e 2.1, será estipulado novo índice mediante instrumento específico.

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

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

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

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

3.6 O percentual de reajuste será aplicado nas mensalidades, coparticipação e demais taxas constantes neste instrumento.

CLÁUSULA XIII – FAIXAS ETÁRIAS

1. Em havendo alteração de faixa etária de qualquer BENEFICIÁRIO inscrito no presente Contrato, a contraprestação pecuniária será majorada no mês subsequente ao da ocorrência, de acordo com os percentuais da tabela abaixo, que se acrescentarão sobre o valor da última contraprestação pecuniária, observadas a seguintes condições:

2. O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a 06 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária;

3. A variação acumulada entre a 7ª (sétima) e a 10ª (décima) faixa não poderá ser superior à variação acumulada entre a 1ª (primeira) e a 7ª (sétima) faixa.

4. PERCENTUAIS DE AUMENTO POR FAIXA ETÁRIA:

FAIXA ETÁRIA	VARIAÇÃO
00 a 18 anos	Não incide
19 a 23 anos	5,00%

24 a 28 anos	10,00%
29 a 33 anos	9,99%
34 a 38 anos	10,00%
39 a 43 anos	15,00%
44 a 48 anos	49,06%
49 a 53 anos	51,94%
54 a 58 anos	15,00%
59 anos acima	37,00%

CLÁUSULA XIV – BÔNUS – DESCONTOS

1. Não estão previstos neste contrato.

CLÁUSULA XV – REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

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

1. A **CONTRATADA** assegura ao beneficiário titular que contribuir para o plano privado de assistência à saúde no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho, sem justa causa, ou aposentadoria, o direito de manter sua condição de beneficiário – e dos beneficiários dependentes inscrito no plano – nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma junto à **CONTRATADA** o pagamento integral das mensalidades, conforme disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656, de 1998.
2. O período de manutenção da condição de beneficiário para ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa será de um terço do tempo de contribuição ao plano, ou sucessor, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses.
3. O período de manutenção da condição de beneficiário para o ex-empregado aposentado será:
 - 3.1. Indeterminado, se o ex-empregado contribuiu para o plano pelo prazo mínimo de dez anos; ou
 - 3.2. A razão de um ano para cada ano de contribuição, se o ex-empregado contribuiu por período inferior a dez anos.
4. A manutenção da condição de beneficiário está assegurada a todos os dependentes do beneficiário demitido ou aposentado inscritos quando da vigência do contrato de trabalho, podendo o direito ser exercido individualmente pelo ex-empregado ou com parte do seu grupo familiar;
5. O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado deve optar pela manutenção do benefício no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da comunicação inequívoca do empregador sobre a opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho formalizada no ato da concessão do aviso prévio, a ser cumprido ou indenizado, ou da comunicação da aposentadoria.

6. A **CONTRATANTE** se compromete a apresentar para a **CONTRATADA**, no momento da solicitação de exclusão, documento escrito com opção sobre a manutenção ou não da condição de beneficiário do seu empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou, ainda, aposentado.
7. A **CONTRATANTE** declara ciência de que a não apresentação do documento mencionado no item 6, pode sujeitar a **CONTRATADA** a penalidades pecuniárias aplicadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar/ANS.
8. A **CONTRATANTE** também declara que assume a responsabilidade financeira caso a **CONTRATADA** receba penalidade pecuniária devido a não apresentação do documento mencionado no item 6.
9. O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado poderá incluir novo cônjuge e filhos no período de manutenção da condição de beneficiário;
10. Em caso de morte do ex-empregado demitido, durante o período de manutenção, o direito de permanência no plano é assegurado aos dependentes inscritos no plano, nos termos do disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656, de 1998.
 - 10.1. Em caso de morte do empregado aposentado e que continuou trabalhando na mesma empresa e veio a falecer antes do exercício do direito de manutenção, é assegurado aos dependentes inscritos no plano o direito de permanência, nos termos do artigo 31 da Lei n.º 9656/98
11. O direito de manutenção assegurado ao beneficiário demitido ou aposentado não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas ou acordos coletivos de trabalho;
12. A condição de beneficiário deixará de existir:
 - 12.1. Pelo decurso dos prazos de manutenção previstos nesta cláusula; ou
 - 12.2. Pela admissão do beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado em novo emprego considerado novo vínculo profissional que possibilite o ingresso do ex-empregado em um plano de assistência à saúde coletivo empresarial, coletivo por adesão ou de autogestão;
 - 12.3. Pelo cancelamento pelo empregador do benefício do plano privado de assistência à saúde concedido aos seus empregados ativos e ex-empregados.
13. É assegurado ao ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado ou seus dependentes vinculados ao plano, durante ou após o período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656, de 1998, o direito de exercer a portabilidade de carências.
14. Ao empregado aposentado que continua trabalhando na mesma empresa e dela vem a se desligar é garantido o direito de manter sua condição de beneficiário nos termos do disposto no artigo 31 da Lei nº 9656, de 1998.

15. Do cancelamento do benefício do plano privado de assistência à saúde.

15.1. No caso de cancelamento do benefício do plano privado de assistência à saúde oferecido aos empregados e ex-empregados da **CONTRATANTE**, os beneficiários poderão optar, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o cancelamento do benefício, em ingressar em um plano Individual ou Familiar da Contratada, sem a necessidade do cumprimento de novos prazos de carência, desde que:

15.1.1. A contratada disponha de um plano individual ou familiar;

15.1.2. O beneficiário titular se responsabilize pelo pagamento de suas mensalidades e de seus dependentes;

15.1.3. O valor da mensalidade corresponderá ao valor da Tabela Vigente na data de adesão ao plano Individual Familiar;

15.1.4. Incluem-se no universo de beneficiários todo o grupo familiar vinculado ao beneficiário titular.

CLÁUSULA XVI – CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

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

2. Perda da qualidade de beneficiário titular:

2.1. Pela rescisão do presente contrato;

2.2. Pela perda do vínculo com a pessoa jurídica contratante, ressalvadas as condições previstas nos artigos nº 30 e nº 31 da Lei nº 9.656/98;

2.3. Fraude praticada pelo beneficiário titular, apurada de acordo com a legislação vigente.

3. Perda da qualidade de beneficiário dependente:

3.1.1. Pela perda da condição de dependência prevista nas condições gerais deste contrato;

3.1.2. A pedido do beneficiário titular;

3.1.3. Fraude praticada pelo beneficiário dependente, apurada de acordo com a legislação vigente.

4. Caberá tão-somente à pessoa jurídica contratante solicitar a suspensão ou exclusão de beneficiários.

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

5.1. Fraude;

5.2. Por perda do vínculo do titular com a pessoa jurídica contratante, ou de dependência, previstos neste contrato, ressalvado o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/1998.

CLÁUSULA XVII – RESCISÃO/SUSPENSÃO

1. Caberá a **CONTRATANTE** solicitar a suspensão ou exclusão de **BENEFICIÁRIOS**.

2. O atraso do pagamento das mensalidades superior a 10 (dez) dias, implicará na suspensão, a critério da **CONTRATADA**, desde que o **CONTRATANTE** seja comprovadamente notificado.
3. A **CONTRATADA** apenas poderá excluir ou suspender a Assistência a Saúde dos beneficiários sem a anuência da **CONTRATANTE**, nas seguintes hipóteses:
 - 3.1. Fraude; ou
 - 3.2. Por perda dos vínculos do titular previstos no Artigo 5º da Resolução Normativa nº 195/2009 da Agência Nacional de Saúde Suplementar/ANS, ressalvado o disposto nos Artigos 30 e 31 da Lei nº 9656/98.
4. A **CONTRATANTE** extinguir o contrato se ocorrer alguma das hipóteses previstas no artigo 137, da Lei 14.133/2021, aplicável a este contrato.
5. O não pagamento de 01 (uma) fatura mensal, por período superior a 30 (trinta) dias, ensejará a imediata rescisão **contratual por culpa da CONTRATANTE, independentemente de qualquer notificação** ou interpelação prévia.
6. Na hipótese de denúncia imotivada do contrato, pelo **CONTRATANTE**, nos primeiros 12 (doze) meses de vigência do instrumento, este se obriga a pagar à **CONTRATADA** o valor equivalente a 30% (trinta por cento) da última fatura, multiplicado pelo número de meses que faltam para se completar a vigência inicial, ou seja, até o 12º mês.
7. O presente contrato poderá ser rescindido imotivadamente por qualquer das partes após a vigência do período de 12 meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.
8. Ocorrendo a rescisão do contrato de trabalho mantido pela **CONTRATANTE** com o Beneficiário Titular, este e os respectivos Beneficiários Dependentes serão excluídos do atendimento previsto no presente contrato.
9. Na hipótese de redução do número de usuários ficar abaixo do limite estabelecido na cláusula Condições de Admissão, a **CONTRATADA** poderá, a seu critério, manter vigência temporária adicional, para que seja reconstituído o mínimo contratualmente estabelecido. Caberá a (o) **CONTRATANTE** pagar o equivalente à média per capita das mensalidades, multiplicada pelo número de usuários faltantes. Considera-se, o número de usuários constante na primeira fatura.

CLÁUSULA XVIII – DISPOSIÇÕES GERAIS

1. Integram este contrato, para todos os fins de direito, a Proposta de Admissão assinada pelo (a) Contratante, o Manual da Rede Credenciada, o Cartão Individual de Identificação, Entrevista Qualificada, Exame Médico, quando for o caso, a Declaração de Saúde do titular e dependentes e a Carta de Orientação ao Beneficiário, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS) e o Guia de Leitura Contratual (GLC).
2. O (A) **CONTRATANTE** reconhece expressamente que seu vínculo contratual é apenas com a **CONTRATADA**.

3. O (A) **CONTRATANTE**, por si e por seus beneficiários dependentes, autoriza a **CONTRATADA** a prestar todas as informações cadastrais solicitadas pelos órgãos de fiscalização da assistência à saúde, respeitados os normativos referentes ao sigilo médico.
4. Qualquer tolerância por parte da **CONTRATADA** não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.
5. A **CONTRATADA** não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelos beneficiários com médicos, hospitais ou entidades contratadas ou não. Estas despesas correrão por conta exclusiva do beneficiário.
6. A **CONTRATADA** fornecerá aos beneficiários o **CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO**, cuja apresentação deverá estar acompanhada de documento de identidade legalmente reconhecido, que assegura a fruição dos direitos e vantagens deste contrato.
7. Ocorrendo a perda ou extravio do **CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO**, o(a) **CONTRATANTE** deverá participar, por escrito, o fato à **CONTRATADA**, para o cancelamento ou, quando for o caso, a emissão de segunda via mediante pagamento do custo de nova carteira de identificação no valor de R\$ 15,00 (quinze reais), sendo que o cancelamento só terá validade quando reconhecido por escrito, pela **CONTRATADA**.
8. É obrigação do (a) **CONTRATANTE**, na hipótese de rescisão, resolução ou rescisão deste contrato, ou ainda, da exclusão de algum beneficiário, devolver os respectivos cartões de identificação, caso contrário poderá responder pelos prejuízos resultantes do uso indevido desses documentos.
9. Considera-se uso indevido a utilização desses documentos para obter atendimento, mesmo que na forma contratada, pelos beneficiários que sabiam da perda desta condição por exclusão ou término do contrato, ou, por terceiros, que não sejam beneficiários, se comprovada a má-fé do beneficiário que emprestou seu cartão a outrem.
10. Nestas condições, o uso indevido do cartão de identificação de qualquer beneficiário, ensejará pedido de indenização por perdas e danos, bem como a exclusão do beneficiário do plano.
11. As reclamações ou sugestões sobre qualquer um dos serviços prestados devem ser encaminhadas por escrito à **CONTRATADA**.

CLÁUSULA XIX – DA PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS E DO CONSENTIMENTO AO TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS E DADOS PESSOAIS SENSÍVEIS

1. No desenvolvimento de quaisquer atividades relacionadas com a execução deste contrato, as partes se comprometem a observar o arcabouço legal que trata da proteção de dados pessoais, empenhando-se em diligenciar, na parte que lhe couber, para o devido cumprimento da legislação.
2. A **CONTRATADA** disponibiliza em seu site institucional a Política de Privacidade da operadora que está disponível para acesso pela **CONTRATANTE** e/ou seus Titulares de dados.

3. As partes declaram, por este instrumento, que cumprem toda a legislação aplicável sobre privacidade e proteção de dados, inclusive (sempre e quando aplicáveis) a Constituição Federal, o Código de Defesa do Consumidor, o Código Civil, o Marco Civil da Internet (Lei Federal n.12.965/2014), seu decreto regulamentador (Decreto 8.771/2016), a Lei Geral de Proteção de Dados (Lei Federal n. 13.709/2018), e demais normas setoriais ou gerais sobre o tema.
4. As partes deverão manter sigilo em relação aos dados pessoais tratados em virtude deste contrato, garantindo que todas as pessoas autorizadas a tratar tais dados estejam sujeitas ao dever de confidencialidade, bem como instruídas e capacitadas para o tratamento de dados pessoais.
5. A **CONTRATANTE** deverá comunicar a **CONTRATADA** caso receba alguma requisição dos beneficiários de sua carteira referente aos direitos dos titulares de dados previstos na legislação.
6. As partes se comprometem a tratar os dados pessoais sensíveis que lhe forem confiados ou que eventualmente sejam tratados na relação direta com o titular dos dados em estrita observância das regras específicas previstas na Lei nº 13.709/2018 (“LGPD”).
7. As partes se comprometem a tratar os dados pessoais de crianças e adolescentes – observadas as conceituações previstas no artigo 3º do Estatuto da Criança e do Adolescente – sempre em seu melhor interesse, colhendo, quando aplicável o consentimento de, ao menos, um dos pais ou responsável legal, em observância ao disposto no artigo 14 da Lei nº 13.709/2018 (“LGPD”).
8. A **CONTRATADA** se resguarda no direito de não coletar consentimento dos pais ou responsáveis em caso de emergência ante a prevalência da obrigação de socorro e direito à vida do indivíduo frente as regras de proteção de dados pessoais vigentes no momento de eventual emergência.
9. Em caso de incidente de acesso indevido, não autorizado e do vazamento ou perda de dados relacionados a beneficiários deste contrato a parte responsável pela ocorrência deverá enviar comunicação, por escrito, à outra parte.
10. Caso a **CONTRATADA** seja demandada por qualquer pessoa, autoridade ou entidade, pública ou privada, em razão de vazamento de dados que estavam sob responsabilidade da **CONTRATANTE**, fica garantido à **CONTRATADA** o direito de chamamento ao processo, ou denúncia à lide, nos termos do Código de Processo Civil.
11. Ao término da relação contratual entre as partes, essas se obrigam a conservar os dados apenas durante o período necessário à prossecução das finalidades da recolha ou do tratamento posterior.
12. Não obstante o beneficiário tenha direito de requerer o apagamento, anonimização ou de solicitar qualquer outra providência que demande a abstenção do tratamento de dados pessoais do beneficiário pela **CONTRATADA**, eventual requisição do Titular de dados não poderá ser atendida caso o tratamento estiver sendo realizado de maneira lícita ou tiver como finalidade atender a uma obrigação legal ou regulatória.
13. Para a prestação do serviço contratado, a **CONTRATADA** se vale de uma rede de prestadores de

serviços, entre eles hospitais, clínicas, laboratórios entre outras empresas - com as quais a **CONTRATADA** realizará o compartilhamento dos dados pessoais dos beneficiários – sem prejuízo dos compartilhamentos realizados em razão de obrigação legal ou regulatória – o qual será feito sempre no melhor interesse dos beneficiários e nos estritos limites e finalidades dispostos neste instrumento.

14. Os Beneficiários Titulares, por si e na qualidade de representante legal dos dependentes a ele vinculados, outorga o seu CONSENTIMENTO para o tratamento dos dados pessoais, sensíveis ou não, para a necessária execução deste contrato, para a defesa dos interesses da **CONTRATADA**, em processos judiciais ou administrativos e para a proteção do crédito.
15. Os beneficiários poderão realizar a requisição dos direitos garantidos pela legislação, de forma gratuita, por meio dos canais disponibilizados pelas partes contratantes.
16. São adotadas as seguintes definições:
 - 16.1. ACIDENTE PESSOAL: é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só, e independentemente de toda e qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico.
 - 16.2. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE/ANS: autarquia sob regime especial vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem a saúde suplementar.
 - 16.3. AGRAVO DA CONTRAPRESTAÇÃO: qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carência contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.
 - 16.4. ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA: área em que a operadora se compromete a garantir todas as coberturas de assistência a saúde contratadas pelo beneficiário.
 - 16.5. ATENDIMENTO ELETIVO: termo usado para designar os atendimentos médicos que podem ser programados, ou seja, que não são considerados de urgência e emergência.
 - 16.6. ATENDIMENTO OBSTÉTRICO: todo atendimento prestado à gestante, em decorrência da gravidez, parto, aborto e suas consequências.
 - 16.7. BENEFICIÁRIO: pessoa física, titular ou dependente, que possui direitos e deveres definidos em contrato assinado com a operadora de plano privado de saúde, para garantia da assistência médico-hospitalar e/ou odontológica.
 - 16.8. CÁLCULO ATUARIAL: é o cálculo com base estatística proveniente da análise de informações sobre a frequência de utilização, perfil do associado, tipo de procedimento, efetuado com vistas a manutenção do equilíbrio técnico financeiro do plano e definição de mensalidades a serem cobradas dos beneficiários pela contraprestação.

- 16.9. **CARÊNCIA:** período corrido e ininterrupto, contado a partir da data de início da vigência do contrato, durante o qual o contratante paga as contraprestações pecuniárias, mas ainda não tem acesso a determinadas coberturas previstas no contrato.
- 16.10. **CID-10:** é a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 11ª revisão.
- 16.11. **COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT):** aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes – DLP declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal por ocasião da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.
- 16.12. **COPARTICIPAÇÃO:** é a participação na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário diretamente à operadora, após a realização de procedimento.
- 16.13. **CONSENTIMENTO:** manifestação livre, informada e inequívoca pela qual o beneficiário titular concorda com o tratamento de seus dados pessoais para a execução do presente instrumento;
- 16.14. **CONSULTA:** é o ato realizado pelo médico que avalia as condições clínicas do beneficiário.
- 16.15. **DADOS PESSOAIS:** qualquer informação relativa a uma pessoa singular identificada ou identificável (“TITULAR ou TITULAR DOS DADOS”); é considerada identificável uma pessoa singular que possa ser identificada, direta ou indiretamente, em especial por referência a um identificador, como, por exemplo, um nome, um número de identificação, dados de localização, identificadores por via eletrônica ou a um ou mais elementos específicos da identidade física, fisiológica, genética, mental, econômica, cultural ou social dessa pessoa singular.
- 16.16. **DADOS PESSOAIS SENSÍVEIS:** qualquer informação relativa a uma pessoa singular identificada ou identificável (“TITULAR ou TITULAR DOS DADOS”) referente a origem racial ou étnica, convicção religiosa, opinião política, filiação a sindicato ou organização de caráter religioso, filosófico ou político, referente à saúde ou vida sexual, dados genéticos ou biométricos.
- 16.17. **DEPENDENTE:** Beneficiário de plano privado de assistência à saúde cujo vínculo com a operadora depende da existência do vínculo de um beneficiário titular. Pessoa física com vínculo familiar com o beneficiário titular do plano de saúde, de acordo com as condições de elegibilidade estabelecidas no contrato. No plano individual, titular e dependentes devem estar no mesmo plano. Nos planos coletivos, titulares e dependentes podem estar no mesmo plano ou em planos diferentes de acordo com o estabelecido pela pessoa jurídica contratante.
- 16.18. **DOENÇA:** é o processo mórbido definido, tendo um conjunto característico de sintomas e sinais, que leva o indivíduo a tratamento médico.

- 16.19. DOENÇA AGUDA: falta ou perturbação da saúde, de característica grave e de curta duração, sendo reversível com o tratamento.
- 16.20. DOENÇA OU LESÃO PREEXISTENTE: aquela que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.
- 16.21. DOENÇA PROFISSIONAL: é aquela adquirida em consequência do trabalho.
- 16.22. EMERGÊNCIA: é a situação que implica risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizada em declaração do médico assistente.
- 16.23. EXAME: é o procedimento complementar solicitado pelo médico, que possibilita uma investigação diagnóstica, para melhor avaliar as condições clínicas do beneficiário.
- 16.24. FRANQUIA: é o valor financeiro a ser pago pelo beneficiário diretamente ao prestador da rede credenciada ou referenciada no ato da utilização do serviço, por não ser responsabilidade contratual da operadora.
- 16.25. MÉDICO ASSISTENTE: é o profissional responsável pela indicação da conduta médica a ser aplicada ao beneficiário.
- 16.26. MENSALIDADE: contraprestação pecuniária paga pelo contratante à operadora.
- 16.27. ÓRTESE: acessório usado em atos cirúrgicos e que não substitui parcial ou totalmente nenhum órgão ou membro, podendo, ou não, ser retirado posteriormente.
- 16.28. PRÓTESE: peça artificial empregada em atos cirúrgicos, em substituição parcial ou total de um órgão ou membro, reproduzindo sua forma e/ou sua função.
- 16.29. PRIMEIROS SOCORROS: é o primeiro atendimento realizado nos casos de urgência ou emergência.
- 16.30. PROCEDIMENTO ELETIVO: é o termo usado para designar procedimentos médicos não considerados de urgência ou emergência e que podem ser programados.
- 16.31. PROPOSTA CONTRATUAL: é o documento que integra o presente instrumento, para todos os efeitos legais, a ser preenchido pelo representante legal do **CONTRATANTE**, que expressa a constituição jurídica das partes, especifica as condições comerciais do contrato e no qual a PESSOA JURÍDICA CONTRATANTE manifesta a firme intenção de contratar o plano de saúde coletivo por adesão, com pleno conhecimento de suas obrigações e direitos, estabelecidos nestas condições gerais.
- 16.32. PROPOSTA DE ADESÃO: é o documento que integra o presente contrato, para todos os efeitos legais, a ser preenchido pelo beneficiário titular, que expressa a manifestação de vontade consistente na adesão ao referido plano coletivo por adesão.

16.33. REPRESENTANTE DO TITULAR DOS DADOS: Representante legal ou, ao menos, um dos pais, para a coleta de consentimento quando ocorrer o tratamento de dados pessoais da criança.

16.34. TITULAR: é o beneficiário detentor do vínculo com a pessoa jurídica CONTRATANTE.

16.35. TRATAMENTO DE DADOS: qualquer operação ou conjunto de operações efetuadas sobre dados pessoais ou sobre conjuntos de dados pessoais, por meios automatizados ou não automatizados, tais como a coleta, o registro, a organização, a estruturação, a conservação, a adaptação ou alteração, a recuperação, a consulta, a utilização, a divulgação por transmissão, difusão ou qualquer outra forma de disponibilização, a comparação ou interconexão, a limitação, a eliminação ou a destruição;

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

CLÁUSULA XX – ELEIÇÃO DE FORO

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

E por estarem justas e acertadas, as partes assinam o presente contrato na presença de 02 (duas) testemunhas, que também assinam.

Bálsamo, 25 de janeiro de 2023.

CONTRATADA:
HB SAÚDE S/A

CONTRATANTE:
BÁLSAMO CÂMARA MUNICIPAL
Ilo Antonio Monteiro Vasques- Presidente

TESTEMUNHAS:

Nome:
CPF:

Nome:
CPF:

CONTRATO EMPRESARIAL TOP FLEX 350_BALSAMO CAMARA MUNICIPAL.pdf

Documento número #4c35a87a-a35d-43cc-bfe1-10041cf02c05

Hash do documento original (SHA256): b4538805cec8b017b567d26dd9aa43a62f4c87e15e4df03e93cce3e31dce21d2

Assinaturas

✓ **Ilo Antônio Monteiro Vasques**
CPF: 084.756.158-56
Assinou como contratante em 26 jan 2023 às 07:58:11

✓ **Elton Marangoni Rodrigues de Assis**
CPF: 181.440.568-25
Assinou como testemunha em 26 jan 2023 às 07:59:31

✓ **GIZELE RUIZ RODRIGUES**
CPF: 214.559.388-82
Assinou como testemunha em 26 jan 2023 às 07:57:47

✓ **Rodrigo Gonçalves Giovani**
CPF: 141.029.828-09
Assinou como contratada em 26 jan 2023 às 17:54:18

Log

- 25 jan 2023, 18:05:07 Operador com email renata.matos@hbsaude.com.br na Conta 82882662-cf21-4112-92b2-72c7b10af58a criou este documento número 4c35a87a-a35d-43cc-bfe1-10041cf02c05. Data limite para assinatura do documento: 30 de janeiro de 2023 (17:48). Finalização automática após a última assinatura: habilitada. Idioma: Português brasileiro.
- 25 jan 2023, 18:05:21 Operador com email renata.matos@hbsaude.com.br na Conta 82882662-cf21-4112-92b2-72c7b10af58a adicionou à Lista de Assinatura: camara@cmbalsamo.sp.gov.br para assinar como contratante, via E-mail, com os pontos de autenticação: Token via E-mail; Nome Completo; CPF; endereço de IP. Dados informados pelo Operador para validação do signatário: nome completo Ilo Antônio Monteiro Vasques e CPF 084.756.158-56.
- 25 jan 2023, 18:05:21 Operador com email renata.matos@hbsaude.com.br na Conta 82882662-cf21-4112-92b2-72c7b10af58a adicionou à Lista de Assinatura: marangoni-e@hotmail.com para assinar como testemunha, via E-mail, com os pontos de autenticação: Token via E-mail; Nome Completo; CPF; endereço de IP. Dados informados pelo Operador para validação do signatário: nome completo Elton Marangoni Rodrigues de Assis e CPF 181.440.568-25.

-
- 25 jan 2023, 18:05:21 Operador com email renata.matos@hbsaude.com.br na Conta 82882662-cf21-4112-92b2-72c7b10af58a adicionou à Lista de Assinatura: gizele.rodrigues@hbsaude.com.br para assinar como testemunha, via E-mail, com os pontos de autenticação: Token via E-mail; Nome Completo; CPF; endereço de IP. Dados informados pelo Operador para validação do signatário: nome completo GIZELE RUIZ RODRIGUES e CPF 214.559.388-82.
- 25 jan 2023, 18:05:21 Operador com email renata.matos@hbsaude.com.br na Conta 82882662-cf21-4112-92b2-72c7b10af58a adicionou à Lista de Assinatura: rodrigo.giovani@hbsaude.com.br para assinar como contratada, via E-mail, com os pontos de autenticação: Token via E-mail; Nome Completo; CPF; endereço de IP. Dados informados pelo Operador para validação do signatário: nome completo Rodrigo Gonçalves Giovani e CPF 141.029.828-09.
- 26 jan 2023, 07:57:48 GIZELE RUIZ RODRIGUES assinou como testemunha. Pontos de autenticação: Token via E-mail gizele.rodrigues@hbsaude.com.br. CPF informado: 214.559.388-82. IP: 177.125.102.10. Componente de assinatura versão 1.438.1 disponibilizado em <https://app.clicksign.com>.
- 26 jan 2023, 07:58:11 Ilso Antônio Monteiro Vasques assinou como contratante. Pontos de autenticação: Token via E-mail camara@cmbalsamo.sp.gov.br. CPF informado: 084.756.158-56. IP: 131.100.47.29. Componente de assinatura versão 1.438.1 disponibilizado em <https://app.clicksign.com>.
- 26 jan 2023, 07:59:31 Elton Marangoni Rodrigues de Assis assinou como testemunha. Pontos de autenticação: Token via E-mail marangoni-e@hotmail.com. CPF informado: 181.440.568-25. IP: 131.100.47.29. Componente de assinatura versão 1.438.1 disponibilizado em <https://app.clicksign.com>.
- 26 jan 2023, 17:54:18 Rodrigo Gonçalves Giovani assinou como contratada. Pontos de autenticação: Token via E-mail rodrigo.giovani@hbsaude.com.br. CPF informado: 141.029.828-09. IP: 177.125.102.10. Componente de assinatura versão 1.439.1 disponibilizado em <https://app.clicksign.com>.
- 26 jan 2023, 17:54:19 Processo de assinatura finalizado automaticamente. Motivo: finalização automática após a última assinatura habilitada. Processo de assinatura concluído para o documento número 4c35a87a-a35d-43cc-bfe1-10041cf02c05.
-

**Documento assinado com validade jurídica.**

Para conferir a validade, acesse <https://validador.clicksign.com> e utilize a senha gerada pelos signatários ou envie este arquivo em PDF.

As assinaturas digitais e eletrônicas têm validade jurídica prevista na Medida Provisória nº. 2200-2 / 2001

Este Log é exclusivo e deve ser considerado parte do documento nº 4c35a87a-a35d-43cc-bfe1-10041cf02c05, com os efeitos prescritos nos Termos de Uso da Clicksign, disponível em www.clicksign.com.