

CONTRATO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
REGISTRO AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR N.º: 470.001/13-5
PLANO: MEMORIAL PLUS

CARACTERÍSTICAS GERAIS DO CONTRATO

a)- QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA

Contrato de Plano Privado de Assistência à Saúde, que fazem entre si, de um lado, como CONTRATADA, CENTRO MÉDICO FÁTIMA LTDA, operadora de Plano de Assistência à Saúde com sede na R. Dezenove de Fevereiro, 126 - Botafogo - Rio de Janeiro - CEP. 22280-030, 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.

b)- QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE

Razão Social: _____
Endereço: _____
Bairro: _____ E-mail: _____
CEP: _____ Município: _____ UF: _____
CNPJ: _____ Inscrição: _____ Estadual: _____
Tel: _____ Fax: _____ Contato: _____

c)- NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

PRODUTO: **MEMORIAL PLUS**

Nº de Registro do Plano na ANS: **470.001/13-5**

d)- TIPO DE CONTRATAÇÃO

COLETIVO EMPRESARIAL

e)- SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE

AMBULATORIAL.

f)- ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE

Área de abrangência geográfica: Municipal

g)- ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE

RJ - Rio de Janeiro

h)- PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

Será assegurada durante as primeiras 12 (doze) horas de atendimento, em enfermaria ou em quarto coletivo de 2 (dois) ou mais leitos, podendo cessar antes caso caracterizada a necessidade de realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar.

i) – 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.

CONTRATO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
REGISTRO AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR N.º: 470.001/13-5
PLANO: MEMORIAL PLUS

j)- SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS

Atendimento fora da abrangência geográfica contratada

Cobertura do atendimento de Emergência fora da abrangência geográfica do contrato, pelo sistema Nacional Abrange.

Entende-se por Emergências: Perda de consciência; dor no peito intensa irradiando-se para membro superior ou queixo com sudorese e/ou falta de ar; alterações súbitas da consciência com dificuldade de movimentar membros; hemorragias vultosas; quadro alérgico grave; dispneia intensa com cianose; crise hipertensiva com cefaleia, alterações da consciência e perda momentânea da visão; perda de líquidos com queda de pressão e sinais de desidratação; fraturas sem ou com hemorragia ou perda da consciência; choques elétricos; intoxicações graves; aspiração de corpos estranhos; tonturas intensas acompanhadas de sonolência; dor lombar súbita com náuseas e/ou vômitos e alterações urinárias; cortes profundos.

k)- CRITÉRIO PARA ADOÇÃO DO PREÇO ÚNICO E PARTICIPAÇÃO DO EMPREGADOR

Em atenção ao disposto no § 1º do artigo 15 da RN nº 279, de 2011, foi adotado o seguinte critério para a determinação do preço único e da participação do empregador: _____

CONTRATO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
REGISTRO AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR N.º: 470.001/13-5
PLANO: MEMORIAL PLUS

INSTRUMENTO JURÍDICO

TEMA I – ATRIBUTOS DO CONTRATO

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

O presente contrato é de adesão, bilateral, gerando direitos e obrigações para as partes, conforme dispõe o Código Civil Brasileiro, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

TEMA II - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

Plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à CONTRATANTE por relação empregatícia ou estatutária. Podem ser inscritos no plano como Beneficiários Titulares as pessoas que comprovem o(s) seguinte(s) vínculo(s) com a CONTRATANTE: _____.

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

- a) O cônjuge;
- b) O companheiro, havendo união estável na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge salvo por decisão judicial.
- c) Os filhos e enteados, ambos com até 18 anos incompletos ou, se estudantes universitários, até 24 anos incompletos;
- d) Os tutelados e os menores sob guarda;
- e) _____

A adesão do grupo familiar dependerá da participação do Titular no plano privado de assistência à saúde. Em caso de inscrição de filho adotivo menor de 12 (doze) anos, serão aproveitados os períodos de carência já cumpridos pelo Beneficiário Titular ou Dependente adotante.

TEMA III - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

A CONTRATADA assegurará aos beneficiários regularmente inscritos e satisfeitas as respectivas condições, a cobertura básica prevista neste contrato, compreendendo a cobertura de todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, visando o tratamento de todas as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde da Organização Mundial de Saúde/10º Revisão CID-10, conforme Rol de Procedimentos E Eventos em Saúde e Rol Odontológico da Agência Nacional de Saúde Suplementar vigentes à época do evento.

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

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

CONTRATO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
REGISTRO AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR N.º: 470.001/13-5
PLANO: MEMORIAL PLUS

A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais priorizará o atendimento ambulatorial e em consultórios.

Todos os procedimentos clínicos decorrentes de transtornos mentais codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10º Revisão - CID - 10, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas, estão obrigatoriamente cobertos.

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

COBERTURAS AMBULATORIAIS:

Aos BENEFICIÁRIOS serão asseguradas as coberturas com despesas decorrentes de cirurgias ambulatoriais que não necessitem de internação hospitalar, consultas médicas, exames clínicos e laboratoriais, bem como terapias, conforme relacionado a seguir:

a) Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, aptas a atender as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM;

b) Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente ou cirurgião dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar;

c) Consultas e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, conforme indicação do médico assistente.

d) Psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, conforme Diretrizes de Utilização, que poderão ser realizados tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitados;

e) Procedimentos de reeducação e reabilitação física em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente;

f) atendimentos nos casos de planejamento familiar, incluindo:

- atividades educacionais;
- consultas de aconselhamento para planejamento familiar;
- atendimento clínico;
- sulfato de DEHIDROEPIANDROSTERON A (SDHEA);
- implante de dispositivo intra-uterino (diu) incluindo o dispositivo.

g) Os seguintes procedimentos, considerados especiais:

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

CONTRATO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
REGISTRO AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR N.º: 470.001/13-5
PLANO: MEMORIAL PLUS

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

TEMA IV- EXCLUSÕES DE COBERTURA

ESTÃO EXCLUÍDOS DA COBERTURA OS ATENDIMENTOS ODONTOLÓGICOS, AS INTERNAÇÕES PARA TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO.

ESTÃO TAMBÉM EXCLUÍDOS:

- Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, assim definido pela autoridade competente;
- Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
- Inseminação artificial;
- Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- Fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados, ou seja, sem registro vigente na ANVISA;
- Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;
- Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico ambulatorial;
- Todos os procedimentos constantes na segmentação odontológica;
- Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- Casos de cataclismos, guerra e comoções internas quando declarados pela autoridade competente;
- Procedimentos que demandem internação em unidade hospitalar;
- Procedimentos que necessitem de estrutura hospitalar por mais de 12 horas ou serviços como UTI, e similares.
- . Procedimentos que exijam forma de anestesia diversa da anestesia local, sedação ou bloqueio;
- . Quimioterapia oncológica intra-tecal ou que demande internação;
- . Embolizações; e
- . Procedimentos não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento.
- . Vacinas e autovacinas.
- . Medicamentos e curativos, salvo nas urgências e emergências e cirurgias ambulatoriais.
- . Medicina Ortomolecular.

TEMA V – DURAÇÃO DO CONTRATO

O presente Contrato vigorará pelo prazo de ____ (O CAMPO SERÁ PREENCHIDO NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO) meses, contados da data da assinatura do contrato, desde que até este momento não seja feito nenhum pagamento à operadora.

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

TEMA VI – PERÍODO DE CARÊNCIA

As coberturas previstas pelo plano contratado somente passam a vigorar depois de cumpridos os prazos de carência a seguir descritos:

A carência será de:

CONTRATO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
REGISTRO AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR N.º: 470.001/13-5
PLANO: MEMORIAL PLUS

24 (vinte e quatro) horas- cobertura para os casos de emergências e urgências, com repouso até 12 (doze) horas se necessário e remoção para hospital público se caracterizar necessidade de internação.

07 (sete) dias- para Consultas Médicas Ambulatoriais Eletivas.

30 (trinta) dias para EXAMES e PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS

Nebulizações, Lavagem Auricular, Sutura de Ferimentos, Drenagem de Abscessos, Imobilizações, Engessamentos, Curativos Ambulatoriais, Exames laboratoriais, (exceto os classificados como alta complexidade (PAC), tais como cargas virais para hepatites e HIV, genotipagens virais, exames de genética), Eletrocardiografia Convencional.

60 (sessenta) dias para EXAMES COMPLEMENTARES AMBULATORIAIS

Eletro encefalograma Convencional, Exames Radiológicos não Contrastados, Colposcopia, Colpocitologia, Preventivo do Câncer Ginecológico.

120 (cento e vinte) dias para: Fisioterapia, Acupuntura, Infiltrações, Testes Alérgicos, Provas Imunoalérgicas, Ultrassonografias, Audiometrias, 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

150 (cento e cinquenta) dias para: Endoscopia digestiva alta, Ecocardiografia, Rx Contrastado, Holter, MAPA, Teste Ergométrico, Eco Doppler, Neurofisiologia (Eletroneuromiografias e potenciais evocados), Provas de função respiratória, Mamografias e Exames Anatomopatológicos

180 (cento e oitenta) dias para TODOS OS PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAIS, listados no Rol de procedimentos e suas atualizações, 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, Cirurgias Oftalmológicas, Tomografias computadorizadas, Ressonâncias Magnéticas, densitometria óssea, Exames e Terapias com Medicina Nuclear (Ex.: Cintilografias), Mapeamento Cerebral, Quimioterapia Ambulatorial, Radioterapia Ambulatorial, Terapia Renal Substitutiva Hemodiálise e Diálise Peritoneal), Hemoterapia Ambulatorial, Psicoterapia de crise, conforme diretrizes do Rol de Procedimentos, Exames Laboratoriais Classificados como Alta Complexidade (PAC) pelo Rol de Procedimento da ANS e suas atualizações do plano ambulatorial.

TEMA VII – DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

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

Doenças ou Lesões Preexistentes são aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de

CONTRATO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
REGISTRO AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR N.º: 470.001/13-5
PLANO: MEMORIAL PLUS

acordo com o art. 11 da Lei nº 9656/1998, o inciso IX do art 4º da Lei nº 9961/2000 e as diretrizes estabelecidas na Resolução Normativa nº 162/2007.

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

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

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

O objetivo da entrevista qualificada é orientar o beneficiário para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e conseqüências da omissão de informações.

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

Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do beneficiário, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a CONTRATADA oferecerá a cobertura parcial temporária, e, dependendo do caso, ser-lhe-á facultada a oferta do agravo. Caso a CONTRATADA não ofereça Cobertura Parcial Temporária no momento da adesão contratual, não caberá alegação de omissão de informação na Declaração de Saúde ou aplicação posterior de Cobertura Parcial Temporária ou Agravo.

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

Agravo é qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.

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

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

CONTRATO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
REGISTRO AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR N.º: 470.001/13-5
PLANO: MEMORIAL PLUS

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

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

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

Identificado indício de fraude por parte do beneficiário, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a CONTRATADA deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao beneficiário através de Termo de Comunicação ao Beneficiário e poderá solicitar abertura de processo administrativo junto a ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do beneficiário à Cobertura Parcial Temporária.

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

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

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

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

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

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

Não haverá Cobertura Parcial Temporária ou Agravo, nos casos de Doença e Lesão Preexistente, quando o número de participantes for igual ou maior que trinta, para os beneficiários que formalizarem o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante.

TEMA VIII – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

A CONTRATADA garantirá a cobertura do atendimento nos casos de:

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

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

CONTRATO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
REGISTRO AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR N.º: 470.001/13-5
PLANO: MEMORIAL PLUS

A cobertura deverá reger-se pela garantia da atenção e atuação no sentido da preservação da vida, órgãos e funções, e será assegurada durante as primeiras 12 (doze) horas de atendimento, podendo cessar antes caso caracterizada a necessidade de realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar.

DA REMOÇÃO

A remoção do paciente será garantida pela OPERADORA nas seguintes hipóteses:

I - para outra unidade de atendimento da rede do plano, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente; e

II - para uma unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, quando houver o limite de 12 (doze) horas de atendimento, nas hipóteses citadas acima, e este for atingido ou surgir a necessidade de internação, podendo ser removido a pedido do usuário.

Da Remoção para o SUS:

À CONTRATADA caberá o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento.

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

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

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

DO REEMBOLSO

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

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

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

TEMA IX – MECANISMO DE REGULAÇÃO

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO

Nenhum atendimento ao serviço previsto neste contrato será realizado sem a apresentação do Cartão de Identificação do beneficiário fornecida e expedida pela CONTRATADA para os beneficiários cadastrados no plano, acompanhada de cédula de identidade dos mesmos ou, inexistindo tal documento, outro que surta efeitos similares, exceto nos casos de urgência e emergência.

CONTRATO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
REGISTRO AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR N.º: 470.001/13-5
PLANO: MEMORIAL PLUS

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

Cessa a responsabilidade do beneficiário a partir da comunicação do extravio do cartão de identificação.

DIRECIONAMENTO DE ATENDIMENTOS

Os procedimentos, abaixo relacionados, 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:

Atendimentos aos portadores de HIV;
Atendimento psiquiátrico e dependência química;
Hemodiálise e diálise peritoneal;
Tratamento oncológico (quimioterapia e radioterapia);
Atendimento em pacientes portadores de doenças crônicas.

AUTORIZAÇÕES PRÉVIAS

Para a realização dos procedimentos contratados será necessária a obtenção de AUTORIZAÇÃO PRÉVIA através de GUIA, exceto consultas e os casos caracterizados como urgência e emergência e exames e procedimentos simples.

O pedido médico deverá ser apresentado à Central de Emissão de Guias da CONTRATADA que emitirá resposta pelo profissional avaliador no prazo de 01 (um) dia útil, a contar da data da solicitação à CONTRATADA, ou em prazo inferior, quando caracterizada a urgência.

São passíveis de autorização prévia, mediante solicitação à Central de Atendimentos, os seguintes exames e procedimentos:

Todos procedimentos ambulatoriais solicitados por médico(a) não credenciado(a);
Todos exames e/ ou procedimentos que exijam qualquer tipo de analgésico e/ou sedação, e/ou anestesia, desde que sejam eletivos;
Punções e Biópsia
Provas e testes alérgicos
Teste ergométrico
Eletrocardiografia dinâmica
Ecocardiograma
Exames e/ ou tratamento por hemodinâmica cobertos pelo plano ambulatorial
Monitorização ambulatorial de pressão arterial
Exame de anatomia patológica e citopatológica
Eletroencefalografia e neurofisiologia e eletromiografia
Endoscopia diagnóstica e/ou terapêutica de trato digestivo, respiratório e geniturinário
Fisioterapia
Exames citogenéticos
Transfusão sanguínea eletiva
Pesquisa de HIV
Biópsias
Dosagens hormonais
Provas ventilatorias
Quimioterapia e/ou radioterapia
Exames e/ou tratamento de medicina nuclear e por radioimunoensaio
Radiodiagnóstico contrastado
Radiologia intervencionista
Ressonância Magnética

CONTRATO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
REGISTRO AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR N.º: 470.001/13-5
PLANO: MEMORIAL PLUS

Ultrasonografia
Densitometria óssea
Tomografias computadorizadas
Exames e/ou procedimentos otorrinolaringológico eletivo
Exames e/ou procedimentos urológicos eletivos
Exames e/ou procedimentos ginecológicos eletivos
Hemodiálise e/ou diálise peritoneal

Os procedimentos deverão ser solicitados pelo médico-assistente ou cirurgião-dentista em formulário específico e disponibilizado pela CONTRATADA, ou quando não credenciado, em Receituário, contendo dados do BENEFICIÁRIO, descrição dos exames e especificação de acordo com CID.

MEIOS DE DIVULGAÇÃO - O beneficiário receberá o MANUAL DO USUÁRIO do plano, contendo a rede dos prestadores de serviços, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde e o Guia de Leitura Contratual, os quais conterão no mínimo:

- prazos de carência;
- vigência contratual;
- critérios de reajuste;
- segmentação assistencial; e
- abrangência geográfica. (artigo 24 e § único da RN 195/2009, alterada pela RN 200/2009).

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.

Para dirimir dúvidas a respeito do seu plano, o beneficiário da CONTRATANTE, além do site da CONTRATADA, poderá fazê-lo, através do Call Center. 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.

A CONTRATADA aceitará proposta da CONTRATANTE para analisar novos credenciamentos em áreas consideradas carentes.

DA JUNTA MÉDICA

A CONTRATADA garante, no caso de situações de divergência médica, a definição do impasse através de junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo beneficiário, por médico da operadora e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais nomeados.

Cada uma das partes pagará os honorários do profissional que nomear, exceto se o médico-assistente escolhido pelo beneficiário pertencer à rede credenciada ou própria da CONTRATADA, que nesse caso, arcará com os honorários de ambos os nomeados. A remuneração do terceiro desempataador deverá ser paga pela operadora.

DO FATOR MODERADOR- FRANQUIA

São apresentadas de acordo com diferentes Franquias a serem pagas diretamente aos prestadores de serviço por ocasião da realização do atendimento.

Os valores das franquias são calculados, multiplicando-se o quantitativo da unidade de franquias expresso para cada procedimento, pelo valor da Unidade Memorial (U.M.)

CONTRATO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
REGISTRO AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR N.º: 470.001/13-5
PLANO: MEMORIAL PLUS

TABELA DA FRANQUIA EM UNIDADES MEMORIAL

Itens	Procedimentos	*Unidade Memorial
1	Consultas	5
2	Atendimento de Urgência**	0
3	Terapia Ambulatorial e exames simples	2
4	Terapia ambulatorial e exames especiais	20

*Valor da Unidade Memorial (U.M.) vide anexo 1 (Tabela De Venda)

** Atendimentos de urgência, com franquia 0 (zero) são os gerados por acidentes pessoais ou por complicações do estado gestacional.

O valor da U.M. será corrigido na periodicidade autorizado pela legislação e pela variação de I.G.P. (Índice Geral de Preços pela Fundação Getulio Vargas) ou, na sua ausência, por índice que o substitua ou que retrate a variação inflacionária e que seja substituído pelo Governo e sempre que ocorrer aumento dos custos por determinação governamental ou de órgão de classe ou ocorrência de fatores imprevisíveis que afetem os custos médicos, devendo dentro de 30 (trinta) dias, após implantada a correção, ser comunicada a ANS.

O valor da U.M. no máximo será reajustado pelo índice de aumento autorizado pela ANS anualmente para as contraprestações pecuniárias.

SERVIÇOS PRÓPRIOS E REDE CREDENCIADA

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

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

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

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

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

TEMA X – FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

O valor da contraprestação pecuniária baseia-se no sistema pré-pagamento a ser efetuado pela CONTRATANTE pagar à CONTRATADA, no local, forma e nos prazos fixados, sendo a mensalidade calculada de acordo com o número de Beneficiários inscritos e suas características de distribuição por faixa etária (item 11, do Anexo II da RN 100/2005, alterada pela RN 144/2007).

As faturas referentes aos serviços mensais prestados, emitidas pela CONTRATADA, deverão ser pagas pela EMPRESA quando do seu vencimento, ou seja, nos dias 10 (dez), 20 (vinte) ou 30 (trinta) do mês da

CONTRATO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
REGISTRO AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR N.º: 470.001/13-5
PLANO: MEMORIAL PLUS

competência da prestação dos serviços, conforme vencimento preestabelecido por ambas as partes, salvo a fatura inicial cujo vencimento será 05(cinco) dias da sua apresentação.

A 1ª (primeira) fatura do Contrato, levará em conta o número de USUÁRIOS constantes da Relação Inicial. As movimentações (inclusões e/ou exclusões) ocorridas neste período serão consideradas a partir dos próximos faturamentos.

As demais faturas serão processadas sempre 15 (quinze) dias antes do vencimento de cada mês, com base na posição do cadastro de USUÁRIOS em poder da CONTRATADA e sempre tomando como referência o mês da competência da prestação dos serviços, sendo que eventuais acertos serão processados no faturamento do mês seguinte.

Os pagamentos deverão ser feitos até a data de seu vencimento na rede bancária indicada pela CONTRATADA, ou outros locais, também por ela indicados, sendo reconhecido como comprovante de pagamento qualquer outro documento determinado pela CONTRATADA. O recebimento pela CONTRATADA de parcelas em atraso constituirá mera tolerância, não implicando novação ou transação.

O não recebimento da fatura, boleto ou outro instrumento de cobrança não desobriga a EMPRESA de efetuar o seu pagamento no prazo de vencimento mensal.

As faturas correspondentes a serviços não cobertos e/ou solicitados e autorizados pela EMPRESA, bem como as referentes ao uso indevido, deverão ser pagas dentro de 5 (cinco) dias de sua apresentação, desde que sejam justificadas pela CONTRATADA, que deverá fornecer todos os comprovantes necessários para a cobrança.

O pagamento da fatura, após o vencimento, ficará sujeito à multa de 2% (dois por cento) sobre o valor do débito em atraso e juros de 1% (um por cento) ao mês.

O pagamento total dos serviços prestados pela operadora será de responsabilidade da pessoa jurídica contratante, sendo de sua exclusiva responsabilidade, ressalvadas as hipóteses dos artigos 30 e 31 da Lei 9656/1998 .

Não haverá distinção quanto ao valor de contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles que já estejam vinculados.

TEMA XI – REAJUSTE

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 _____. Este será apurado no período de 12 meses consecutivos, com uma antecedência de ____ meses em relação a data-base de aniversário, considerada esta o mês de assinatura do Contrato.

2. Caso seja verificado o desequilíbrio econômico-atuarial do contrato, este será reavaliado.

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

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

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

CONTRATO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
REGISTRO AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR N.º: 470.001/13-5
PLANO: MEMORIAL PLUS

Onde: S - Sinistralidade apurada no período (Mínimo de 12 meses)

Sm - Meta de Sinistralidade expressa em contrato

2.3. Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, previsto no item 2, 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.

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

4. O disposto nos itens 1 e 2 desta cláusula não se aplica aos contratos com até _____ vidas, que serão agrupados e reajustados de acordo com o índice estabelecido pela formulação a seguir:

DA DETERMINAÇÃO DOS FATORES

$$FMH = \frac{CMH_1}{BEX_1} \times \frac{BEX_2}{CMH_2}$$

Onde:

FMH = Fator Médico Hospitalar

CMH1 = Custo médio Médico Hospitalar observado nos últimos doze meses (total das despesas médico / hospitalares pagas pela operadora no período de 12 meses).

CMH2 = Custo médio Médico Hospitalar observado nos últimos doze meses anteriores a CMH1 (total das despesas médico / hospitalares pagas pela operadora no período dos 12 meses anteriores aos observados em CMH1).

BEX1 = Beneficiários Expostos nos últimos doze meses. (total de beneficiários com direito a utilização do plano, ou seja, já ter cumprido as carências do plano no período de 12 meses).

BEX2 = Beneficiários Expostos nos últimos doze meses anteriores a BEX1 (total de beneficiários com direito a utilização do plano, ou seja, já ter cumprido as carências do plano anteriores aos observados em BEX1 no período de 12 meses).

$$FSN = \frac{\sum_{i=1}^{12} EMI}{\sum_{i=1}^{12} CPM} \Bigg/ \frac{SMX}{100}$$

Sendo:

FSN = Fator de Sinistralidade

EMI = Evento Mensal Indenizável (Despesas pagas à rede credenciada pela operadora nos últimos 12 meses)

CPM = Contraprestação mensal (contribuições recebidas dos beneficiários dos planos considerados no cálculo nos últimos 12 meses)

SMX = Sinistralidade Máxima suportável pela operadora, prevista em contrato (percentual máximo estabelecido em contrato previsto para pagamento das despesas com eventos indenizáveis).

DO REAJUSTE A SER APLICADO – ReajCalc

$$\mathbf{ReajCalc = \max(FMH, FSN)}$$
$$\mathbf{Se FSN \leq 1 \Rightarrow ReajOPS = ReajANS}$$

CONTRATO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
REGISTRO AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR N.º: 470.001/13-5
PLANO: MEMORIAL PLUS

Se os Eventos Indenizáveis (despesas Médicas e Hospitalares) forem inferior ou igual à sinistralidade máxima (SMX), estabelecida em contrato, o reajuste a ser aplicado será igual ao reajuste estabelecido pela ANS (ReajANS) para os planos Individuais / Familiares.

Se $FSN > 1 \Rightarrow ReajOPS \Rightarrow \max(ReajCalc ; ReajANS)$

Se os Eventos Indenizáveis (despesas Médicas e Hospitalares) forem superior à sinistralidade máxima (SMX), estabelecida em contrato, o reajuste a ser aplicado será o maior entre o fator FMH = Fator Médico Hospitalar e o = reajuste estabelecido pela ANS para os planos Individuais / Familiares.

4.1. Os contratos poderão ser reagrupados em 3 (três) subgrupos assim definidos:

- a) Sem internação: engloba os planos de segmentação assistencial ambulatorial e ambulatorial + odontológico;
- b) Internação sem obstetria: engloba os planos que possuam segmentação assistencial hospitalar sem obstetria, hospitalar sem obstetria + odontológico, ambulatorial + hospitalar sem obstetria e ambulatorial + hospitalar sem obstetria + odontológico; e
- c) Internação com obstetria: engloba os planos que possuam segmentação assistencial hospitalar com obstetria, hospitalar com obstetria + odontológico, ambulatorial + hospitalar com obstetria, ambulatorial + hospitalar com obstetria + odontológico, e referência.

4.2. Para os contratos firmados anteriores a 31/01/2013 o número de vidas será apurado em 31/01/2013;

4.3. Para os contratos com menos de um ano, será apurado o número de vidas no momento da contratação.

4.4. Para manter o equilíbrio econômico-financeiro deste contrato fica estabelecida a meta de sinistralidade de _____% (Smx).

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.

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

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.

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

TEMA XII - FAIXAS ETÁRIAS DEPOIS RN 63/03

Em havendo alteração de faixa etária de qualquer BENEFICIÁRIO inscrito no presente Contrato, a contraprestação

pecuniária será reajustada no mês subsequente ao da ocorrência, de acordo com os percentuais da tabela abaixo,

que se acrescentarão sobre o valor da última da contraprestação pecuniária, observadas a seguintes condições,

CONTRATO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
REGISTRO AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR N.º: 470.001/13-5
PLANO: MEMORIAL PLUS

conforme art. 3º, incisos I e II da RN 63/03:

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

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

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

FAIXA ETÁRIA	% AUMENTO
00 a 18 anos	0%
19 a 23 anos	%
24 a 28 anos	%
29 a 33 anos	%
34 a 38 anos	%
39 a 43 anos	%
44 a 48 anos	%
49 a 53 anos	%
54 a 58 anos	%
59 ou mais	%

TEMA XIII – REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

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

1. A CONTRATANTE assegura ao beneficiário titular que contribuir para o plano privado de assistência à saúde no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho, sem justa causa, ou aposentadoria, o direito de manter sua condição de beneficiário - e dos beneficiários dependentes a ele vinculados - nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma junto à CONTRATANTE o pagamento integral das mensalidades, conforme disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656, de 1998, observada a Resolução nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações.

2.1 - O período de manutenção da condição de beneficiário para ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa será de um terço do tempo de contribuição ao plano, ou sucessor, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses.

2.2 - O período de manutenção da condição de beneficiário para o ex-empregado aposentado será:

- a) indeterminado, se o ex-empregado contribuiu para o plano pelo prazo mínimo de dez anos; ou
- b) à razão de um ano para cada ano de contribuição, se o ex-empregado contribuiu por período inferior a dez anos.

3 - A manutenção da condição de beneficiário está assegurada a todos os dependentes do beneficiário demitido ou aposentado inscritos quando da vigência do contrato de trabalho (artigo 30, § 2º, e artigo 31, § 2º da Lei nº 9656, de 1998), podendo o direito ser exercido individualmente pelo ex-empregado ou com parte do seu grupo familiar (artigo 7º, § 1º da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações);

CONTRATO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
REGISTRO AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR N.º: 470.001/13-5
PLANO: MEMORIAL PLUS

4 - O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado deve optar pela manutenção do benefício no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da comunicação inequívoca do empregador sobre a opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho formalizada no ato da concessão do aviso prévio, a ser cumprido ou indenizado, ou da comunicação da aposentadoria (artigo 10 da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações);

5 - O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado poderá incluir novo cônjuge e filhos no período de manutenção da condição de beneficiário (artigo 7º, § 2º da RN nº 279, de 2011);

6. Em caso de morte do ex-empregado demitido ou aposentado, o direito de permanência no plano é assegurado aos dependentes nos termos do disposto no artigos 30 e 31 da Lei nº 9656, de 1998 e no artigo 8º da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações);

7. O direito de manutenção assegurado ao beneficiário demitido ou aposentado não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas ou acordos coletivos de trabalho (artigo 30, § 4º e artigo 31, § 2º da Lei nº 9656, de 1998, e artigo 9º da RN nº 279, de 2011 e suas posteriores alterações);

8. A condição de beneficiário deixará de existir:

a) pelo decurso dos prazos de manutenção previstos nos parágrafos únicos dos artigos 4º e 5º da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações; ou

b) pela admissão do beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado em novo emprego considerado novo vínculo profissional que possibilite o ingresso do ex-empregado em um plano de assistência à saúde coletivo empresarial, coletivo por adesão ou de autogestão (artigo 30, § 5º e artigo 31, § 2º da Lei nº 9656, 1998 c.c inciso II e § 1º do artigo 26 e inciso III do artigo 2º da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações); ou

c) pelo cancelamento pelo empregador do benefício do plano privado de assistência à saúde concedido aos seus empregados ativos e ex-empregados (inciso III do artigo 26 da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações).

9. É assegurado ao ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado ou seus dependentes vinculados ao plano, durante o período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656, de 1998, o direito de exercer a portabilidade especial de carências para plano individual ou familiar ou coletivo por adesão, em operadoras nos termos do disposto no artigo 28 da RN nº 279, de 2011, c.c artigo 7º - C da RN nº 186, de 2009, e suas posteriores alterações.

10. Ao empregado aposentado que continua trabalhando na mesma empresa e dela vem a se desligar é garantido o direito de manter sua condição de beneficiário nos termos do disposto no artigo 31 da Lei nº 9656, de 1998 e na RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações.

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

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

CONTRATO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
REGISTRO AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR N.º: 470.001/13-5
PLANO: MEMORIAL PLUS

- a) A contratada disponha de um plano individual ou familiar;
- b) O beneficiário titular se responsabilize pelo pagamento de suas mensalidades e de seus dependentes;
- c) O valor da mensalidade corresponderá ao valor da Tabela Vigente na data de adesão ao plano Individual Familiar;

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

TEMA XIV – CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

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

1. Perda da qualidade de beneficiário titular:

- a) pela rescisão do presente contrato;
- b) pela perda do vínculo com a pessoa jurídica contratante, ressalvadas as condições previstas nos artigos nº 30 e nº 31 da Lei nº 9.656/98;
- c) fraude praticada pelo beneficiário titular, apurada de acordo com a legislação vigente.

2. Perda da qualidade de beneficiário dependente:

- a) pela perda da condição de dependência prevista nas condições gerais deste contrato;
- b) a pedido do beneficiário titular;
- c) fraude praticada pelo beneficiário dependente, apurada de acordo com a legislação vigente.

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

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

- a) fraude;
- b) por perda do vínculo do titular com a pessoa jurídica contratante, ou de dependência, previstos neste contrato, ressalvado o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/1998.

TEMA XV – RESCISÃO

O atraso no pagamento da mensalidade, pela CONTRATANTE, por um período superior a 30 (trinta) dias, implica na suspensão do direito do(s) BENEFICIÁRIO(S) TITULAR(ARES) e de seus DEPENDENTES a qualquer cobertura.

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

- a) prática de fraude comprovada;
- b) inadimplência por período superior a 60 (sessenta) dias cumulativos, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, desde que a CONTRATANTE seja comprovadamente notificada até o 50º (quinquagésimo) dia da inadimplência.
- c) por inadimplemento contratual por parte da Contratada;
- d) se qualquer das partes infringir as cláusulas do presente instrumento.

Antes de completado o período inicial de 12 meses, a rescisão do contrato poderá ser solicitada por qualquer das partes, observadas as seguintes condições:

- a) quando motivada por uma das hipóteses previstas acima, sem qualquer ônus.

CONTRATO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
REGISTRO AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR N.º: 470.001/13-5
PLANO: MEMORIAL PLUS

b) imotivadamente, sujeitando a parte que solicitou a rescisão ao pagamento de multa no valor de R\$ _____ ou % _____ das mensalidades restantes para se completar este período.

Após o período de 12 (doze) meses, contados da data de início de sua vigência, o presente contrato poderá ser denunciado imotivadamente, a qualquer tempo, por qualquer das partes, mediante aviso prévio por escrito, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

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

TEMA XVI – DISPOSIÇÕES GERAIS

Integram este contrato, para todos os fins de direito, a Proposta de Admissão assinada pelo (a) Contratante, o Manual da Rede Credenciada, o Cartão Individual de Identificação, Entrevista Qualificada, Exame Médico, quando for o caso, a Declaração de Saúde do titular e dependentes e a Carta de Orientação ao Beneficiário, a Tabela de Reembolso, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS) e o Guia de Leitura Contratual (GLC).

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

O (A) CONTRATANTE, por si e por seus beneficiários dependentes, autoriza a CONTRATADA a prestar todas as informações cadastrais solicitadas pelos órgãos de fiscalização da assistência à saúde, respeitados os normativos referentes ao sigilo médico.

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

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

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

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

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

Considera-se uso indevido a utilização desses documentos para obter atendimento, mesmo que na forma contratada, pelos beneficiários que sabiam da perda desta condição por exclusão ou término do contrato, ou, por terceiros, que não sejam beneficiários, se comprovada a má-fé do beneficiário que emprestou seu cartão a outrem.

CONTRATO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
REGISTRO AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR N.º: 470.001/13-5
PLANO: MEMORIAL PLUS

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

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

São adotadas as seguintes definições:

ACIDENTE PESSOAL: é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só, e independentemente de toda e qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE/ANS: autarquia sob regime especial vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem a saúde suplementar.

AGRAVO DA CONTRAPRESTAÇÃO: qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carência contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.

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

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

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

BENEFICIÁRIO: pessoa física, titular ou dependente, que possui direitos e deveres definidos em contrato assinado com a operadora de plano privado de saúde, para garantia da assistência médico-hospitalar e/ou odontológica.

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

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

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

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

CONTRATO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
REGISTRO AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR N.º: 470.001/13-5
PLANO: MEMORIAL PLUS

CO-PARTICIPAÇÃO: é a participação na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário diretamente à operadora, após a realização de procedimento.

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

DEPENDENTE: Beneficiário de plano privado de assistência à saúde cujo vínculo com a operadora depende da existência do vínculo de um beneficiário titular. Pessoa física com vínculo familiar com o beneficiário titular do plano de saúde, de acordo com as condições de elegibilidade estabelecidas no contrato. No plano individual, titular e dependentes devem estar no mesmo plano. Nos planos coletivos, titulares e dependentes podem estar no mesmo plano ou em planos diferentes de acordo com o estabelecido pela pessoa jurídica contratante.

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

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

DOENÇA OU LESÃO PREEEXISTENTE: aquela que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.

DOENÇA PROFISSIONAL: é aquela adquirida em consequência do trabalho.

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

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

FRANQUIA: é o valor financeiro a ser pago pelo beneficiário diretamente ao prestador da rede credenciada ou referenciada no ato da utilização do serviço, por não ser responsabilidade contratual da operadora.

LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES: mecanismo de acesso oferecido ao beneficiário que possibilita a utilização de serviços assistenciais de prestadores de serviço não pertencentes às redes, credenciada ou referenciada ao plano, mediante reembolso, parcial ou total, das despesas assistenciais.

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

MENSALIDADE: contraprestação pecuniária paga pelo contratante à operadora.

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

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

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

PROCEDIMENTO ELETIVO: é o termo usado para designar procedimentos médicos não considerados de urgência ou emergência e que podem ser programados.

CONTRATO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
REGISTRO AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR N.º: 470.001/13-5
PLANO: MEMORIAL PLUS

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

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

TEMA XVII – ELEIÇÃO DE FORO

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