

CONTRATO DE OPERAÇÃO DE
PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
CONTRATO COLETIVO EMPRESARIAL

Operadora registrada na ANS sob nº 32.741-7
Produto Registrado na ANS sob nº 417.910/99-2

TIPO DO CONTRATO: PLANO COLETIVO EMPRESARIAL

SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL: AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA

ÁREA DE ABRANGÊNCIA/ÁREA DE ATUAÇÃO: GRUPO DE MUNICÍPIOS: Auriflame, Bady Bassitt, Bálsamo, Cedral, General Salgado, Guapiaçu, Ibirá, Jaci, Jales, José Bonifácio, Macauba, Mirassol, Monte Aprazível, Neves Paulista, Nhandeara, Nova Granada, Paulo de Faria, Poloni, Otirendaba, Santa Fé do Sul, São José do Rio Preto, e Tanabi, localizados no Estado de São Paulo, Aparecida do Tabuado, localizada no Mato Grosso do Sul, Frutal, Fronteira e Iturama, localizadas em Minas Gerais.

PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO: Standard – Enfermaria (coletivo)

FORMAÇÃO DE PREÇO: Pré-pago

SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS: Não há.

Pelo presente instrumento contratual e na melhor forma de direito, de um lado como **CONTRATANTE**, a empresa **BALSAMO CAMARA MUNICIPAL**, inscrita no CNPJ sob o Nº. 51.847.507/0001-16, localizada RUA SAO PAULO, nº 740, Bairro: JD SAO DOMINGOS, Cidade: BALSAMO - SP e de outro lado, na qualidade de **CONTRATADA**, **AUSTACLINICAS ASSISTÊNCIA MÉDICA HOSPITALAR LTDA.**, que tem nome fantasia: AUSTACLINICAS, CNPJ: 59.847.780/0001-52, endereço: Avenida Murchid Homsi, 1275 – Vila Diniz, Cidade: São José do Rio Preto, Estado: São Paulo, Registro CRM: 11.358, Registro ANS: 32.741-7, Classificação RN 01/ANS: Medicina de Grupo, neste ato representada na forma de seus atos constitutivos, têm, entre si, justo e livremente contratado o seguinte:

Cláusula Primeira
ATRIBUTOS DO CONTRATO

- 1.1. O presente contrato tem por objeto a prestação continuada de serviços na forma de Plano Privado de Assistência à Saúde, conforme previsto no inciso I, art.1º da Lei nº. 9.656/98, visando à cobertura de serviços de assistência médica, de diagnóstico e terapia, ambulatorial e hospitalar por prazo indeterminado, sem limite financeiro, com cobertura para todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde e do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento, aos beneficiários regularmente inscritos na forma e condições que seguem neste contrato.
- 1.2. O presente Contrato reveste-se de característica bilateral, gerando direitos e obrigações individuais para as partes, na forma do disposto no Código Civil Brasileiro e no Código de Defesa do Consumidor, assumindo a CONTRATANTE o risco de não vir a existir a cobertura da

referida assistência, pela inoccorrência do evento do qual será gerada a obrigação da CONTRATADA em garanti-la. Outrossim, este Contrato se sujeita às normas estatuídas na Lei Federal nº 9.656/98 e legislação específica que vier a sucedê-la.

Cláusula Segunda
DAS CONDIÇÕES DE VÍNCULO E DE ADMISSÃO DE BENEFICIÁRIOS

- 2.1. Este contrato é destinado às pessoas vinculadas à CONTRATANTE por relação empregatícia ou estatutária, sócios e administradores, agentes políticos, trabalhadores temporários, estagiários e menores aprendizes (beneficiários titulares) da CONTRATANTE, bem como aos seus dependentes, definidos estes em Cláusula específica deste Contrato, as coberturas de assistência médico-hospitalar previstas neste instrumento.
- 2.2. Consideram-se dependentes do beneficiário titular, para fins e efeitos deste Contrato:
- a) Esposa ou companheira, esta última assim indicada na CTPS do titular;
 - b) Filhos, solteiros, menores de 18 (dezoito) anos (para os de sexo masculino) e de 21 (vinte e um anos) para os de sexo feminino; e
 - c) Filhos (as), solteiros (as), inválidos (as).
- 2.2.1. O ingresso do grupo familiar a que se refere o *caput* desta cláusula dependerá da participação do beneficiário titular neste contrato.
- 2.3. **CONTRATANTE** obriga-se a fornecer à **CONTRATADA**, quando esta julgar necessário, documentos comprobatórios de seus quadros societário, de administração e de pessoal.
- 2.4. A **CONTRATANTE** inscreverá todos os beneficiários titulares e dependentes através de formulários próprios a serem fornecidos pela **CONTRATADA**, antes do início da vigência deste Contrato e sempre que necessário.
- 2.5. As alterações no quadro de beneficiários titulares, decorrentes de admissões ou demissões, serão comunicadas à **CONTRATADA** pela **CONTRATANTE**, até o 15º (décimo quinto) dia do mês anterior a que se pretende fazer as inclusões e exclusões dos beneficiários titulares e seus dependentes. Na hipótese de novas admissões, os beneficiários – titulares ou dependentes – deverão comparecer à **CONTRATADA** para a realização de entrevista qualificada. A exclusão de beneficiário ou dependente, a pedido do titular, deverá observar o disposto nas cláusulas 16.8 a 16.13 deste contrato.
- 2.6. As inscrições no quadro de beneficiários titulares deverão ser efetuadas até 30 (trinta) dias após a data de assinatura deste contrato, ou da admissão dele na empresa **CONTRATANTE**, a fim de sejam observadas as mesmas carências ajustadas com a **CONTRATANTE** na cláusula própria. Os beneficiários titulares e respectivos dependentes que ingressarem posteriormente a 30 (trinta) dias da data de assinatura deste contrato, ou da admissão do beneficiário titular na empresa **CONTRATANTE** estarão sujeitos às carências previstas na cláusula própria.
- 2.7. As alterações no quadro de beneficiários titulares, decorrentes do cumprimento das condições supra referidas (admissões) serão comunicadas à **CONTRATADA** pela **CONTRATANTE** imediatamente à opção feita pelo beneficiário-titular, enquanto que aquelas decorrentes do decurso dos prazos estabelecidos em Lei (exclusões) serão promovidas pela **CONTRATADA**

imediatamente à implementação dos prazos máximos estabelecidos quando da adesão a este plano.

- 2.8. Os beneficiários dependentes que ingressarem posteriormente à admissão dos beneficiários titulares (novos cônjuges e filhos havidos após a transferência do titular para este contrato) estarão sujeitos às carências previstas na cláusula própria.
- 2.9. Em caso de inscrição de filhos adotivos do Beneficiário, menores de 12 (doze) anos de idade, serão aproveitados os períodos de carência já cumpridos pelo Beneficiário adotante.
- 2.10. Ao recém nascido, filho natural ou adotivo do Beneficiário, é assegurada a cobertura assistencial durante os primeiros trinta dias após o parto ou a adoção, bem como a inscrição neste plano de assistência à saúde, no mesmo período, hipótese em que ficará isento do cumprimento dos períodos de carência

Cláusula Terceira

DAS CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

- 3.1. Caberá à **CONTRATANTE** solicitar a suspensão ou exclusão de beneficiários da cobertura deste contrato:
- a) perda da condição de vínculo do titular com a **CONTRATANTE**, ou do dependente com o titular;
 - b) morte do titular;
 - c) a pedido do titular, observadas as cláusulas 16.8 a 16.13 deste contrato;
 - d) nos casos de fraude;
 - e) inadimplemento do titular por mais de 30 dias.
- 3.2. A **CONTRATADA** também poderá fazê-lo, sem a anuência da **CONTRATANTE**, nas seguintes hipóteses:
- a) quando cessar, entre o beneficiário titular e a **CONTRATANTE**, o vínculo jurídico que permitiu sua inclusão e, no caso do dependente, a suspensão ou exclusão do titular ou da sua condição de dependência em relação a ele, de acordo com o previsto neste contrato;
 - b) em causa de fraude devidamente comprovada.
- 3.3. A exclusão dos beneficiários titulares e seus dependentes dar-se-á, automaticamente, com a desvinculação dos titulares da empresa **CONTRATANTE** e, no caso dos beneficiários empregados, desde que não manifestado, pelos mesmos, o interesse em permanecer no plano, nos termos da cláusula 14ª.
- 3.4. A exclusão se opera a partir do primeiro dia do mês subsequente à desvinculação do empregado, da **CONTRATANTE**.
- 3.5. Quando da exclusão, a **CONTRATANTE** deverá recolher e devolver à **CONTRATADA** os cartões de identificação do beneficiário principal e, se houver, de seus dependentes.
- 3.6. As despesas decorrentes do atendimento de beneficiário que deixou de pertencer ao quadro de empregados da **CONTRATANTE**, cuja exclusão não tenha sido imediatamente comunicada à **CONTRATADA**, serão de responsabilidade da **CONTRATANTE**.

- 3.7. No caso de ex-empregados, a exclusão de beneficiários da cobertura deste contrato ocorrerá pelo decurso dos prazos estabelecidos na cláusula 14ª.

Cláusula Quarta
DAS COBERTURAS / PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

- 4.1. A cobertura do plano contratado compreende o atendimento AMBULATORIAL E HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA a todas as doenças relacionadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial da Saúde e em conformidade com o rol de procedimentos estabelecidos pela ANS vigente à época do evento.
- 4.1.1. Estão incluídas no referido atendimento COBERTURAS AMBULATORIAIS EM UNIDADES DA REDE REFERENCIADA PELA CONTRATADA;
- 4.1.2. Cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, expressamente indicados no "Manual de Orientação do Beneficiário", em anexo.
- 4.2. Igualmente, os beneficiários deste contrato terão direitos a serviços de apoio diagnóstico, **tratamentos** e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, relacionados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial da Saúde, de acordo com o rol de procedimentos estabelecido pela ANS.
- 4.3. Também estão cobertas consultas e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional de acordo com o número de sessões estabelecido no rol de procedimentos estabelecido pela ANS vigente na época do evento, conforme indicação do médico assistente, bem como procedimentos de fisioterapia listados no rol de procedimento, em número ilimitado de sessões e dos seguintes procedimentos considerados especiais:
- a) Hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;
 - b) Quimioterapia oncológica ambulatorial;
 - c) Radioterapia ambulatorial;
 - d) Procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais;
 - e) Hemoterapia ambulatorial; e
 - f) Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.
- 4.4. Os beneficiários terão direito, também, à cobertura de INTERNAÇÕES HOSPITALARES EM UNIDADES DA REDE REFERENCIADA PELA CONTRATADA.
- 4.4.1. Ao BENEFICIÁRIO serão asseguradas as coberturas de despesas médico-hospitalares, sem limites de prazos, valor máximo e quantidade de diárias e serviços, em hospitais, clínicas básicas e especializadas, para procedimentos clínicos ou cirúrgicos reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina, relacionados na CID 10, em conformidade com o rol de procedimentos da ANS.
- 4.4.1.1. Havendo indisponibilidade de leito hospitalar na rede referenciada, no padrão de acomodação contratado, fica garantido ao Beneficiário o acesso à acomodação, em nível superior, sem ônus adicional;

- 4.4.2. Internações em centro de terapia intensiva, ou similar, sem limites de prazos, valor máximo e quantidade de diárias, a critério do médico assistente;
- 4.4.3. Despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem, exceto quando em caráter particular, e alimentação;
- 4.4.4. Exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica;
- 4.4.5. Fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusão e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;
- 4.4.6. Toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro;
- 4.4.7. Despesas de acompanhante, no caso de pacientes beneficiários menores de 18 (dezoito) anos, desde que esteja internado em enfermaria, ficando, portanto, excluídos os casos de internação em centro terapia intensiva, ou similar;
- 4.4.8. Estão cobertas as cirurgias odontológicas buco-maxilo-facial que necessitem de ambiente hospitalar, bem como cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar;
- 4.4.9. Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização técnica de tratamento de câncer;
- 4.4.10. Cirurgia plástica reparadora, quando efetuada, exclusivamente, para restauração de funções em órgãos, membros e regiões atingidas em virtude de acidentes pessoais.
- 4.4.10.1. Para fins deste contrato, acidente pessoal é o evento súbito, externo, involuntário e violento, causador de lesão física, não denifido pela legislação em vigor como acidente de trabalho, excluídos ainda os sísmicos de qualquer modalidade;
- 4.4.11. Cobertura dos atendimentos nos casos de planejamento familiar;
- 4.4.12. Garantia de acompanhante de pacientes com idade igual ou superior a sessenta anos e de portadores de necessidades especial;
- 4.4.13. Cobertura de cirurgia bariátrica (obesidade mórbida), observadas as condições previstas na RN 211, da ANS (ou outra que venha a sucedê-la ou alterá-la), e desde que tenha sido realizado, sem sucesso, o tratamento ambulatorial por equipe multidisciplinar.

- 4.5. Também estão cobertos os seguintes procedimentos considerados especiais, mesmo quando prestados ambulatorialmente, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:
- a) Hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
 - b) Quimioterapia;
 - c) Radioterapia: todos os procedimentos descritos no rol de procedimentos e eventos em Saúde vigente para as segmentações ambulatorial e hospitalar;
 - d) Hemoterapia;
 - e) Nutrição parenteral ou enteral;
 - f) Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica, também descritos no citado rol de procedimentos;
 - g) Embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e radiologia intervencionista;
 - h) Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
 - i) Fisioterapia conforme listado no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigentes época do evento.
- 4.6. Terão, ainda, direito, à assistência pré-natal, compreendendo consultas periódicas e exames complementares necessários; assistência ao parto, cirúrgico ou não, puerpério e assistência neonatal, compreendendo assistência imediata aos recém-nascidos durante o período máximo de 30 dias contados do nascimento ou adoção. Esta assistência continuará a ser prestada desde que o BENEFICIÁRIA tenha incluído o recém-nascido no Plano até o final do aludido prazo de 30 dias, de conformidade com o previsto neste contrato.
- 4.7. Estão cobertos os tratamentos básicos, em regime ambulatorial e hospitalar, de todos os transtornos psiquiátricos codificados pelo CID-10, compreendendo:
- 4.7.1. Atendimento às emergências, assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos para o próprio ou a terceiros (inclusive ameaças, tentativas de suicídio e auto-agressão) e/ou risco de danos morais e patrimoniais importantes.
 - 4.7.2. Cobertura de psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, que poderão ser realizados tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme indicação do médico assistente.
 - 4.7.3. Atendimentos à psicoterapia de crise, entendida esta como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, com duração máxima de 12 (doze) semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência, limitadas a 12 (doze) sessões por ano contratual, não cumulativas.
 - 4.7.4. Tratamento básico prestado por médico, em número ilimitado de consultas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo médico assistente, integrante do corpo clínico e/ou credenciado pela **CONTRATADA**.
 - 4.7.5. O custeio integral de, pelo menos, 30 (trinta) dias de internação, por ano de contrato não cumulativo, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em

hospital geral, para pacientes portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise.

4.7.6. O custeio integral de, pelo menos, 15 (quinze) dias de internação, por ano de contrato não cumulativo, em hospital geral, para portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização.

4.7.7. Cobertura de 08 (oito) semanas anuais de tratamento em regime de hospital-dia para os portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise.

4.7.7.1. Para os diagnósticos F00 a F09, (transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos), F20 a F29, (esquizofrenia, transtorno esquizotípico, transtornos delirantes persistentes, transtornos psicóticos agudos e transitórios, transtorno delirante induzido, transtornos esquizoafetivos, outros transtornos psicóticos não- orgânicos e psicose não-orgânica não especificada), F70 a F79 (retardo mental) e F90 a F98 (transtornos de comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância e a adolescência), relacionados na Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, a cobertura de tratamento em regime de hospital-dia por 180 (cento e oitenta) dias por ano.

4.7.8. Para os casos em que o período de internação exceder os prazos definidos acima no transcorrer de um mesmo ano de contrato, será devido pelos beneficiários a co-participação de 50,00% (cinquenta por cento) nas internações.

4.7.9. Estão cobertos todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos, aí incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas.

4.8. Os beneficiários do presente Contrato terão direito, igualmente, a cirurgias de transplantes de Córnea e de RIM, tanto de órgãos provenientes de doador vivo quanto de doador cadáver, encontrando-se incluídas nesta cobertura todas as despesas com procedimentos vinculados e as necessárias à realização do transplante, no que couber, como:

- a) Despesas assistenciais com doadores vivos;
- b) Internação do doador vivo em padrão de acomodação igual à da CONTRATANTE;
- c) Medicamentos utilizados durante a internação;
- d) Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamento de manutenção;
- e) Despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde - SUS

4.8.1. Os candidatos a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica, deverão obrigatoriamente estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de órgãos - CNCDO's, integrantes do Sistema Nacional de Transplantes SNT, e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de seleção.

- 4.9. Está assegurada a cobertura da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, em território brasileiro, dentro dos limites de abrangência geográfica previsto no presente contrato, vedada, no entanto, a remoção inter-hospitalar FORA da área de abrangência.

Cláusula Quinta
DOS PROCEDIMENTOS EXCLUÍDOS DA COBERTURA ASSISTENCIAL

- 5.1. **NÃO ESTÃO INCLUÍDOS NESTE CONTRATO, como obrigação da CONTRATADA, os procedimentos relativos a:**
- a) **TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO EXPERIMENTAL, ENTENDIDO COMO TAIS AQUELES QUE: a) emprega medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país; b) é considerado experimental pelo Conselho Federal de Medicina - CFM ou pelo Conselho Federal de Odontologia- CFO; ou c) não possui as indicações descritas na bula/manual registrado na ANVISA (uso off-label);**
 - b) **PROCEDIMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS PARA FINS ESTÉTICOS, BEM COMO ÓRTESES E PRÓTESES PARA O MESMO FIM, OU SEJA, AQUELES QUE NÃO VISAM RESTAURAÇÃO PARCIAL OU TOTAL DA FUNÇÃO DE ÓRGÃO OU PARTE DO CORPO HUMANO LESIONADA, SEJA POR ENFERMIDADE, TRAUMATISMO OU ANOMALIA CONGÊNITA;**
 - c) **INSEMINAÇÃO ARTIFICIAL, ENTENDIDA COMO TÉCNICA DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA QUE INCLUI A MANIPULAÇÃO DE OÓCITOS E ESPERMA PARA ALCANÇAR A FERTILIZAÇÃO, POR MEIO DE INJEÇÕES DE ESPERMA INTRACITOPLASMÁTICAS, TRANSFERÊNCIA INTRAFALOPIANA DE GAMETA, DOAÇÃO DE OÓCITOS, INDUÇÃO DA OVULAÇÃO, CONCEPÇÃO PÓS-TUMOR, RECUPERAÇÃO ESPERMÁTICA OU TRANSFERÊNCIA INTRATUBÁRIA DO ZIGOTO, ENTRE OUTRAS TÉCNICAS;**
 - d) **TRATAMENTO DE REJUVENESCIMENTO OU DE EMAGRECIMENTO COM FINALIDADE ESTÉTICA;**
 - e) **FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS E PRODUTOS PARA A SAÚDE IMPORTADOS NÃO NACIONALIZADOS ISTO É, AQUELES PRODUZIDOS FORA DO TERRITÓRIO NACIONAL E SEM REGISTRO VIGENTE NA ANVISA, E, DE IMPORTADOS NACIONALIZADOS, QUANDO EXISTIR SIMILAR NACIONAL COM ESPECIFICAÇÃO SEMELHANTES;**
 - f) **FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS PARA TRATAMENTO DOMICILIAR, ISTO É, AQUELES PRESCRITOS PELO MÉDICO ASSISTENTE PARA ADMINISTRAÇÃO EM AMBIENTE EXTERNO AO DE UNIDADE DE SAÚDE, COM EXCEÇÃO DOS MEDICAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS ORAIS, RELACIONADOS PELA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR-ANS;**
 - g) **FORNECIMENTO DE PRÓTESES, ÓRTESES E SEUS ACESSÓRIOS NÃO LIGADOS AO ATO CIRÚRGICO;**
 - h) **TRATAMENTOS ILÍCITOS OU ANTIÉTICOS, ASSIM DEFINIDOS SOB O ASPECTO MÉDICO OU NÃO RECONHECIDOS PELAS AUTORIDADES COMPETENTES;**
 - i) **CASOS DE CATACLISMOS, GUERRA E COMOÇÕES INTERNAS, QUANDO DECLARADOS PELA AUTORIDADE COMPETENTE;**
 - j) **TRANSPLANTES, EXCETO DE CÓRNEA E DE RIM E DOS AUTÓLOGOS ESPECIFICADOS NO ROL DE PROCEDIMENTOS DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR-ANS;**
 - k) **CONSULTAS DOMICILIARES;**

- l) **DESPESAS EXTRAORDINÁRIAS DO BENEFICIÁRIO E/OU DEPENDENTE OU DE SEU ACOMPANHANTE;**
- m) **PROGRAMA DE CONTROLE MÉDICO E SAÚDE OCUPACIONAL;**
- n) **TRATAMENTOS EM CLÍNICAS DE EMAGRECIMENTO, CLÍNICAS DE REPOUSO, ESTÂNCIAS HIDROMINERAIS E CLÍNICAS PARA ACOLHIMENTO DE IDOSOS E INTERNAÇÕES QUE NÃO NECESSITEM DE CUIDADOS MÉDICOS EM AMBIENTE HOSPITALAR;**
- o) **FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS DE MANUTENÇÃO PARA PACIENTES TRANSPLANTADOS;**
- p) **DESPESAS DE ACOMPANHANTE, EXCETO NO CASO DE PACIENTE MENOR DE 18 ANOS, MAIOR DE 60 ANOS, PORTADOR DE NECESSIDADES ESPECIAIS E PARTURIENTES, OBSERVADOS OS LIMITES ESTABELECIDOS NESTE CONTRATO;**
- q) **PROGRAMA DE CONTROLE MÉDICO E SAÚDE OCUPACIONAL.**

2. Entende-se como **PRÓTESE** como qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido e, como **ÓRTESE** como qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico os materiais cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico.

Cláusula Sexta

DA COBERTURA PARA DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

- 6.1. **DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES À DATA DA ASSINATURA DO PRESENTE CONTRATO:** são aquelas das quais a BENEFICIÁRIA e/ou seus dependentes saibam ser portadores ou sofrendores à época da assinatura da proposta de admissão no plano.

6.1.1. No momento da contratação do plano ou de inclusão de novo beneficiário dependente, os beneficiários, titulares e dependentes, deverão preencher a declaração de saúde e tomar ciência da carta de orientação do beneficiário. Na referida declaração o beneficiário deverá indicar todas as doenças que saiba ser portador na data da adesão ao plano.

6.1.2. Não haverá cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária, nos casos de doença ou lesão preexistente, desde que, cumulativamente: a) a este contrato estejam vinculados 30 (trinta) ou mais participantes; b) que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias da celebração deste contrato ou de sua vinculação à **CONTRATANTE**.

- 6.2. A cobertura para doenças e lesões preexistentes será parcial por um período de 24 meses, em virtude do prazo de cobertura parcial temporária, que é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC) definidos pela ANS, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças e lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal. O beneficiário tem pleno conhecimento, de que transcorridos 24 (vinte e quatro) meses previstos para a cobertura parcial temporária, a mesma cessará, passando a cobertura para a doença ou lesão preexistente ser integral.

- 6.2.1. Nos casos de cobertura parcial temporária de doenças e lesões preexistentes declaradas, que envolverem atendimentos classificados como urgência ou emergência, fica garantida, após realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, a remoção inter-hospitalar para unidade do Sistema Único de Saúde.
- 6.2.2. Na remoção, a CONTRATADA deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários à garantia da manutenção da vida, só cessando a sua responsabilidade pelo paciente quando efetuado o registro na unidade do SUS.
- 6.3. A CONTRATADA poderá comprovar o conhecimento prévio do beneficiário titular e/ou seus dependentes sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão, durante o período de 24 (vinte e quatro) meses previsto no artigo 11 da Lei nº 9.656/98, podendo a omissão dessa informação, pelo beneficiário, ser caracterizada como comportamento fraudulento.
- 6.3.1. Na hipótese de haver identificação de indício de fraude, referente à omissão do conhecimento de doenças ou lesões preexistentes por ocasião da contratação ou adesão ao plano, a CONTRATADA deverá comunicar imediatamente o consumidor e poderá oferecer as opções de cobertura parcial temporária até o tempo que faltar para completar 24 meses, ou abrir processo administrativo para julgamento da alegação de informação de omissão na declaração de saúde.
- 6.3.2. O beneficiário terá o prazo de 10 dias para se manifestar acerca da alegação de fraude, e, caso não concorde e não queira cumprir o prazo de cobertura parcial temporária, a CONTRATADA deverá encaminhar a documentação pertinente à Agência Nacional de Saúde-ANS, que efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação.
- 6.3.3. O silêncio do beneficiário, após o prazo de 10 dias contados do recebimento da notificação encaminhada pela CONTRATADA, será considerado como não concordância e a CONTRATADA providenciará a abertura do processo administrativo para o julgamento da fraude.
- 6.3.4. Caberá à CONTRATADA o ônus da prova, podendo, para tanto, utilizar qualquer documento legal para fins da comprovação acima.
- 6.3.5. Se solicitado à Agência Nacional de Saúde-ANS, o beneficiário deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.
- 6.3.6. Após julgamento e acolhida à alegação da **CONTRATADA** pela Agência Nacional de Saúde-ANS, a **CONTRATANTE** 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 feita pela **CONTRATADA**, sem prejuízo da aplicação das penalidades decorrentes da constatação da fraude.
- 6.3.7. **NÃO SERÁ PERMITIDA, SOB QUALQUER ALEGAÇÃO, A SUSPENSÃO DO CONTRATO ATÉ O RESULTADO DO JULGAMENTO PELA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE-ANS.**

Cláusula Sétima
ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

- 7.1. Estão cobertos os atendimentos aos casos de URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, entendendo-se por emergência todos aqueles casos que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado por declaração do médico assistente, e, por urgência, todos aqueles casos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.
- 7.1.1. Os atendimentos de urgência e emergência estão consubstanciados na execução das atividades e procedimentos destinados à preservação da vida, órgãos e funções, até a resolução hospitalar necessária, observados os limites abaixo.
- 7.1.2. Depois de cumpridas as carências, haverá cobertura integral para atendimento para as urgências e emergência em todo o segmento ambulatorial e inclusive aqueles que evoluírem para internação, desde a admissão do paciente até sua alta ou que sejam necessários à preservação da vida, órgãos e funções.
- 7.1.3. Durante o cumprimento de carência, garantia dos atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, limitados às primeiras 12 horas.
- 7.1.4. Garantia de atendimento, limitado às primeiras 12 horas, ou até que ocorra necessidade de internação, quando o atendimento de urgência e emergência for efetuado no decorrer dos períodos de carência para internação e nos casos de acordo de cobertura parcial temporária por doenças e lesões preexistentes, que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, garantida a remoção para unidade do SUS, de conformidade com o previsto neste contrato.
- 7.1.5. Nos atendimentos de urgência e emergência nos quais o beneficiário esteja cumprindo carência para internação, ou quando relacionado a doença ou lesão preexistente, nos casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia, ou de realização de procedimentos de alta complexidade, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, o beneficiário terá direito, sob a responsabilidade da CONTRATADA, à remoção para uma das unidades de atendimento do Sistema Único de Saúde.
- 7.1.6. Na remoção, 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.
- 7.1.7. Quando o beneficiário paciente, ou seu responsável legal, opte, expressamente, mediante um termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade hospitalar diferente daquela prevista no item acima, a CONTRATADA estará desobrigada da responsabilidade médica, assim como do ônus financeiro pela remoção.

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

7.1.9. Observado o prazo prescricional de 1 ano da data do evento, fica assegurado ainda reembolso, nos limites das obrigações deste contrato, das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pela CONTRATADA.

7.1.10. As despesas serão reembolsadas de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pela CONTRATADA, pagáveis no prazo máximo de trinta dias, contados da data de entrega da documentação completa, nos escritórios da CONTRATADA, devendo o Beneficiário, para tanto, apresentar os documentos relacionados a seguir:

- a) Relatório do médico assistente, declarando diagnóstico, tratamento efetuado e data do atendimento;
- b) Recibo ou nota fiscal de honorários dos médicos assistentes, auxiliares, anestesistas e outros, discriminando as funções a que se referem.
- c) Conta analítica, médico-hospitalar, em caso de internação;
- d) Relatório do médico assistente, indicando a patologia e o procedimento adotado;
- e) Declaração do médico assistente especificando a razão da urgência e/ou emergência.

7.1.11. A **CONTRATADA** se obriga a dar completa assistência e orientação à **CONTRATANTE**, para correta utilização dos serviços contratados.

7.1.12. A **CONTRATANTE** se obriga a esclarecer, plenamente, os seus empregados, sócios, administradores, trabalhadores temporários, estagiários e menores aprendizes **sobre as condições de utilização dos serviços ora contratados, visando prevenir erros de expectativa e interpretação.**

Cláusula Oitava **DOS PRAZOS DE CARÊNCIA**

8.1. Por se tratar de plano de assistência à saúde sob o regime de contratação coletiva empresarial, na hipótese do número de participantes ser maior ou igual que 30 (trinta) beneficiários, fica dispensado o cumprimento das carências mencionadas nesta cláusula, desde que o beneficiário titular formalize o pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias da celebração deste contrato, ou da admissão dele na empresa CONTRATANTE.

8.1.1. A dispensa do cumprimento de carência não se aplica à hipótese estabelecida nos itens 8.2.12 e 9.3.

8.2. Caso o contrato possua número de participantes inferior a 30 beneficiários, ou caso os beneficiários titulares e respectivos dependentes ingressem posteriormente a 30 (trinta) dias da data de assinatura deste contrato, ou da admissão do beneficiário titular na empresa

CONTRATANTE estarão sujeitos às seguintes carências, contadas a partir da data do seu ingresso no contrato:

- 8.2.1. **Carência de 24 horas – Urgência e Emergências:** Casos de urgência e emergência, conforme definidos neste Contrato, devidamente caracterizadas através de declaração do médico assistente, credenciado, integrante do corpo clínico da CONTRATADA, expressamente indicado no “Manual de Orientação do Beneficiário”;
- 8.2.2. **Carência de 30 dias – Consultas:** Consultas médicas;
- 8.2.3. **Carência de 60 dias – Exames simples:** Exemplos: Exames de auxílio diagnóstico simples, sem uso de contraste, conforme relação divulgada e atualizada no site da CONTRATADA na *internet* (www.austa.com.br/austaclinicas);
- 8.2.4. **Carência de 90 dias – Exames especiais:** Exemplos: Exames laboratoriais e radiológicos especiais, exceto dosagem hormonal e marcadores tumorais, conforme relação divulgada e atualizada no site da CONTRATADA na *internet* (www.austa.com.br/austaclinicas);
- 8.2.5. **Carência de 180 dias – Terapias:** Exemplos: Fonoaudiologia / Psicologia / Nutrição / Acupuntura / Fisioterapia / Terapia Ocupacional, conforme relação divulgada e atualizada no site da CONTRATADA na *internet* (www.austa.com.br/austaclinicas);
- 8.2.6. **Carência de 180 dias – Exames de Diagnóstico:** Exemplos: Exames de diagnóstico (radiologia com contraste / biopsia / anátomo patológico / Ultra Som com doppler / endoscópicos) dosagem hormonal e marcadores tumorais, conforme relação divulgada e atualizada no site da CONTRATADA na *internet* (www.austa.com.br/austaclinicas);
- 8.2.7. **Carência de 180 dias – PAC (Procedimentos de Alta Complexidade):** Definidos como tal pela ANS, em resolução cuja cópia está à disposição da CONTRATANTE na sede da CONTRATADA, conforme relação divulgada e atualizada no site da CONTRATADA na *internet* (www.austa.com.br/austaclinicas);
- 8.2.8. **Carência de 180 dias - Procedimentos Ambulatoriais:** Procedimentos médicos ambulatoriais, conforme relação divulgada e atualizada no site da CONTRATADA na *internet* (www.austa.com.br/austaclinicas);
- 8.2.9. **Carência de 180 dias – Internações:** Internações hospitalares em rede referenciada/credenciada, conforme relação divulgada e atualizada no site da CONTRATADA na *internet* (www.austa.com.br/austaclinicas);
- 8.2.10. **Carência de 180 dias – Internações Psiquiátricas:** Internações para tratamento de transtornos psiquiátricos em regime hospitalar, conforme relação divulgada e atualizada no site da CONTRATADA na *internet* (www.austa.com.br/austaclinicas);
- 8.2.11. **Carência de 300 dias – Parto:** Partos a Termo;
- 8.2.12. **Carência de 180 dias - Padrão de Conforto:** Utilização de padrão de conforto, quando houver alteração contratual para nível mais elevado;

Cláusula Nona
DO PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM CASO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

- 9.1. Acomodação: coletiva.
- 9.2. Em casos de comprovada indisponibilidade de leito hospitalar no padrão de acomodação previsto no Contrato, o paciente terá acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional.
- 9.3. Os beneficiários que durante a vigência do contrato fizerem opção para mudança de padrão de conforto superior ao definido na relação inicial, **além da carência prevista no item 8.2.12**, fica estipulada a permanência mínima de 12 (doze) meses neste padrão de conforto contados da data em que tal ocorrer, obrigando-se a CONTRATANTE ao pagamento da respectiva diferença de preço durante todo este período, ainda que solicite a alteração para um padrão inferior antes de expirar aquele prazo.

Cláusula Décima
DA UTILIZAÇÃO DA REDE CREDENCIADA, DO ACESSO AOS SERVIÇOS COBERTOS E DA DINÂMICA DE ATENDIMENTO

- 10.1. A CONTRATADA colocará à disposição dos beneficiários do Plano Privado de Assistência à Saúde a que alude este Contrato, para a cobertura assistencial ora contratada, centros médicos, ambulatorios, laboratórios, consultórios, hospitais e respectivos profissionais da área da saúde, constantes do "Manual de Orientação do Beneficiário" anexo ao presente Contrato, que dele faz parte integrante para todos os efeitos legais.
- 10.1.1. A CONTRATADA manterá sempre atualizado em seu sítio na internet a relação atualizada dos prestadores de serviços constantes do Manual de Orientação do Beneficiário.
- 10.2. A CONTRATADA fornecerá aos beneficiários e aos seus dependentes regularmente inscritos no presente Contrato, Cartões de Identificação, cuja exibição será obrigatória sempre que os serviços ora contratados forem necessitados, juntamente com o documento de identificação do beneficiário paciente.
- 10.2.1. O beneficiário se obriga a devolver, incontinenti, à CONTRATADA os cartões de identificação seus e dos seus beneficiários-dependentes incluídos neste Contrato em caso de sua exclusão do plano, sob pena da CONTRATANTE se responsabilizar pelo pagamento dos valores correspondentes ao eventual uso indevido das coberturas assistenciais constantes do presente Contrato.
- 10.2.2. Pelas mesmas penas responderá a CONTRATANTE no caso do beneficiário extraviar os referidos cartões de identificação, sem a comunicação imediata e por escrito à CONTRATADA para que esta tome as providências cabíveis.
- 10.3. A CONTRATADA poderá proceder à substituição de um ou de todos os hospitais, constantes do mencionado "Manual de Orientação do Beneficiário", sendo certo que a substituição deverá

ser feita por novos credenciados com qualificações técnicas equivalentes às dos substituídos. Poderá, ainda, proceder à substituição dos demais serviços credenciados.

- 10.4. Quando houver descredenciamento ou substituição de entidade hospitalar, a CONTRATADA deverá comunicar a ANS e disso dar ciência escrita à CONTRATANTE, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.
- 10.5. A CONTRATADA poderá, também, para fins de redimensionamento de sua rede assistencial, nos termos da Lei nº 9.656/98, mediante autorização da ANS, proceder à redução da quantidade de hospitais referenciados no citado "Manual de Orientação do Beneficiário".
- 10.6. Em ocorrendo os descredenciamentos aos quais aludem os itens supra, os beneficiários terão o direito de prosseguir o seu tratamento em qualquer outro profissional ou estabelecimento de serviços de saúde integrantes da rede credenciada da CONTRATADA, sem que esta tenha a obrigação de efetuar qualquer indenização pela substituição havida.
- 10.7. Caso ocorra o descredenciamento de estabelecimento hospitalar durante a internação de quaisquer dos beneficiários regularmente inscritos no presente Contrato, o mesmo permanecerá internado até a regular alta hospitalar, sendo certo que as despesas até então apuradas correrão por conta da CONTRATADA.
- 10.8. Em caso de descredenciamento de estabelecimento hospitalar em razão de cometimento de infração às normas sanitárias em vigor durante período de internação, a CONTRATADA responsabilizar-se-á pela transferência imediata do beneficiário hospitalizado para outro estabelecimento equivalente, sem qualquer ônus adicional para a CONTRATANTE.
- 10.9. As internações hospitalares ficam a critério exclusivo do corpo clínico próprio e/ou credenciado pela CONTRATADA, sendo certo, ainda, que os beneficiários permanecerão hospitalizados enquanto houver indicação médica para tanto, a exclusivo critério do médico assistente, integrante do corpo clínico da CONTRATADA, expressamente indicado no "Manual de Orientação do Beneficiário".
- 10.10. Caso o beneficiário continue hospitalizado após a alta médica a que alude supra, passarão a correr, inteiramente por sua conta a partir de então, todas as despesas decorrentes da internação.
- 10.11. Quando da utilização dos serviços cobertos pelo presente Contrato o beneficiário deverá apresentar ao estabelecimento ou ao profissional prestador dos serviços credenciado pela CONTRATADA, o Cartão de Identificação do beneficiário, além do documento de identidade do beneficiário-paciente, guia de internação ou de encaminhamento, conforme o caso, devidamente emitida e assinada pela CONTRATADA.
- 10.12. As internações feitas em caráter de urgência ou emergência deverão ser comunicadas à CONTRATADA até o primeiro dia útil, mediante declaração do médico assistente, para que seja emitida a guia correspondente, sendo certo que a falta de comunicação no referido prazo acarretará a não cobertura, por parte da CONTRATADA, das despesas resultantes do atendimento.

- 10.13. Para que haja cobertura das despesas de atendimento aos beneficiários deste Contrato, estes, quando pacientes, deverão ser atendidos por médicos integrantes do corpo clínico credenciado pela CONTRATADA e em estabelecimento de saúde, também por ela credenciados, ressalvada a garantia de reembolso em casos de urgência e emergência, conforme previsão legal e contratual.
- 10.14. Os atendimentos em ambulatório poderão, somente a critério da CONTRATADA, dispensar guia de encaminhamento.
- 10.15. Fica garantida, no caso de situações de divergências médica em autorização prévia, a definição do impasse por meio de junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pela CONTRATANTE, por médico da CONTRATADA e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da CONTRATADA.

Cláusula Décima Primeira
FORMAÇÃO DO PREÇO E PAGAMENTO DA MENSALIDADE

- 11.1. Este plano será custeado pela CONTRATANTE, em regime de pré-pagamento, que estabelecerá com os beneficiários titulares a formas de recebimento deles, bem como a disciplina nos casos de inadimplemento.
- 11.2. O valor da contraprestação pecuniária deve corresponder ao valor integral estabelecido na tabela de custos por faixa etária, com as devidas atualizações, previsto em aditivo a este contrato.
- 11.3. No caso de ex-empregados, este plano será custeado pelos beneficiários titulares, ou pelos dependentes no caso da morte dos titulares e os dependentes optem por permanecerem vinculados a este contrato, conforme previsto em cláusula terceira do aditivo em anexo, em regime de pré-pagamento.
- 11.3.1. O pagamento das mensalidades dos planos de saúde será efetuado diretamente pelo ex-empregados, mediante boletos que serão enviados pela CONTRATADA diretamente a eles, no endereço a ser fornecido por ocasião da opção de permanência no plano de saúde.
- 11.4. As taxas mensais de manutenção dos ex-empregados observarão as mesmas condições de reajuste, preço, faixa etária e fator moderador existentes durante a vigência do contrato.
- 11.5. As Taxas mensais per capita constarão de documento em anexo ao presente Contrato e que, pelas partes assinado, fica fazendo parte integrante do mesmo e serão cobradas pelo sistema de pré-pagamento.
- 11.6. O valor total da remuneração mensal que cada beneficiário titular efetuará à CONTRATADA resultará da multiplicação do número dos beneficiários pelo valor per capita vigente no mês considerado, previsto em aditivo contratual ou ficha de inscrição, assim como suas faixas etárias, com as devidas atualizações monetárias.

- 11.7. As segundas vias do cartão de identificação serão cobradas, pela **CONTRATADA**, à razão de R\$ 5,00 (cinco reais) por beneficiário.
- 11.8. A quitação dos boletos pela **CONTRATANTE** - no caso de beneficiários ativos - ou pelos próprios **beneficiários-titulares** - no caso de desligados sem justa causa e aposentados - deverá ser efetuada conforme definido em documento anexo ao presente Contrato.
- 11.8.1. Em caso de atraso na liquidação, a **CONTRATANTE** ou o **beneficiário titular**, conforme o caso, deverá pagar uma multa moratória de 2% (dois por cento) do débito em aberto, acrescido o principal e mais correção apurada pelos índices aplicáveis aos débitos judiciais civis, ou outro índice que venha a substituí-los e juros moratórios de 1% (hum por cento) ao mês, calculados dia a dia.
- 11.9. As partes contratantes pactuam que, caso a alíquota do Imposto Sobre Serviços - ISS, incidente sobre a prestação de serviços objeto do presente contrato seja superior à alíquota instituída pela Prefeitura Municipal da sede da **CONTRATADA**, a **CONTRATANTE** arcará com o pagamento da diferença de valores.
- 11.10. Do montante pago, destinar-se-á parte como quitação de taxa de administração que remunera a **CONTRATADA**, e o restante como provisão para repasse a médicos, clínicas, hospitais, laboratórios e afins.
- 11.11. O pagamento antecipado das mensalidades não elimina nem reduz os prazos de carência estabelecidos nas Condições Particulares.
- 11.12. O não recebimento do carnê ou outro instrumento de cobrança não desobriga os beneficiários de efetuarem o seu pagamento no prazo de vencimento mensal.
- 11.13. O recebimento pela **CONTRATADA** de parcelas em atraso constituirá mera tolerância, não implicando novação contratual ou transação.

Cláusula Décima Segunda
REAJUSTE

- 12.1. Este contrato integra o agrupamento de contratos com até 29 beneficiários, para o cálculo e aplicação do percentual de reajuste anual.
- 12.1.1. A quantidade de beneficiários estabelecida para avaliar se o contrato será agregado ao agrupamento será verificada na data de sua assinatura, e anualmente reavaliada, no mês de aniversário deste contrato, para, conforme o caso, mantê-lo ou excluí-lo do agrupamento.
- 12.1.2. Para fins do disposto no item anterior, serão considerados todos os beneficiários vinculados à mesma pessoa jurídica, ainda que vinculados a outro plano contratado.
- 12.1.3. Se este contrato for agrupado na data de sua assinatura/mês de seu aniversário, ser-lhe-á aplicado o reajuste do agrupamento no seu aniversário subsequente, observando os critérios estabelecidos no item 12.2.

12.1.4. Se este contrato não for agregado na data de sua assinatura ou for excluído do agrupamento no mês de seu aniversário, ser-lhe-á aplicado, no seu aniversário subsequente, o reajuste conforme os critérios estabelecidos no item 12.3.

12.1.5. Ficarão disponíveis, no sítio eletrônico dessa operadora, o percentual de reajuste a ser aplicado ao agrupamento de contratos, os contratos que receberão o reajuste, com o código informado no sistema RPC, e seus respectivos planos, com número de registro na ANS.

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

12.2.1. Nos termos da legislação vigente, o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do **Índice de variação dos custos medico hospitalares - ANS**. Este será apurado no período de 12 meses consecutivos entre o mês de **Janeiro** e **Dezembro** subsequente.

12.2.1.1. Na hipótese de descontinuidade do índice estabelecido no item 12.2.1, será estipulado novo índice mediante instrumento específico.

12.2.2. Caso seja verificado o desequilíbrio econômico-atuarial da carteira de planos coletivos com até 29 beneficiários, este será reavaliado, nos termos descritos a seguir.

12.2.2.1. O desequilíbrio é constatado quando o nível de sinistralidade da carteira ultrapassar o índice de **78% (MS)**, cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 meses consecutivos entre o mês de **Janeiro** e **Dezembro** subsequente.

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

$$IR = (RCP / RC) - 1$$

$$RCP = (RC / MS) \times SA$$

$$SA = DA / RC$$

$$DA = DP + (DP \times IF)$$

Onde: DP – Despesa apurada no período

RC – Receita apurada no período.

MS – Meta de sinistralidade.

IF – Índice futuro (INPC).

DA – Despesa ajustada.

SA – Sinistralidade ajustada.

RCP – Receita prevista.

IR – Índice de reajuste a ser aplicado.

12.2.2.3. Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, previsto no item 2.2, este deverá ser procedido de forma

complementar ao especificado no item 2.1 e na mesma data, de forma a garantir a anualidade dos reajustes.

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

12.3.1. Nos termos da legislação vigente, o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do **Índice de variação dos custos medico hospitalares - ANS**. Este será apurado no período de 12 meses consecutivos, com uma antecedência de 1 meses em relação à data-base de aniversário, considerada esta o mês de assinatura do Contrato.

12.3.1.1. Na hipótese de descontinuidade do índice estabelecido no item 12.3.1, será estipulado novo índice mediante instrumento específico.

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

12.3.2.1. O desequilíbrio é constatado quando o nível de sinistralidade da carteira ultrapassar o índice de 78% (MS), 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.

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

$$\begin{aligned} IR &= (RCP / RC) - 1 \\ RCP &= (RC / MS) \times SA \\ SA &= DA / RC \\ DA &= DP + (DP \times IF) \end{aligned}$$

Onde: DP – Despesa apurada no período
RC – Receita apurada no período.
MS – Meta de sinistralidade.
IF – Índice futuro (INPC).
DA – Despesa ajustada.
SA – Sinistralidade ajustada.
RCP – Receita prevista.
IR – Índice de reajuste a ser aplicado.

12.3.2.3. Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, previsto no item 12.3.2, este deverá ser procedido de forma complementar ao especificado no item 12.3.1 e na mesma data, de forma a garantir a anualidade dos reajustes.

12.4. No mês de aplicação do reajuste a operadora encaminhará ao contratante a memória de cálculo do percentual de reajuste a que se refere os itens 12.2 e 12.3 supra, conforme o caso, demonstrando os critérios para sua apuração.

- 12.5. 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.
- 12.6. Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano em um determinado contrato.
- 12.7. 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.
- 12.8. Os reajustes efetuados serão comunicados à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), conforme determinado pela legislação em vigor.
- 12.9. Os reajustes da Taxa Mensal de Manutenção serão efetivados nos termos da Lei nº 8.880/94 e legislação subsequente, anualmente, inclusive nas hipóteses de revisão ou reequilíbrio econômico-atuarial do contrato. Entretanto, em havendo permissivo legal, desde já fica pactuado que a referida mensalidade será reajustada com a menor periodicidade legalmente permitida.
- 12.10. O disposto nesta cláusula não se aplica às variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária, migração, ou adaptação de contrato à Lei 9.656/98.

Cláusula Décima Terceira
DOS REAJUSTES POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA

- 13.1. As mensalidades são estabelecidas de acordo com a faixa etária de cada beneficiário inscrito, conforme em anexo ao presente Contrato e que, pelas partes assinado, fica fazendo parte integrante deste.

Cláusula Décima Quarta
REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

- 14.1. Aquele que deixar de pertencer aos quadros de pessoal da CONTRATANTE poderá permanecer vinculado a este contrato nas seguintes hipóteses:
- 14.1.1. Aos beneficiários, com **vínculo empregatício** com a CONTRATANTE, que tenham contribuído para plano de saúde empresarial com ela firmado, desligados do seu quadro de pessoal, por haverem sido **dispensados sem justa causa**, é assegurado o direito de manutenção, como beneficiários, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozavam quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assumam o pagamento integral do mesmo, conforme valores estabelecidos na cláusula 3ª do aditivo em anexo. A permanência no Plano ora aludida está vinculada aos seguintes prazos:
- 14.1.1.1. A permanência no Plano, prevista no presente item, será por período igual a 1/3 (um terço) do tempo de contribuição para o plano, **sendo assegurado ao beneficiário um período mínimo de seis (06) meses e máximo de vinte e quatro (24) meses.**

- 14.1.2. Aos beneficiários, com vínculo empregatício com a **CONTRATANTE**, que tenham contribuído para plano de saúde empresarial com ela firmado, desligados do seu quadro de pessoal, por haverem **adquirido direito à aposentadoria**, é assegurado o direito de manutenção, como beneficiários, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozavam quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assumam o pagamento integral do mesmo, conforme valores estabelecidos na cláusula 3ª do aditivo em anexo. A permanência no Plano ora aludida está vinculada aos seguintes prazos:
- 14.1.2.1. Se o aposentado **contribuiu para o presente plano por período igual ou superior a dez (10) anos**, terá o direito de permanecer no plano, como beneficiário, juntamente com o seu grupo familiar, caso faça esta opção, **por prazo indeterminado**.
- 14.1.2.2. Se o aposentado **contribuiu para o presente plano por período inferior a dez (10) anos**, terá o direito de permanecer no plano, como beneficiário, juntamente com o seu grupo familiar, caso faça esta opção, **à razão de um ano para cada ano de contribuição**.
- 14.1.2.3. Ao empregado aposentado que continua trabalhando na mesma empresa e vem a se desligar dela, posteriormente, é garantido o direito de se manter como beneficiário na condição de aposentado, juntamente com o seu grupo familiar, caso assim deseje mediante a formalização da opção no momento do seu desligamento da **CONTRATANTE**.
- 14.2. Nos contratos que foram firmados antes de 01.01.1999 e posteriormente regulamentados por migração ou adaptação, serão computados os períodos das contribuições feitas pelos empregados anteriormente à regulamentação do plano de saúde.
- 14.3. Caso o ex-empregado não esteja contribuindo por ocasião da sua dispensa ou exoneração sem justa causa, ou ainda, da aposentadoria, é assegurado o direito de permanecer no plano, na proporção do período ou da soma dos períodos de sua efetiva contribuição para o plano de saúde.
- 14.4. Os direitos aqui assegurados são extensíveis, obrigatoriamente, a todo o grupo familiar do ex-empregado, desde que preencham os requisitos estabelecidos neste contrato, podendo o direito ser exercido individualmente pelo ex-empregado ou juntamente com parte do grupo familiar. Consideram-se dependentes do beneficiário titular, para fins e efeitos deste Contrato:
- a) Esposa ou companheira, esta última assim indicada na CTPS do titular;
 - b) Filhos, solteiros, menores de 18 (dezoito) anos (para os de sexo masculino) e de 21 (vinte e um anos) para os de sexo feminino; e
 - c) Filhos (as), solteiros (as), inválidos (as).
- 14.5. Durante o período de manutenção do direito do beneficiário titular, fica garantido o direito de inclusão de novo cônjuge e filhos.
- 14.6. O direito de permanência do grupo familiar está vinculado à manutenção do titular no plano. Entretanto, em caso de morte deste é assegurado o direito de manutenção aos seus dependentes cobertos pelo plano de saúde, pelo prazo estabelecido originalmente, mediante o pagamento da respectiva taxa mensal a eles correspondente.

- 14.7. Para fazerem jus ao direito aqui previsto, os beneficiários farão a opção pela manutenção deles e de seus dependentes, no prazo máximo de trinta (30) dias, contados da data que for feita a comunicação pela CONTRATANTE, o que deverá ocorrer por ocasião da formalização da rescisão contratual ou da aposentadoria.
- 14.8. A contagem do prazo acima previsto somente se inicia a partir da comunicação inequívoca do ex-empregado, por meio de formulário próprio fornecido pela CONTRATADA
- 14.9. Caso o ex-empregado opte por não permanecer no contrato, por ocasião do pedido de exclusão do beneficiário a CONTRATANTE deverá fornecer à CONTRATADA as seguintes informações:
- a) Qual o motivo do desligamento do empregado, isto é, se ele foi excluído por demissão/exoneração sem justa causa ou por aposentadoria;
 - b) Se o beneficiário contribuía para o pagamento do plano privado de assistência à saúde, nos moldes definidos no item I do preâmbulo e por quanto tempo ocorreu a contribuição;
 - c) Se o ex-empregado optou pela sua manutenção como beneficiário ou se recusou a manter esta condição.
- 14.10. A exclusão do beneficiário e do seu grupo familiar somente será aceita pela CONTRATADA mediante a prestação das informações acima, bem como da comprovação de que ele foi comunicado da opção de manutenção.
- 14.11. O ex-empregado e seu grupo familiar permanecerão vinculados ao plano de saúde, às expensas da CONTRATANTE, até que sejam cumpridas as exigências previstas na cláusula anterior.
- 14.12. A CONTRATANTE informará todos os beneficiários titulares e dependentes que serão mantidos neste contrato através de formulários próprios a serem fornecidos pela CONTRATADA, antes do início da vigência deste Contrato e sempre que necessário.
- 14.13. No caso de cancelamento do benefício, os beneficiários poderão optar, no prazo máximo de 30(trinta) dias após o cancelamento do contrato, por ingressar em um plano individual ou familiar da CONTRATADA, sem o cumprimento de novos prazos de carência, desde que se responsabilizem pelas suas contraprestações pecuniárias e dos seus dependentes.
- 14.13.1. O valor da contraprestação pecuniária corresponderá ao valor da Tabela vigente na data de adesão ao plano individual ou familiar.
 - 14.13.2. Este direito não existirá caso tenha havido apenas a troca de operadora por parte da CONTRATANTE.
- 14.14. O direito de permanência, do titular e do seu grupo familiar se extingue, em caso da admissão do beneficiário titular em outro emprego, bem como nos casos em que a CONTRATANTE cancelar o plano que concede este contrato aos seus empregados ativos e ex-empregados.
- 14.15. No caso de cancelamento do plano de saúde, pela CONTRATANTE, a CONTRATADA deverá oferecer planos individuais familiares, com a observância das regras vigentes.

- 14.16. A prestação dos serviços, objeto deste contrato, poderá ser imediatamente suspensa na hipótese de atraso no pagamento das taxas mensais de manutenção, mediante simples notificação ao beneficiário titular.
- 14.17. Sem prejuízo do estabelecido nas cláusulas acima, a CONTRATADA poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, nas seguintes hipóteses: (i) a pedido do titular; (ii) fraude; (iii) perda do vínculo de dependência dos dependentes em relação ao titular; e (iv) inadimplemento do titular por mais de 30 dias.

- 14.18. Para melhor entendimento dos termos deste contrato, considera-se:

I – **CONTRIBUIÇÃO**: qualquer valor pago pelo empregado, inclusive com desconto em folha de pagamento, para custear parte ou a integralidade da contraprestação pecuniária de seu plano privado de assistência à saúde oferecido pelo empregador em decorrência de vínculo empregatício, à exceção dos valores relacionados aos dependentes e agregados e à co-participação ou franquia paga única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica ou odontológica;

II – **MESMAS CONDIÇÕES DE COBERTURA ASSISTENCIAL**: mesma segmentação e cobertura, rede assistencial, padrão de acomodação em internação, área geográfica de abrangência e fator moderador, se houver, do plano privado de assistência à saúde contratado para os empregados ativos; e

III – **NOVO EMPREGO**: 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.

Cláusula Décima Quinta

DURAÇÃO DO CONTRATO: DA VIGÊNCIA E DA RENOVAÇÃO

- 15.1. O presente Contrato vigorará pelo prazo de 12 (doze) meses, da data de sua assinatura, podendo, após este período, ser rescindido imotivadamente por qualquer das partes, mediante aviso, por escrito, com 60 (sessenta) dias de antecedência. Neste caso, o termo final deste contrato coincidirá com o último dia do primeiro mês subsequente à denúncia.

Cláusula Décima Sexta

DA SUSPENSÃO E DA RESCISÃO DO PRESENTE CONTRATO

- 16.1. A prestação dos serviços, objeto deste contrato, poderá ser imediatamente suspensa na hipótese de atraso, por período superior a 10 dias, no pagamento das taxas mensais de manutenção, mediante simples notificação à CONTRATANTE.
- 16.2. Caberá à CONTRATANTE solicitar a suspensão ou a exclusão de beneficiários, nos moldes previstos neste contrato, estando sujeita aos encargos decorrentes ao período em que eles estiverem vinculados a este contrato.

- 16.2.1. Sem prejuízo do estabelecido no *caput* desta cláusula, a CONTRATADA poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem anuência da

CONTRATANTE, nas seguintes hipóteses: (i) fraude; (ii) perda dos vínculos do titular com a **CONTRATANTE**, ou de dependência dos dependentes em relação ao titular.

- 16.3. A vigência mínima do presente contrato é de 12 (doze) meses, sendo certo que, em caso de rescisão contratual, antes do seu término de vigência, por iniciativa da **CONTRATANTE**, esta fica obrigada ao pagamento de multa equivalente a 50% (cinquenta por cento) do total das mensalidades que seriam devidas até o termo do contrato, apurada pelo valor da maior fatura paga no período em que vigorou o contrato.
- 16.4. O atraso no pagamento das taxas mensais de manutenção do plano, por períodos igual ou superior a sessenta (60) dias, **consecutivos ou não**, nos últimos doze (12) meses de vigência do presente Contrato, implicará a sua rescisão automática unilateral por parte da CONTRATADA, mediante a comunicação prévia da **CONTRATANTE**.
- 16.5. O presente Contrato poderá ser rescindido, também, a qualquer tempo, pelo cometimento c. falta grave por quaisquer das partes.
- 16.6. Em quaisquer dos casos, a **CONTRATANTE** não ficará desobrigada pelo pagamento dos débitos apurados.
- 16.7. O(a) beneficiário titular poderá solicitar à **CONTRATANTE**, por qualquer meio, a sua exclusão ou a de dependente seu no presente contrato. Em até 30 dias da data do pedido, a **CONTRATANTE** deverá cientificar a **CONTRATADA**, que ficará responsável, a partir de então, pela adoção das providências cabíveis ao processamento da exclusão.
- 16.8. Expirado o prazo previsto na cláusula anterior sem que a **CONTRATANTE** tenha providenciado a comunicação de exclusão do beneficiário à contratada, o beneficiário titular poderá solicitar a exclusão diretamente a esta última.
- 16.9. A solicitação de exclusão tem efeito imediato e caráter irrevogável a partir da data de ciência pela **CONTRATADA**.
- 16.10. As contraprestações pecuniárias vencidas e/ou eventuais coparticipações devidas pela utilização de serviços realizados antes da solicitação de cancelamento do plano de saúde são de responsabilidade da **CONTRATANTE**.
- 16.11. As despesas decorrentes de eventuais utilizações dos serviços pelo beneficiário após a data de solicitação de cancelamento, inclusive nos casos de urgência ou emergência, também correrão conta da **CONTRATANTE**.
- 16.12. O pedido de cancelamento não exime a **CONTRATANTE** do pagamento de multa rescisória prevista na cláusula 16.3 deste contrato, se a solicitação do cancelamento ocorrer antes da vigência mínima de 12 (doze) meses, observada a data de assinatura da proposta de adesão.

Cláusula Décima Sétima
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

- 17.1. Qualquer concessão praticada pela CONTRATADA no tocante à(s) cobertura(s) do plano contratado, não se constituirá em novação, bem como não caracterizará qualquer direito adquirido pela CONTRATANTE ou pelos beneficiários a ele vinculados.
- 17.2. Os direitos relativos ao presente Contrato não poderão ser transferidos, cedidos ou onerados por qualquer forma.
- 17.3. A CONTRATANTE fica investida dos poderes de representação dos beneficiários inscritos perante a CONTRATADA e somente ela encaminhará as comunicações ou avisos inerentes à administração do plano, bem como poderá solicitar a inclusão ou exclusão de beneficiário, observadas as ressalvas previstas na cláusula anterior.
- 17.4. A CONTRATANTE admite a natureza da dívida líquida, certa e exigível, cobrável inclusive por processo de execução dos valores oriundos das suas taxas, do uso indevido em virtude de fraude comprovada, do excesso de permanência em internação após a alta médica, por serviços não cobertos e por utilização dentro dos prazos de carências, referentes a este Contrato.
- 17.5. Fica estabelecido que, na hipótese de a CONTRATANTE solicitar modificação do contrato, para segmentação que comporte padrão de conforto diverso do ora contratado, optando por mais elevado, deverá cumprir prazo de carência de 180 dias para a utilização do novo padrão de conforto. Além disso, caso haja pedido de reversão ao padrão de conforto anterior, antes de completados 12 meses da modificação, estará sujeito ao pagamento de indenização da diferença dos valores correspondentes ao período que faltar para completar este lapso mínimo pactuado.
- 17.6. Exceto na hipótese de não haver acomodação no padrão contratado, caso o beneficiário opte por acomodação hospitalar superior à prevista no Plano no qual está inscrito, se responsabilizará pelo valor da diferença de custos, diretamente, perante o hospital.
- 17.7. A **CONTRATADA** não se responsabilizará por qualquer procedimento da CONTRATANTE e/ou do beneficiário que contrarie as normas e rotinas contidas neste Contrato e seus termos aditivos, bem como na correspondência que complementarmente vier a ser trocada entre CONTRATANTE e CONTRATADA.
- 17.8. Modificações das Cláusulas deste Contrato serão admitidas por simples cartas, que assinadas por ambas as partes, passarão a fazer parte integrante deste Contrato.
- 17.9. A contratante também se obriga a manter seu endereço e seus contatos atualizados junto à **CONTRATADA**, para efetiva comunicação entre as partes, sendo que, caso não comunique eventual adesão ao contrato, poderá haver rescisão do contrato por parte da **CONTRATADA** mediante a simples comprovação do envio da notificação ao endereço cadastrado.
- 17.10. Quando da exclusão, a CONTRATANTE deverá recolher e devolver à CONTRATADA os cartões de identificação do beneficiário principal e, se houver, de seus dependentes.
- 17.11. As despesas decorrentes do atendimento de beneficiário que deixou de pertencer aos quadros da CONTRATANTE, cuja exclusão não tenha sido imediatamente comunicada à CONTRATADA, serão de responsabilidade da CONTRATANTE

17.12. Os casos omissos no presente instrumento contratual serão resolvidos de comum acordo entre as contratantes.

Cláusula Décima Oitava
DO FORO

18.1. As partes elegem o foro da sede da CONTRATANTE para solucionar quaisquer dúvidas ou controvérsias originadas deste contrato, renunciando expressamente, a qualquer outro por mais privilegiado que seja.

E, assim, por estarem concordes nos termos acima as partes contratantes firmam o presente instrumento, em duas vias de igual teor e forma, juntamente e, assistidas por duas testemunhas.

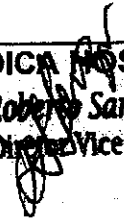
São José do Rio Preto, em 26 de Janeiro de 2018.

A CONTRATANTE:

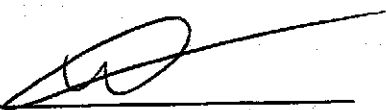

BALSAMO CAMARA MUNICIPAL

A CONTRATADA:


AUSTACLINICAS ASSISTÊNCIA MÉDICA HOSPITALAR LTDA.
Dr. Kassim Mohamed K. Hussain
Diretor Vice Presidente


Dr. Roberto Sant'anna Sergio
Diretor Vice Presidente

Testemunhas:


Nome: **Willian Telles de Pontes**
RG: **33.748.384-X**


Nome: **RELACIONES EMPRESARIAIS**
RG: **22.872.192-1**
Juliano Aurélio Lopes
RG: **22.872.192-1**

TERMO DE ADITAMENTO CONTRATO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Pelo presente instrumento e na melhor forma de direito, de um lado como **CONTRATADA**:

Contratada: AUSTACLINICAS ASSISTÊNCIA MÉDICA HOSPITALAR LTDA.
CNPJ: 59.847.780/0001-52
Endereço: Avenida Murchid Homsí, nº 1275 – Bairro Vila Diniz.
Cidade/Estado: São José do Rio Preto – SP
Registro na ANS: 32741-7
Classificação: Medicina de Grupo.
CRM/SP: 11.358

Neste ato, representada na forma de seus atos constitutivos, e de outro lado como **CONTRATANTE**:

Contratante: BALSAMO CAMARA MUNICIPAL
CNPJ: 51.847.507/0001-16
Endereço: RUA SAO PAULO
nº: 740 **Complemento:** **Bairro:** JD SAO DOMINGOS
Cidade: BALSAMO **Estado:** SÃO PAULO

Declararam as partes que em data de 26/01/18, celebraram **Contrato de Prestação de Serviço Médicos e Hospitalares – PLANO COLETIVO EMPRESARIAL com vínculo empregatício**, contratado, de segmentação assistencial ambulatorial + hospitalar com obstetrícia – Produto registrado na ANS sob o nº **417.910/99-2 – Padrão Standard** – Contrato registrado no Oficial de Registros e Documentos e Civil de Pessoa Jurídica da Comarca de São José do Rio Preto-SP sob o nº **626.056** - e na presente data e na melhor forma de direito, resolvem de comum acordo proceder ao presente ADITAMENTO:

CLÁUSULA PRIMEIRA - Em conformidade com o previsto na cláusula Décima Primeira, a **CONTRATANTE** remunerará a **CONTRATADA** pelos serviços descritos no contrato ora aditado de acordo com o que segue:

Parágrafo primeiro – As mensalidades estabelecidas de acordo com a faixa etária de cada beneficiário inscrito, conforme descrição do quadro abaixo:

Faixa	Faixa etária	Standard	Variação	Incidência
1	00 – 18 anos	R\$ 113,33	x.x.x	
2	19 – 23 anos	R\$ 140,40	44,2%	Sobre o preço de estabelecido na faixa 1.
3	24 – 28 anos	R\$ 150,55	0,0%	Sobre o preço de estabelecido na faixa 2.
4	29 – 33 anos	R\$ 159,02	0,0%	Sobre o preço de estabelecido na faixa 3.
5	34 – 38 anos	R\$ 172,53	14,7%	Sobre o preço de estabelecido na faixa 4.
6	39 – 43 anos	R\$ 186,06	0,0%	Sobre o preço de estabelecido na faixa 5.
7	44 – 48 anos	R\$ 279,09	50,0%	Sobre o preço de estabelecido na faixa 6.
8	49 – 53 anos	R\$ 287,55	0,0%	Sobre o preço de estabelecido na faixa 7.
9	54 – 58 anos	R\$ 343,38	7,8%	Sobre o preço de estabelecido na faixa 8.
10	59 anos ou mais	R\$ 678,31	108,6%	Sobre o preço de estabelecido na faixa 9.

Sendo certo que o percentual de variação em cada mudança de faixa etária obedecerá às dez faixas etárias, observando as seguintes condições:

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

Parágrafo Segundo – Os valores supra foram determinados a partir dos valores da tabela de comercialização registrada na ANS, sendo o preço único (taxa média) apurado através da média ponderada dos valores pelo respectivo número de beneficiários do contratante, ambos por faixa etária. Adicionalmente, sobre a média ponderada foi concedido um acréscimo de 22,51% (vinte e dois vírgula cinquenta e um por cento), em razão do grau de risco da atividade e da massa de beneficiários inicialmente contratada.

Parágrafo Terceiro – ☒ Com ou ☐ Sem a participação do empregador no custeio do benefício.

CLÁUSULA TERCEIRA – Em conformidade com o previsto na cláusula Décima Quarta, os ex-empregados deste contrato remunerarão a **CONTRATADA** pelos serviços descritos no contrato ora aditado de acordo com o que segue:

Parágrafo Primeiro - As taxas mensais dos beneficiários com vínculo inativo, ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa e aposentados, foram fixadas em função da idade do beneficiário inscrito, de acordo com as seguintes faixas etárias e conforme os percentuais de reajustes incidentes em cada uma delas:

Faixas Etárias:	Valores de Mensalidades:	Percentuais de Reajustes:
00 a 18 anos de idade	R\$ 113,38	0%
19 a 23 anos de idade	R\$ 163,51	42,2%
24 a 28 anos de idade	R\$ 163,51	0%
29 a 33 anos de idade	R\$ 163,51	0%
34 a 38 anos de idade	R\$ 187,48	14,7%
39 a 43 anos de idade	R\$ 187,48	0%
44 a 48 anos de idade	R\$ 281,24	50,0%
49 a 53 anos de idade	R\$ 281,24	0%
54 a 58 anos de idade	R\$ 303,04	7,8%
59 ou mais de idade	R\$ 632,21	108,6%

Parágrafo segundo – Reajuste para ex-beneficiários:

1. Nos termos da legislação vigente, o valor das mensalidades e da tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com o índice divulgado pela ANS para os contratos individuais/familiares, previsto em todos os contratos da carteira de planos privados de assistência à saúde exclusivo de ex-empregados e será aplicado na data base de aniversário do contrato, considerada esta o mês de sua assinatura.

2. Caso nova legislação venha a autorizar a correção em período inferior a 12 (doze) meses, a mesma terá aplicação imediata sobre este contrato.

3. Caso seja verificado o desequilíbrio econômico-atuarial da carteira de planos de ex-empregados, este contrato receberá reajuste por sinistralidade nos termos dos itens 4 a 6.

4. O desequilíbrio é constatado quando o nível de sinistralidade da carteira de planos exclusivos de ex-empregados ultrapassar a meta de sinistralidade, fixada em 78% (Sm), cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas da carteira de planos exclusivos de ex-empregados, apuradas no período de 12 meses consecutivos, anteriores à data base de aniversário do contrato.

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

$$R = (S/Sm) - 1 + IF (INPC)$$

Onde:

S - Sinistralidade apurada no período (12 meses) na carteira de planos exclusivos de ex-empregados;

Sm - Meta de Sinistralidade da carteira expressa em todos os contratos da carteira de planos exclusivos de ex-empregados; e

IF – Índice futuro (INPC);

6. Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, previsto no item 4, o mesmo deverá ser procedido de forma complementar ao especificado no item 1 e na mesma data, de forma a garantir a anualidade dos reajustes.

7. Na hipótese de descontinuidade do índice estabelecido no item 1, será estipulado novo índice mediante instrumento específico.

8. Independentemente da data de inclusão dos beneficiários, 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.

9. Para fins da apuração do reajuste anual no valor das mensalidades e das tabelas de preços para novas adesões, a carteira de planos exclusivos de ex-empregados da operadora é tratada de forma unificada, sendo adotado um único critério de apuração do percentual de reajuste para todos os contratos.

10. Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados entre os contratos que integram a carteira de planos exclusivos de ex-empregados, em um mesmo mês.

11. Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados entre beneficiários no presente contrato.

12. 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 nº 9656, de 1998.

13. Os reajustes efetuados serão comunicados à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e divulgados no Portal Corporativo da operadora na Internet, em até 30 (trinta) dias após a sua aplicação, conforme determinado pela legislação em vigor.

CLÁUSULA QUARTA - A CONTRATANTE pagará ainda a CONTRATADA uma taxa de implantação, para cada funcionário seu que ficar sujeito às condições do contrato ora aditado, conforme previsto no contrato ora aditado.

Parágrafo Primeiro - A taxa de implantação será calculada a taxa de 20% (vinte por cento) por beneficiário, tomando-se por base da taxa mensal prevista no parágrafo primeiro, da cláusula.

Parágrafo Segundo - As faturas, deverão ser quitadas pela CONTRATANTE no sistema de pré-pagamento, até o dia 10 (DEZ) de cada mês de competência.

CLÁUSULA QUINTA - As taxas mensais previstas no parágrafo primeiro, da cláusula primeira, serão reajustadas observado o previsto no contrato - cláusula décima segunda e seus números da remuneração e condições de pagamento.

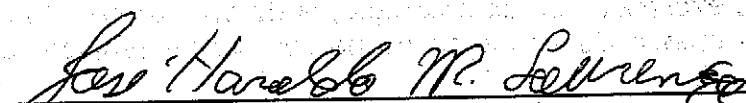
CLÁUSULA SEXTA - Para fins do disposto na cláusula Segunda do contrato ora aditado, além de pessoas elencadas no seu item 2.1, serão considerados beneficiários dependentes: a) filhos(as), solteiros(as) e casados(as), de qualquer idade; b) genros, noras e netos, estes desde que seus ascendentes (pai/mãe e avó/avô) também estejam devidamente inscritos; c) enteados(as) solteiros(as) até 21 (vinte e um) anos de idade.

Parágrafo Primeiro - Em quaisquer das hipóteses acima, os beneficiários dependentes somente poderão ser inscritos ou permanecer neste contrato enquanto o beneficiário-titular, seu ascendente, possuir vínculo com a empresa associada à CONTRATANTE, desde que estas duas últimas também permaneçam vinculadas entre si.

CLÁUSULA SÉTIMA - Assim, justos e contratados mandaram confeccionar este termo aditivo, que foi lido, acharam conforme, assinam o em duas vias de igual teor e forma, para um só efeito, na presença de duas (2) testemunhas.

São José do Rio Preto - SP, em 26 de Janeiro de 2018.

Contratante:

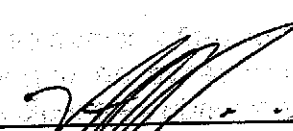

BALSAMO CAMARA MUNICIPAL

Contratada:


AUSTACLÍNICAS ASSISTÊNCIA MÉDICA HOSPITALAR LTDA
Dr. Kassim Mohamed K. Hussain Dr. Roberto Sant'anna Sérgio
Diretor Vice Presidente Diretor Vice Presidente

Testemunhas:


Nome: Willian Telles de Pontes
RG: 33.748.384-X


Nome: Juliana Aurélio Lopes
RG: 22.872.192-1