

**CONTRATO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
REGISTRO AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR N.º :
454.668/06-7
PLANO AMBULATORIAL INDIVIDUAL MEMORIAL TOP**

Instrumento Jurídico

CLÁUSULA PRIMEIRA - QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA

Contrato de Plano Privado de Assistência à Saúde, que fazem entre si, de um lado, como CONTRATADA, CENTRO MÉDICO FÁTIMA, Operadora de Plano de Assistência à Saúde com sede na Rua Dezenove de Fevereiro, 126 – Botafogo - Rio de Janeiro, inscrita no CNPJ sob o n.º.27.533.116/0001-42; Certificado de Registro junto à AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS n.º. 40.888-3, de acordo com a Lei n.º 9656 de 03/06/1998 e Medida Provisória n.º 2.177-44 de 24/08/2001, classificada como Medicina de grupo, que comercializam produtos devidamente regulamentados.

CLÁUSULA SEGUNDA - QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE

Como CONTRATANTE Sr. (a)
_____, (nome), filiação
_____, (data de nascimento) _____
(nacionalidade), _____ (estado civil),
_____, (profissão), _____ (carteira de
identidade), _____ (CPF/MF), residente
_____, signatário
deste Contrato de acordo com a SOLICITAÇÃO DA PROPOSTA DE ADESÃO
CONTRATUAL, que integra o presente Contrato.

CLÁUSULA TERCEIRA - OBJETO DO CONTRATO

- 3 - O presente contrato tem por objetivo a prestação continuada de serviços na forma de Plano Privado de Assistência à Saúde médica, ambulatorial, conforme previsto no inciso I, art. 1º da Lei 9.656/98, abrangendo a cobertura descrita na classificação estatística internacional de doenças e problemas com a saúde, da organização mundial de saúde, as especialidades definidas pelo Conselho Federal de Medicina, bem como no Rol de Procedimentos instituído pela Agência Nacional de Saúde, nº 82/2004 e suas atualizações, aos Beneficiários regularmente inscritos, na forma e condições deste instrumento.
- 3.1 A assistência ora pactuada visa à prevenção da doença e à recuperação e manutenção da saúde, observando-se a legislação vigente e os termos deste instrumento, em especial, as coberturas contratadas.

CLÁUSULA QUARTA - NATUREZA DO CONTRATO

Este contrato é bilateral, pois gera direitos e obrigações individuais para as partes, na forma do disposto no Código Civil, nos artigos 458 e 461 e o artigo 54 do Código de Defesa do Consumidor, tendo por características principais a bilateralidade, a onerosidade e aleatoriedade.

CLÁUSULA QUINTA - NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

Produto: PLANO AMBULATORIAL INDIVIDUAL MEMORIAL TOP
Nº. de registro do Plano na ANS: 454668/06-7

CLÁUSULA SEXTA - TIPO DE CONTRATAÇÃO

Individual e Familiar.

CLÁUSULA SÉTIMA - TIPO DE SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE

Plano Ambulatorial

CLÁUSULA OITAVA - ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE

Área geográfica de abrangência: municipal
Município: Rio de Janeiro

CLÁUSULA NONA - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

- 9 - CONTRATANTE: o titular do presente contrato
- 9.1 DEPENDENTES: são os beneficiários, inscritos pelo Contratante-Titular, inclusos na proposta de adesão contratual, englobando:
- a) O (a) cônjuge ou companheiro (a).
 - b) Os filhos de ambos os sexos, tutelados e posse e guarda, os enteados nas mesmas condições de filhos.
 - c) Os filhos adotivos, com idade até 12 (doze) anos, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo Beneficiário adotante.

- 9.2 Cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, como seu dependente, isento do cumprimento da carência, desde que a inscrição ocorra durante os primeiros 30 (trinta) dias do nascimento ou da adoção.

CLÁUSULA DÉCIMA - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

- 10 - O plano de segmentação ambulatorial de assistência à saúde, com cobertura de todas as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, de todas as especialidades do Conselho Federal de Medicina, bem como do rol de procedimentos estabelecido pela ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, compreende o atendimento médico-ambulatorial, serviços auxiliares de diagnose e terapia, quando realizados exclusivamente na área de abrangência do plano. Estão asseguradas as seguintes segmentações e respectivas coberturas:

10.1 SEGMENTO AMBULATORIAL

- 10.1.1 Compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, observadas as seguintes exigências:
- a) Cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas ou especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal.
 - b) Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, mesmo quando realizados em consultório ou ambulatório.
 - c) Cobertura de atendimentos caracterizados como de urgência e emergência que demandem atenção continuada, pelo período de 12 (doze) horas.
 - d) Cobertura dos procedimentos especiais:
hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;
quimioterapia ambulatorial;
radioterapia (megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletroterapia e etc);
hemoterapia ambulatorial;
cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

10.2 SAÚDE MENTAL

- 10.2.1 Compreende os atendimentos AMBULATORIAIS, observadas as seguintes exigências:

- a) Cobertura do Atendimento às emergências, assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio de auto-agressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes.
- b) Cobertura da psicoterapia de crise, prestada por um ou mais profissionais da área de saúde mental com duração máxima de 12 (doze) semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência, e sendo limitada a 12 (doze) sessões, por ano de contrato, não cumuláveis.
- c) Cobertura do tratamento básico, prestado por médico, com número ilimitado de consultas e cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente.

CLÁUSULA DECIMA PRIMEIRA - EXCLUSÕES DE COBERTURA

11 - Estão excluídos deste contrato:

- a) Tratamento clínico experimental.
- b) Procedimentos clínicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim.
- c) Inseminação artificial.
- d) Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética.
- e) Fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados.
- f) Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar.
- g) Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios, não ligados a ato cirúrgico ambulatorial.
- h) Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pela autoridade competente.
- i) Caso de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.
- j) Tratamentos em clínicas de emagrecimento (exceto para tratamentos da obesidade mórbida), clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar.
- k) Tratamentos em spa, mesmo que para tratamentos de obesidade mórbida.

- l) Consultas domiciliares.
- m) Transplantes.

CLÁUSULA DECIMA SEGUNDA - VIGÊNCIA

O presente contrato vigorará pelo prazo mínimo de 12 (doze) meses, contados a partir da assinatura do Contrato da proposta de adesão ou do primeiro pagamento, o que ocorrer primeiro.

CLÁUSULA DECIMA TERCEIRA - CONDIÇÕES DE RENOVAÇÃO AUTOMÁTICA

13 - O presente contrato tem renovação automática por igual período, a partir do vencimento do prazo inicial de vigência, desde que não ocorra manifestação contrária do CONTRATANTE, com 30 (trinta) dias anteriores ao Término do Contrato. Não caberá a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato de renovação.

13.1 Fica vedada a recontagem de carência.

CLÁUSULA DECIMA QUARTA - PERÍODOS DE CARÊNCIA

14 - DA CARÊNCIA - É o período de tempo, contado da assinatura do Contrato, da proposta de adesão ou do primeiro pagamento, o que ocorrer primeiro, onde o CONTRATANTE deverá permanecer no plano, sem direito à (s) garantia (s) coberta(s) por este contrato conforme definido neste CAPÍTULO.

14.1 A carência será de:

- a) 24 (vinte e quatro) horas - cobertura integral para os casos de emergências e urgências;
- b) 24 (vinte e quatro) horas - para Consultas Médicas Ambulatoriais
- c) 30 (trinta) dias para EXAMES e PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS
Nebulizações, Lavagem Auricular, Sutura de Ferimentos, Drenagem de Abscessos, Imobilizações, Engessamentos, Curativos Ambulatoriais, além da cobertura Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, listados no Rol de Procedimentos do Plano Ambulatorial, quando solicitados pelo médico assistente, mesmo se realizados em ambiente hospitalar, mas, desde que não se caracterizem como internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que, embora prescindam de internação, necessitem de apoio hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, ou serviços de recuperação anestésica, UTI, CETIN e similares.

- d) 60 (sessenta) dias para EXAMES COMPLEMENTARES AMBULATORIAIS
Exames de Laboratório (Análises Clínicas e Citopatológico), Eletrocardiograma Convencional, Eletroencefalograma Convencional, Exames Radiológicos não Contrastados, Colposcopia, Colpocitologia, Preventivo do Câncer Ginecológico, Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, listados no Rol de Procedimentos do Plano Ambulatorial , quando solicitados pelo médico assistente, mesmo se realizados em ambiente hospitalar, mas, desde que não se caracterize como internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que, embora prescindam de internação, necessitem de apoio hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, ou serviços de recuperação anestésica, UTI, CETIN e similares.
- e) 120 (cento e vinte) dias para exames e procedimentos que necessitem de autorização prévia para sua realização.
- f) 150 (cento e cinquenta) dias para PROCEDIMENTOS E EXAMES COMPLEMENTARES AMBULATORIAIS
- g) 180 (cento e oitenta) dias para PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAIS

CLÁUSULA DECIMA QUINTA - DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES

- 15 - O CONTRATANTE e seus beneficiários estarão obrigados a informar à CONTRATADA, através de um formulário de declaração de saúde, a condição sabida de doença ou lesão preexistente, previamente à assinatura deste contrato, sob pena de imputação de fraude, sujeito à suspensão ou denúncia do contrato.
- 15.1 Cabe ao CONTRATANTE e seus beneficiários escolher um médico da rede de prestadores credenciados ou referenciados da CONTRATADA, sem qualquer ônus, para proceder à entrevista qualificada. Caso opte por ser orientado por médico não pertencente à rede assistencial da CONTRATADA, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus dessa entrevista.
- 15.2 A declaração de saúde, elaborado pela CONTRATADA, tem o objetivo principal de relacionar, se for o caso, todas as doenças de conhecimento prévio do CONTRATANTE, em relação a si próprio e a todos os seus beneficiários.
- 15.3 O médico escolhido para a entrevista qualificada atuará como orientador, esclarecendo, sobre o preenchimento do formulário, todas as questões pertinentes às principais doenças ou lesões passíveis de serem classificadas como preexistentes, as alternativas de coberturas e demais conseqüências em relação à sua omissão.

- 15.4 É vedada a alegação de doenças ou lesões preexistentes, após a entrevista qualificada, se porventura for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no CONTRATANTE e seus beneficiários.
- 15.5 A CONTRATADA verificando, por perícia ou na entrevista, através da declaração expressa do CONTRATANTE, a existência de lesão ou doença preexistente, em que o consumidor saiba ser portador à época da contratação do plano, oferecerá ao CONTRATANTE a cobertura parcial temporária ou agravo do contrato. Cabe exclusivamente ao CONTRATANTE a escolha de umas das alternativas, por meio de declaração expressa.
- 15.6 Caso o CONTRATANTE opte pela alternativa de agravo do contrato, a CONTRATADA oferecerá proposta esclarecendo a diferença e valores envolvidos em comparação com os demais planos da mesma segmentação. O agravo será aplicado apenas à patologia que requeira procedimentos de alta complexidade, exclusivamente relacionados à doença ou lesão preexistente.
- 15.7 A cobertura parcial temporária provocará a suspensão da cobertura de procedimentos de alta complexidade, relacionados às doenças e lesões preexistentes, por um prazo máximo de 24 (vinte e quatro) meses da data da assinatura do contrato. Findo o prazo, a cobertura será integral, não cabendo qualquer tipo de agravo.
- 15.8 A CONTRATADA poderá comprovar o conhecimento prévio do CONTRATANTE sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão preexistente, durante o período de 24 (vinte e quatro) meses, podendo a omissão desta informação ser caracterizada como comportamento fraudulento. Para fins desta comprovação, a CONTRATADA poderá utilizar-se de qualquer documento legal, assumindo o ônus da prova, e comunicando imediatamente ao CONTRATANTE a existência de doença ou lesão, não declarada por ocasião da contratação do plano.
- 15.9 Caso o CONTRATANTE não concorde com a alegação, a CONTRATADA deverá encaminhar a documentação pertinente à ANS.
- 15.10 Se for acolhida a alegação pela ANS, o 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 pela CONTRATADA.
- 15.11 Não haverá, sob qualquer alegação, a suspensão do contrato até o julgamento pela ANS.

CLÁUSULA DECIMA SEXTA - URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

- 16 - É obrigatória a cobertura integral do atendimento ambulatorial nos casos:

- a) **De emergência:** são aquelas que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizadas em declaração do médico assistente.
 - b) **De urgência:** são os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.
- 16.1 O CONTRATANTE terá direito à cobertura de procedimentos de urgência e emergência, limitada até as primeiras 12 (doze) horas do atendimento. Quando necessária, para a continuidade do atendimento de urgência e emergência, a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e em tempo maior que 12 (doze) horas, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser do CONTRATANTE, não cabendo ônus à operadora.
- 16.2 Deverá ser efetuado o reembolso em todos os tipos de procedimentos, nos limites das obrigações contratuais, das despesas realizadas pelo usuário com assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios, credenciados ou referenciados da CONTRATADA, dentro da área de abrangência geográfica, de acordo com a relação de preços médicos e hospitalares praticados na rede credenciada.
- 16.3 O beneficiário deverá apresentar os documentos e comprovantes de pagamentos originais das despesas efetuadas para efeito de reembolso que será efetuado no prazo de 30 (trinta) dias, a partir da entrega da documentação.
- 16.4 Os atendimentos caracterizados como urgência e emergência, relacionados à doença ou lesão preexistente, terão cobertura igual à da segmentação ambulatorial, ou seja, de 12 (doze) horas.

CLÁUSULA DECIMA SÉTIMA - REMOÇÃO

Cabe à operadora o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha de serviço de emergência, visando à continuidade do atendimento. Na remoção, a operadora 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.

CLÁUSULA DECIMA OITAVA - MECANISMOS DE REGULAÇÃO

- 18 - As ações de controle, ou regulação, tanto na demanda quanto da utilização dos serviços assistenciais, serão realizadas em compatibilidade com o disposto no código

de ética profissional, na Lei 9656/98 e regulamentação pertinente, e de acordo com os critérios estabelecidos neste contrato.

- 18.1 A CONTRATADA fornecerá à CONTRATANTE laudo circunstanciado, quando for solicitada, bem como cópia de toda a documentação relativa às questões de impasse que possam surgir no curso do contrato decorrente da utilização dos mecanismos de regulação.
- 18.2 Será garantido ao beneficiário o atendimento pelo profissional avaliador, no prazo máximo de um dia útil, a partir da solicitação, para a definição dos casos de aplicação das regras de regulação, ou em prazo inferior, quando caracterizada a urgência.
- 18.3 Os serviços médicos e hospitalares, integrantes deste contrato, serão prestados através da REDE CREDENCIADA da CONTRATADA, assinalados no MANUAL DO USUÁRIO.
- 18.4 A CONTRATADA poderá pedir informações complementares ao médico assistente do beneficiário, caso seja constatada inexatidão ou omissão nas declarações e/ou informações prestadas nas Guias de Solicitação de Serviços/Procedimentos.
- 18.5 DIVERGÊNCIA MÉDICA - No caso de situações de divergência médica, a definição do impasse será através de junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pela CONTRATANTE, por médico da CONTRATADA e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos 2 (dois) profissionais nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da operadora.
- 18.6 MATERIAL EXPLICATIVO - Quando da assinatura do contrato, a CONTRATADA entregará ao CONTRATANTE cópia deste contrato e manual do usuário.
- 18.7 UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS - Os beneficiários somente utilizarão a REDE CREDENCIADA PRÓPRIA OU CONTRATADA, salvo nos casos de urgência e emergência:
 - 18.7.1 Utilização de consulta será pela marcação da mesma, pelo beneficiário, com o médico de sua escolha e pertencente à REDE CREDENCIADA da CONTRATADA, sendo obrigatório apresentar, no ato da consulta, os seguintes documentos:
 - a) Cartão de identificação do beneficiário do plano.
 - b) Documento de identidade.
- 18.8 DOCUMENTAÇÃO - São documentos do presente contrato: Proposta de Adesão, tabela de Contribuição, o Manual do Usuário e o Guia Médico, quando for o caso, a declaração de saúde dos beneficiários inscritos.
 - 18.8.1 Qualquer alteração nesses documentos, ou no próprio contrato, só será válida, se for feita por escrito e com concordância das partes contratantes, desde que não sejam alteradas as características do produto contratado e registrado junto à ANS.

- 18.9 MEIOS DE DIVULGAÇÃO - O beneficiário receberá o MANUAL DO USUÁRIO do plano, contendo a rede dos prestadores de serviços. Também poderá acessar o site da CONTRATADA (www.memorialsaudebotafogo.com.br) para o mesmo fim ou para outras informações pertinentes às mensalidades, procedimentos utilizados e outros serviços médicos.
- 18.9.1 Para dirimir dúvidas a respeito do seu plano, para marcação de internação e prorrogações, o beneficiário da CONTRATANTE, além do site da CONTRATADA, poderá fazê-lo, através do Call Center.
- 18.10 TRANSFERÊNCIA DE PLANOS - Poderá ser feita transferência do Plano para outro, na data do vencimento, mediante acordo entre as partes. A transferência de planos pode se dar a qualquer tempo, podendo ser instituídas carências para novos procedimentos incluídos no presente contrato.
- 18.10.1 A CONTRATADA reserva-se o direito de cancelar os serviços credenciados de médicos, laboratórios e demais atendimentos, obrigando-se a nomear novos serviços de atendimento do mesmo padrão.
- 18.10.2 A CONTRATADA aceitará proposta da CONTRATANTE para analisar novos credenciamentos em áreas consideradas carentes.
- 18.11 DIRECIONAMENTO DE ATENDIMENTOS - Os procedimentos, abaixo relacionados, só serão realizados por credenciados participantes dos Programas de Projetos Especiais (PPE), constantes no manual no usuário com a finalidade do gerenciamento da demanda, salvo os atendimentos decorrentes de urgência ou emergência:
- a) transplante de rim e córnea;
 - b) cirurgia cardíaca;
 - c) atendimentos aos portadores de HIV;
 - d) atendimento psiquiátrico e dependência química;
 - e) hemodiálise e diálise peritoneal;
 - f) tratamento oncológico (quimioterapia e radioterapia);
 - g) atendimento em pacientes portadores de doenças crônicas.
- 18.11.1 São passíveis de autorização prévia os seguintes exames e procedimentos:
- a) todas internações e/ou procedimentos eletivos;

- b) todas cirurgias eletivas;
- c) todos procedimentos solicitados por médico(a) não credenciado(a);
- d) todos exames e/ou procedimentos que exijam qualquer tipo de analgésico e/ou sedação, e/ou anestesia, desde que sejam eletivos;
- e) litotripsia;
- f) punções e Biópsia;
- g) provas e testes alérgicos;
- h) teste ergométrico;
- i) eletrocardiografia dinâmica;
- j) ecocardiograma;
- k) exames e/ou tratamento por hemodinâmica;
- l) monitorização ambulatorial de pressão arterial;
- m) exame de anatomia patológica e citopatológica;
- n) eletroencefalografia e neurofisiologia e eletromiografia;
- o) endoscopia diagnóstica e/ou terapêutica de trato digestivo, respiratório e genito-urinário;
- p) fisioterapia;
- q) exames citogenéticos;
- r) transfusão sanguínea eletiva;
- s) pesquisa de HIV;
- t) biópsias;
- u) dosagens hormonais;
- w) provas ventilatorias;
- x) quimioterapia e/ou radioterapia;

- y) exames e/ou tratamento de medicina nuclear e por radioimunoensaio;
- z) radiodiagnóstico contratado;
- aa) radiologia intervencionista;
- ab) ultra-sonografia densitometria óssea;
- ac) tomografias computadorizadas;
- ad) exames de ressonância nuclear magnética;
- ae) exames de ecodoppler;
- af) exames e/ou procedimentos oftalmológicos eletivos;
- ag) exames e/ou procedimentos otorrinolaringológico eletivo;
- ah) exames e/ou procedimentos urológicos eletivos;
- ai) exames e/ou procedimentos ginecológicos eletivos;
- aj) emodiálise e/ou diálise peritoneal.

18.12 Consideram-se como fazendo parte destes itens os seguintes procedimentos:

- a) Todas as consultas ambulatoriais em todas as especialidades.
- b) Todos os atendimentos de urgência, caracterizados como Acidentes Pessoais ou complicações no processo Gestacional.
- c) Terapia ambulatorial e exames na listagem de alta complexidade que necessitam de autorização prévia.

CLÁUSULA DECIMA NONA - FORMAÇÃO DE PREÇO

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

CLÁUSULA VIGÉSSIMA - PAGAMENTO DA MENSALIDADE

20 - A CONTRATANTE obriga-se a pagar à CONTRATADA, no local, forma e nos prazos, as mensalidades calculadas de acordo com o número de Beneficiários inscritos e suas características de distribuição por faixa etária:

- 20.1 O não recebimento do aviso da cobrança mensal não desobriga a CONTRATANTE de quitar as mensalidades de seus beneficiários até a data do vencimento. O escritório da CONTRATADA fica obrigado a fornecer, quando solicitado, recibo avulso para a quitação do débito.
- 20.2 A partir da data do vencimento, a mensalidade será acrescida de multa de 2% (dois por cento) e mora diária, de acordo com a legislação em vigor.
- 20.3 A CONTRATADA mantém seus direitos de cobrar os débitos existentes, decorrentes do não pagamento de contribuições em atraso.

CLÁUSULA VIGÉSSIMA PRIMEIRA - REAJUSTE

REAJUSTE FINANCEIRO - O reajuste financeiro das contribuições terá por base a variação de custos médico-hospitalares, adotando-se como referência o índice estabelecido e autorizado pela Agência Nacional de Saúde - ANS, cuja periodicidade será anual.

CLÁUSULA VIGÉSSIMA SEGUNDA - FAIXAS ETÁRIAS

22 - Além dos casos previstos no CAPÍTULO X, as mensalidades serão reajustadas, quando houver mudança de faixa etária dos CONTRATANTES, com exclusão da faixa etária de 59 (cinquenta e nove) anos em diante de acordo com o Estatuto do Idoso e a as faixas etárias ditadas na Res. Normativa n.º63/03 da ANS.

22.1 As faixas etárias que trata a presente CLÁUSULA são:

- 1ª Faixa - 00 até 18 anos 0,00%
- 2ª Faixa - 19 até 23 anos 40,63%
- 3ª Faixa - 24 até 28 anos 4,44%
- 4ª Faixa - 29 até 33 anos 6,38%
- 5ª Faixa - 34 até 38 anos 6,00%
- 6ª Faixa - 39 até 43 anos 13,21%
- 7ª Faixa - 44 até 48 anos 13,33%
- 8ª Faixa - 49 até 53 anos 2,93%
- 9ª Faixa - 54 até 58 anos 2,86%
- 10ª Faixa - 59 ou mais 100,69%

22.2 Ocorrendo mudança na idade do CONTRATANTE, que implique em deslocamento para outra faixa etária, as mensalidades serão cobradas a partir do mês subsequente da ocorrência da alteração.

CLÁUSULA VIGÉSSIMA TERCEIRA - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

- 23 - A perda da qualidade de beneficiário acontecerá quando for solicitada pelo CONTRATANTE.
- a) Quando o CONTRATANTE solicitar por escrito a exclusão de beneficiário, será obrigatória a devolução das carteiras de identificação, ou no caso de perda das mesmas.
- b) No caso de morte do CONTRATANTE, manter-se-ão os direitos dos demais beneficiários, desde que haja formalização de novo titular, assumindo todas as obrigações, deveres e direitos do anterior através de um aditivo.

CLÁUSULA VIGÉSSIMA QUARTA - RESCISÃO

- 24 - Ocorrerá a rescisão contratual, nos casos de fraude comprovados, ou de processo administrativo junto à ANS ou no caso de morte do CONTRATANTE, desde que não haja formalização de novo titular.
Haverá rescisão contratual, nos casos em que forem comprovadas fraudes ou o não pagamento da mensalidade por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do Contrato, desde que o Contratante seja notificado, até o 50º (qüinquagésimo) dia de inadimplência.
- 24.1 Por solicitação do contratante o Contrato poderá ser rescindido, com 30 (trinta) dias de antecedência do término do contrato.

CLÁUSULA VIGÉSSIMA QUINTA - DISPOSIÇÕES GERAIS

- 25 - A CONTRATADA é obrigada na hipótese de violar o direito do beneficiário, a reparar os danos que lhe forem causados por si, por seus funcionários, prepostos e/ou credenciados.
- 25.1 O presente contrato obriga as partes contratantes por si, seus herdeiros e sucessores, ao seu perfeito e restrito cumprimento.
- 25.2 A CONTRATADA fornecerá a cada beneficiário, em até 30 (trinta) dias após a sua admissão no plano, um cartão de identificação do plano de saúde, sendo que sua utilização deverá ser acompanhada de outro documento de identidade, com foto, em consonância com as condições contratuais.
- 25.3 As expressões abaixo relacionadas têm o objetivo de definir, junto ao CONTRATANTE, o atendimento dos termos técnicos encontrados neste contrato:

- a) ACIDENTE PESSOAL**
É o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física, não definidos pela legislação em vigor como acidente de trabalho que, por si só, e independente de toda e qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico.
- b) AGRAVO**
Qualquer acréscimo no valor da mensalidade, pago ao plano de saúde, oferecido ao consumidor como alternativa à adoção de cláusula de Cobertura Parcial Temporária para doenças e lesões pré-existentes.
- c) BENEFICIÁRIOS**
Beneficiário Titular: É o CONTRATANTE.
Beneficiário Dependente: É o cônjuge e os dependentes diretos do Titular, inseridos na Proposta de Adesão Contratual.
- d) CARÊNCIA**
É o período pré-determinado no início do Contrato, durante o qual o(s) beneficiário(s) não pode(m) usar integralmente os serviços oferecidos pelo plano de saúde.
- e) COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA**
É o período de até 24 (vinte e quatro) meses, estabelecido em contrato, durante o qual as doenças e lesões preexistentes declaradas pelo(s) beneficiário(s) não têm cobertura integral, podendo, neste período, haver exclusão da cobertura de eventos cirúrgicos, procedimentos de alta complexidade definidos pela ANS, e internação em unidade de tratamento intensivo, assim consideradas aquelas que apresentam as características definidas na Portaria GM n.º 3432, de 12 de agosto de 1.998, do Ministério da Saúde.
- f) CONTRATO**
É o documento que estabelece obrigações e direitos tanto da operadora quanto do beneficiário de um mesmo plano de assistência à saúde.
- g) CONSULTAS MÉDICAS PSIQUIÁTRICAS**
É o tratamento básico, com apoio diagnóstico e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente do paciente.
- h) DOENÇA**
É o evento mórbido, de causa não acidental, que requer assistência médica e/ou hospitalar.
- i) DOENÇA AGUDA**
É toda doença de surgimento súbito, passível de ser reversível com tratamento.
- j) DOENÇA CRÔNICA**
É toda doença de caráter mórbido irreversível, passível de crises de agudização.

- k) DOENÇA CONGÊNITA**
É toda doença com a qual o indivíduo nasce. Hereditária ou adquirida durante a vida intra-uterina, com manifestação a qualquer tempo.
- l) DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES**
São todas as doenças que o beneficiário saiba ser portador, à época da contratação do plano de saúde.
- m) EMERGÊNCIA**
Situações clínicas ou cirúrgicas em que há necessidade de atuação médica imediata, por implicar risco de vida ou de lesões irreparáveis ao paciente, e caracterizadas em declaração do médico assistente.
- n) EMERGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS**
São situações que impliquem em risco de vida ou danos físicos para o próprio paciente ou para terceiros, incluídas as ameaças e tentativas de danos morais e patrimoniais importantes.
- o) ENTREVISTA QUALIFICADA DE DECLARAÇÃO DE SAÚDE**
É a prerrogativa de todo beneficiário tem de ser esclarecido, por um médico da rede credenciada da CONTRATADA, sobre seus direitos e restrições contratuais.
Na Entrevista Qualificada, o BENEFICIÁRIO informa à CONTRATADA com veracidade, sob pena de RESCISÃO, suas condições de saúde atuais e anteriores e as dos seus dependentes, conforme Resolução Normativa RN nº 20, de 12/12/2002, da ANS.
- p) EVENTO**
É todo conjunto de ocorrências e/ou serviços de assistência médico-hospitalar, que tenham por origem ou causa o mesmo dano involuntário à saúde do beneficiário, em decorrência de acidente pessoal ou doença.
- q) MENSALIDADE**
Pagamentos efetuados pelo CONTRATANTE para custeio do plano de saúde, mesmo que em periodicidade diversa da mensal.
- r) PLANO FAMILIAR**
É o plano que tem a participação do CONTRATANTE Beneficiário - Titular, como pessoa física, e pelo menos mais um Beneficiário - Dependente.
- s) PLANO INDIVIDUAL**
É o plano que só tem a participação do CONTRATANTE Beneficiário - Titular, como pessoa física.
- t) PROCEDIMENTOS**
São todos os atos médicos ou paramédicos que têm por objetivo a avaliação, manutenção ou recuperação da saúde do beneficiário.

- u) **PROPOSTA DE ADESÃO CONTRATUAL**
É o documento onde constam todos os dados cadastrais do CONTRATANTE/PROPONENTE e seus dependentes ou seu responsável legal, onde ele assina com o compromisso de realizar a ENTREVISTA QUALIFICADA DE DECLARAÇÃO DE SAÚDE.
- v) **PRONTO-ATENDIMENTO HOSPITALAR**
Todo e qualquer atendimento que se resolva em 12 (doze) horas. Ao ultrapassar esse período, fica caracterizada uma internação hospitalar.
- w) **S.A.D.T.**
Serviços Auxiliares de Diagnósticos e Tratamento.
- x) **TABELA DE SERVIÇOS DA CONTRATADA**
É a tabela onde constam os honorários médicos, exames complementares e internações hospitalares, bem como determina o número de profissionais da equipe médica, porte anestésico, remoções e serviços hospitalares. Sempre que a CONTRATADA julgar necessário, poderá incluir novos procedimentos.
- y) **URGÊNCIAS**
Assim entendidas os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

CLÁUSULA VIGÉSSIMA SEXTA - ELEIÇÃO DE FORO

As partes assinam o presente Contrato em 2 (duas) vias de igual teor, e elegem o Foro do CONTRATANTE para dirimir dúvidas decorrentes do presente Contrato, renunciando a qualquer outro por mais privilegiado que seja.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 2006.

CONTRATANTE: _____

CONTRATADO: _____

Testemunhas:
