SAÚDE PAS MEDICINA & ODONTO
Rua Jerônimo Coelho, 212/2º andar – Centro Histórico – Porto Alegre – RS
FONES 0800 541 66 66 / (51) 3092 4800
CNPJ 03.424.929/0001-36

CONTRATO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE **- PLANO COLETIVO POR ADESÃO**
SAÚDE PAS **COMPLEMENTAR STANDARD 2 -** PRODUTO Nº **482461190**

QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA

CONTRATADA: Saúde Pas Medicina & Odonto, inscrita no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas – CNPJ sob o n° 03.424.929/0001-36, inscrita perante a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, sob o n° 40924-3 e classificada como Autogestão sem mantenedora, com endereço na Rua Jerônimo Coelho, 212 conj. 201. Porto Alegre – RS, neste ato por seu representante legal, a seguir designada simplesmente CONTRATADA.

QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE
Nome:_____
Endereço:_____
E-mail:_____ Telefone:_____
Filiação: _____
Data de Nascimento: _____ CPF: _____
RG: _____ Órgão Expedidor: _____
Cadastro Nacional de Saúde – CNS_____, a seguir designada simplesmente CONTRATANTE
O usuário deverá comunicar toda e qualquer alteração cadastral à Operadora o mais breve possível, eximindo a mesma de responsabilidade pela desinformação.

1. NOME COMERCIAL E NÚMERO DO REGISTRO PERANTE A ANS

a) Nome comercial: SAÚDE PAS COMPLEMENTAR STANDARD 2
b) Número de registro do produto na ANS **482461190**

2. TIPO DE CONTRATAÇÃO:

Coletivo por adesão.

3.TIPO DE SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL:

Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia.

4.ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA:

Este plano tem abrangência geográfica ESTADUAL.

5.ÀREA DE ATUAÇÃO DO PLANO:

A área de atuação do plano de saúde é ESTADUAL.

6.PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO:

PRIVATIVA com direito à acompanhante (observadas as regras específicas dos Hospitais Credenciados).

MODELO

7.OBJETO DO CONTRATO

Prestação continuada dos serviços a seguir descritos, na forma de plano privado de assistência à saúde, coletivo por adesão, conforme descrito no inciso I do artigo 1° da Lei n° 9.656/98, visando à assistência médico hospitalar com cobertura de todas as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial da Saúde, e do Rol de Procedimentos editados pela ANS, incluindo:

a) Consultas médicas na rede credenciada da CONTRATADA nos termos das cláusulas deste contrato;
b) Serviços de urgência e emergência na rede credenciada da CONTRATADA nos termos das cláusulas deste contrato;
c) Exames necessários ao diagnóstico, nos termos das cláusulas deste contrato;
d) Serviços ambulatoriais, nos termos das cláusulas deste contrato;
e) Internações hospitalares, nos termos das cláusulas deste contrato;

8. NATUREZA DO CONTRATO

Contrato de prestação de serviços bilateral, futuro e aleatório de adesão, que gera direitos e obrigações para ambas as partes, na forma do Código Civil Brasileiro.

9. CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

9.1 Serão admitidos os Servidores Públicos do Estado do Rio Grande do Sul e seus familiares, desde que vinculados ao IPE-SAÚDE, assim como os demais beneficiários do IPE-SAÚDE.

9.2 São beneficiários dependentes do CONTRATANTE conforme disposto no art. 2°, inciso III, alínea “d” da RN 137/2006:

a) Grupo familiar até o quarto grau de parentesco consanguíneo;
b) Grupo familiar até o segundo grau de parentesco por afinidade;
c) Criança ou adolescente sob guarda, tutelado e/ou curatelado;
d) Cônjuge;
e) Companheiro (a);

9.3 O recém-nascido cujo beneficiário já tenha cumprido a carência estipulada neste instrumento para eventos obstétricos, filho natural ou adotivo do beneficiário ou de seu dependente, terá direito às coberturas contratuais durante os 30 (trinta) primeiros dias após o parto e estará isento de carência e de Doença e Lesão Preexistente quando incluído no presente contrato até o prazo máximo de 30 (trinta) dias após seu nascimento ou adoção, mediante manifestação expressa de vontade do beneficiário.

Parágrafo único: Caso o nascimento ocorra quando o beneficiário ainda se encontrar sob carência para atendimento obstétrico, o direito do recém-nascido também observará o prazo restante para o cumprimento da carência.

9.4 O filho adotivo menor de 12 (doze) anos de idade, quando incluído no presente contrato até o prazo máximo de 30 (trinta) dias após a adoção, aproveitará as carências já cumpridas pelo beneficiário adotante.

10. COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

Terá cobertura para todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde e do **Rol de Procedimentos da ANS vigentes à época do evento**, **observadas as características da segmentação AMBULATORIAL HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA,** com os atendimentos a serem realizados pelo IPE-SAÚDE e com a complementaridade do Saúde PAS, quando se fizer necessário.

10.1 Cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (artigo 12, I, "a", da Lei 9656/1998 e artigo 14, I, da RN 167/2008);

10.2 Cobertura de 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, desde que não se caracterize como internação (artigo 12, I, "b", da Lei 9656/1998, artigo 14, II, da RN 167/2008 e Súmula da Diretoria Colegiada da ANS 11/2007);

10.3 Cobertura de consulta e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento,

MODELO

conforme indicação do médico assistente (artigo 14, III, da RN 167/2008);

10.4 Estão cobertos os tratamentos fisioterápicos realizados em clínicas conveniadas diretamente pelo SAÚDE PAS MEDICINA & ODONTO, desde que solicitados por médico e previamente autorizados pelo Plano, sendo realizado tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente (artigo 14, V, da RN 167/2008);

10.4.1 Independentemente do número de sessões previstas, serão autorizadas sempre em número de 10, desde que se apresente a documentação necessária.

10.5 Cobertura de psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, que poderão ser realizados tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme indicação do médico assistente (artigo 14, IV, da RN 167/2008);

10.5.1 São garantidos os atendimentos à psicoterapia com PROFISSIONAL CONVENIADO da CONTRATADA, conforme indicação do médico assistente, limitado ao Rol de Procedimentos da ANS, não cumulativas quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

a) pacientes com CID F40 a F48;
b) Pacientes com CID F51 a F59;
c) Pacientes com CID F90 a F98;
d) Pacientes com CID F80, F81, F83, F88, F89;
e) Pacientes com CID F30 a F39
d) Pacientes com CID F10 a F19; e
f) Pacientes com CID F60 a F69

10.5.2 A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais deverá priorizar o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e sempre que houver indicação do médico assistente;

10.5.3 Terão cobertura os atendimentos com internação clínica ou cirúrgica decorrentes de transtornos psiquiátricos, inclusive os procedimentos médicos necessários ao atendimento de lesões auto infligidas;

10.5.4 Nas internações psiquiátricas o custeio parcial será fixado a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação, por ano de contrato, com coparticipação do beneficiário no percentual de 50% (cinquenta por cento) das despesas decorrentes da internação;

10.5.5 Esse percentual de coparticipação equivalerá ao máximo admitido por norma da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que estiver vigente à época da contratação do plano;

10.5.6 Conta-se o período de 1 (um) ano de vigência do contrato a partir do início da vigência do presente contrato para os usuários inscritos no seu início e a partir da data de inclusão para os posteriormente inscritos.

10.6 Atendimento às emergências psiquiátricas, 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 e autoagressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes (artigo 2º, I, "a", da Resolução CONSU 11/1998);

10.7 Psicoterapia de crise, entendida como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, com duração máxima de doze semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência e podendo ser limitada de acordo com o Rol de Procedimentos relacionada a época do evento, não cumulativas (artigo 2º, I, "b", da Resolução CONSU 11/1998).

10.8 Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais (conforme Rol da ANS):

a) hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;
b) quimioterapia oncológica ambulatorial;
c) radioterapia ambulatorial;
d) procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais;
e) hemoterapia ambulatorial; e
f) cirurgias oftalmológicas ambulatoriais;

10.9 O atendimento a ser realizado por médico assistente, nas hipóteses de internação, nos hospitais constantes na rede credenciada do Saúde Pas Medicina e Odonto terá cobertura nos seguintes termos:

I – Eventos previstos no Rol de Procedimentos para o plano Ambulatorial – Hospitalar com Obstetrícia determinado pela ANS;

II – Despesas hospitalares em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina credenciadas ao Saúde Pas Medicina e Odonto;

III – despesas hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, a critério do médico assistente;

MODELO

10.10 Despesas de pernoite e alimentação de acordo com a rotina estabelecida pelo prestador compreendidas na diária de um único acompanhante, durante o período de internação contratualmente coberto.
10.11 Despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação durante o período de internação contratualmente coberto;
10.12 Despesas com exames complementares indispensáveis ao controle da evolução da doença e elucidação do diagnóstico, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;
10.13 Despesas de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados durante o período de internação contratualmente coberto;
10.14 Remoção do paciente internado quando comprovadamente necessária e expressa pelo médico assistente, para outro estabelecimento hospitalar dentro dos limites da abrangência geográfica previstas no contrato;
10.15 Cobertura aos transplantes listados no anexo I do Rol de Procedimentos determinado pela ANS, e dos procedimentos a eles vinculados, incluindo:

a) despesas assistenciais com doadores vivos;
b) medicamentos utilizados durante a internação;
c) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;
d) despesas de captação, transporte e preservação de órgãos.
e) os procedimentos de transplante deverão submeter-se à legislação específica vigente;

10.16 Os procedimentos listados no Rol de Procedimentos para o plano Ambulatorial – Hospitalar com Obstetrícia, determinado pela ANS, poderão ser executados por qualquer profissional de saúde habilitado para a sua realização, conforme legislação específica sobre as profissões de saúde e regulamentação dos específicos conselhos profissionais, respeitados os critérios de credenciamento, referenciamento, reembolso ou qualquer outro tipo de relação da CONTRATADA com seus prestadores de serviços de saúde;
10.17 É garantida a cobertura de cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções, conforme Rol de Procedimentos para o Plano Ambulatorial – Hospitalar com Obstetrícia determinado pela ANS, desde que não caracterize o fim estético;
10.18 É garantida a cobertura para cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias ao tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer.

11. EXCLUSÕES DE COBERTURA

11.1 Não haverá cobertura para:

a) qualquer tipo de tratamento antes de cumpridas as carências;
b) procedimentos clínicos ou cirúrgicos 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, bem como aqueles não registrados na ANVISA;
f) fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;
g) fornecimento de órteses, próteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
h) fornecimento de órteses, próteses e materiais especiais importados;
i) tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto medico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
j) casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declaradas pela autoridade competente;
k) tratamentos em clínicas de emagrecimento (exceto para tratamentos da obesidade mórbida), clínicas de repouso, estâncias;
l) hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
m) consultas ambulatoriais domiciliares;
n) transplantes, à exceção de córnea, rim e transplantes autólogos (RN 167/2008);
o) tratamento odontológico;
p) qualquer tipo de atendimento nos Hospitais Moinhos de Vento (Porto Alegre) e Regina (Novo Hamburgo).

MODELO

11.2 **Não haverá cobertura para os procedimentos não previstos no Rol da ANS vigente a época do evento.**

12. VIGÊNCIA

O contrato de adesão será por prazo determinado de 12 (doze) meses, com o início da vigência a partir da assinatura deste contrato, quando se inicia a contagem dos períodos de carências. O preenchimento e assinatura da proposta de adesão não garante o início da vigência do contrato, sendo indispensável a assinatura deste instrumento.

13. CONDIÇÕES DE RENOVAÇÃO AUTOMÁTICA

Após o período de 12 (doze) meses o presente contrato será renovado por prazo indeterminado, sem cobrança de taxa adicional.

14. PERÍODOS DE CARÊNCIA

Para a utilização dos serviços aqui convencionados ficam estabelecidos, em relação a cada beneficiário e a contar da data da assinatura deste ou a contar de inclusão posterior, sem prejuízo do disposto na cláusula 15, os seguintes prazos de carência:

I – 24 (vinte e quatro) horas para coberturas nos casos de urgência ou emergência;

II – 30 (trinta) dias para consultas médicas, nos termos previstos neste contrato;

III – 30 (trinta) dias para exames de sangue, urina, fezes, líquor, líquido aminiótico, líquido sinovial e derrames, líquido cefalorraquiano, microbiologia, suco gástrico e tubagem duodenal e radiologias simples, excluindo-se a densitometria óssea e os exames listados no item VII;

IV – 60 (sessenta) dias para consultas e/ou sessões de psicologia, psicoterapia, fisioterapia, nutricionista fonoaudiologia, fisiatria e terapia ocupacional;

V – 60 (sessenta) dias para os (demais) exames, excluindo-se os listados nos itens III e VII;

VI – 180 (cento e oitenta) dias para Internações hospitalares e cirurgias;

VII – 180 (cento e oitenta) dias para exames de genética e biologia molecular, diálise peritoneal, hemodinâmica, órteses, próteses, transplantes, radioterapia e quimioterapia;

VIII – 300 (trezentos) dias para parto a termo.

Os prazos de carência estabelecidos neste contrato independem do prazo da cobertura parcial temporária, de vinte e quatro meses, decorrente de doença ou lesão preexistente ao contrato.

15. DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES

15.1 Doença ou lesão preexistentes é aquela em que o beneficiário saiba ser portador no momento da contratação do plano de saúde.

15.2 Cobertura Parcial Temporária (CPT) é a suspensão, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças e lesões preexistentes.

15.3 Se na ocasião houver a constatação de doença e/ou lesão preexistente, será exigido o cumprimento de cobertura parcial temporária (CPT) de 24 meses.

15.4 O beneficiário deverá preencher, no momento da contratação, declaração de saúde (documento anexo a este contrato), nos termos da Resolução Normativa nº 162/07 da ANS.

15.5 Sendo constatado pelo SAÚDE PAS, a existência de lesão ou doença preexistente que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, uso de leitos de alta tecnologia ou procedimentos de alta complexidade, será oferecida Cobertura Parcial Temporária, cujo prazo será no máximo 24 meses, a contar da inclusão do beneficiário. Findado o prazo, a cobertura do plano passará a ser integral, não cabendo qualquer tipo de agravo por doença ou lesão preexistente;

15.6 Será considerado como comportamento fraudulento a omissão de doença ou lesão preexistente de conhecimento prévio do beneficiário.

15.7 Alegada a existência de doença ou lesão preexistente não declarada pelo beneficiário no preenchimento da proposta de adesão, o usuário será imediatamente comunicado pelo SAÚDE PAS, e caso não concorde com a alegação, o SAÚDE PAS encaminhará a documentação pertinente a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, que abrirá processo administrativo para investigação. Durante o período em que a ANS estiver analisando o

MODELO

referido processo investigatório, o SAÚDE PAS realizará o procedimento demandado, entretanto, se ao término do processo investigatório pela ANS, for constatado a omissão do beneficiário em relação às doenças ou lesões preexistentes, este deverá ressarcir, integralmente, o SAÚDE PAS.

16. URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

16.1 Os atendimentos para Urgência, assim entendido como os casos resultantes de acidentes pessoais ou complicações no processo gestacional e os atendimentos para Emergência, assim entendido como os casos que implicarem risco de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente, serão atendidos na forma da regulamentação (Resolução Consu 13/1998).

16.2 Ficam garantidos os atendimentos, limitado as primeiras 12 (doze) horas ou até que ocorra a necessidade de internação, nos casos em que houver Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças e Lesões Preexistentes (artigo 6° da resolução CONSU 13/1998).

16.3 Ficam garantidos os atendimentos, limitado as primeiras 12 (doze) horas ou até que ocorra a necessidade de internação, nos casos em que o atendimento de urgência e emergência for efetuado no decorrer dos períodos de carência para internação.

16.4 Haverá coparticipação de 50% do total das despesas para todos os atendimentos de urgência e emergência realizados nos HOSPITAIS NÃO CREDENCIADOS AO IPE-SAÚDE (tais como consultas, exames, medicamentos e materiais utilizados no atendimento de emergência e demais procedimentos realizados), exceto quando houver evolução para internação.

17. REMOÇÃO

Haverá a remoção de um hospital para outro, dentro da área geográfica de abrangência do plano, sempre que ficar comprovada a limitação técnica do primeiro hospital.

18. MECANISMOS DE REGULAÇÃO

18.2 Para realização dos procedimentos médicos é necessária aprovação da auditoria técnica da Operadora com resposta em até 72 horas a contar do recebimento da solicitação pela Operadora.

18.3 Nenhum atendimento ou serviço previsto neste contrato será realizado sem apresentação do cartão de identificação de beneficiário, fornecido e expedido pela CONTRATADA para os beneficiários contratuais, acompanhado de cédula de identidade.

18.4 A utilização do cartão de identificação por terceiros por imprudência ou negligência do beneficiário tornará o CONTRATANTE responsável pelas despesas indevidamente efetuadas, entre elas as despesas administrativas da CONTRATADA, salvo se ficar caracterizado que não tenha contribuído de nenhuma forma para a utilização indevida e, no caso de ficar caracterizado a culpa, será responsável, ainda, pelo pagamento de multa de 20% (vinte por cento) incidente sobre o valor das despesas.

18.5 Quando houver a COMPLEMENTAÇÃO do IPE SAÚDE não haverá coparticipação, entretanto nos casos sem a participação do IPE SAÚDE a CONTRATADA poderá cobrar coparticipações, de acordo com a tabela vigente, conforme abaixo:

a) Consultas Médicas:

- Quando realizadas na rede IPE SAÚDE, o usuário paga a coparticipação exigida pelo Instituto e solicita ao SAÚDE PAS o reembolso integral, observado o prazo de 6 meses desde a realização da consulta;
- Quando realizadas na rede credenciada do **Saúde PAS Medicina e Odonto**, haverá a coparticipação.

b) Exames Complementares:

- Quando realizados na rede credenciada ao IPE SAÚDE e ao Saúde PAS, o usuário apresenta as carteiras dos dois planos para obter CUSTO ZERO. Caso o prestador de serviço seja credenciado apenas ao IPE SAÚDE, é necessário pagar a coparticipação exigida pelo Instituto e posteriormente solicitar ao Saúde PAS o reembolso integral, observado o prazo de 6 meses desde a realização do exame;
- Quando os exames forem realizados na rede credenciada exclusivamente ao Saúde PAS não haverá coparticipação.

c) Internações Hospitalares:

- O usuário apresenta a solicitação de internação, assinada por seu médico assistente, ao hospital que, por

MODELO

sua vez solicitará autorização ao IPE SAÚDE e ao Saúde PAS**.** Dessa forma, todos os custos da internação serão absorvidos pelos Planos, isentando o usuário de pagamentos adicionais, com exceção do anestesista (veja no item "f" como solicitar reembolso de anestesia).

d) Terapias:

- Para os usuários de Porto Alegre, as sessões **com psicólogo, fonoaudiólogo e nutricionista** deverão ser realizadas exclusivamente na Clínica VITALE, com coparticipação;
- **Terapia ocupacional** em Porto Alegre pode ser realizada na rede credenciada, com coparticipação. Fora da Rede, reembolso conforme Tabela do Plano;
- Para os usuários do Interior as sessões **com psicólogo, fonoaudiólogo, nutricionista e terapeuta ocupacional** deverão ser realizadas na rede credenciada, com coparticipação;
- As sessões de fisioterapia serão realizadas na rede credenciada, sem custo para o associado. Caso sejam realizadas fora da Rede Credenciada, o usuário poderá solicitar reembolso que será efetuado de acordo com a Tabela do Plano;
- Sessões de fisioterapia uroginecológica: com coparticipação;
- Sessões de fisioterapia domiciliar: com coparticipação (mediante orientação e prescrição médica).

e) Urgência e Emergência:

- Quando o atendimento de urgência e emergência ocorrer em serviços credenciados ao IPE SAÚDE e ao Saúde PAS, não haverá coparticipação, bastando ao usuário apresentar os dois cartões de identificações (do IPE e do Saúde PAS);
- Quando o atendimento de urgência e emergência ocorrer em serviços credenciados somente ao Saúde PAS, haverá coparticipação de 50% do total das despesas, estando inclusos neste valor: consultas, exames, medicamentos e materiais utilizados no atendimento de emergência e demais procedimentos realizados;
- Quando o atendimento de urgência e emergência evoluir para internação, o usuário fica dispensado da coparticipação.

f) Reembolso de Anestesia

- Para a obtenção de reembolso conforme a tabela do Plano, o usuário deverá apresentar ao Saúde PAS a nota fiscal devidamente discriminada sobre médico, paciente, procedimento e porte anestésico, que a própria administração do plano encaminhará o pedido de parte do reembolso ao IPE SAÚDE e complementará o reembolso, em até 30 dias, na conta corrente constante do cadastro do usuário.

18.6 Para fins de liberação de cobertura de despesas de materiais de prótese, órtese e implantes, deverá ser observado o seguinte:

a) é prerrogativa do médico assistente determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais – OPME necessários à execução dos procedimentos cobertos por este contrato;
b) o médico assistente solicitante deve, quando assim solicitado pela CONTRATADA, justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos 03 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas;
c) em caso de divergência entre o médico assistente solicitante e a CONTRATADA, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com as despesas arcadas pela CONTRATADA; e
d) a CONTRATADA pode escolher a marca e a procedência do material da prótese, órtese e implante a ser coberto desde que atenda às especificações determinadas pelo médico assistente, nos termos do item "a" acima mencionado.

18.7 Os prazos de internação hospitalar serão determinados pelo médico assistente que solicitar a internação ou a prorrogação da baixa, dentro dos prazos habitualmente necessários para tratamento das patologias, inexistindo qualquer outra limitação temporal;

18.8 É garantido a cobertura do atendimento por outros profissionais da saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico assistente, sempre observado as exclusões de cobertura e as carências previstas nas cláusulas deste contrato.

18.9 Para informações sobre a Rede Credenciada entre em contato com a Central de Atendimento pelo telefone 0800 541 6666 ou acesse www.saudepas.com.br.

MODELO

19. REEMBOLSO

Nos casos de urgência e emergência, ou devido a indisponibilidade de prestador credenciado junto ao SAÚDE PAS em que o beneficiário não puder utilizar os serviços credenciados do SAÚDE PAS dentro da abrangência geográfica contratada, serão reembolsadas as despesas cobertas pelo plano da seguinte forma:

19.1 Para obtenção do reembolso, o usuário deverá enviar ao SAÚDE PAS aos originais dos seguintes documentos:

a)Recibo discriminado da despesa;

b)Relatório/atestado do médico assistente que comprove a urgência/emergência;

19.2 O valor a ser reembolsado nas urgências e emergências não será inferior ao valor praticado pela operadora junto à rede de prestadores do respectivo plano.

19.3 O beneficiário tem o prazo de SEIS MESES para apresentar a documentação acima listada contados da data do evento;

19.4 O reembolso será realizado no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados após o protocolo da documentação acima solicitada.

Obs. *Os atendimentos realizados de forma eletiva por profissionais não credenciados ao SAÚDE PAS não serão reembolsados, devendo o beneficiário titular consultar a relação de profissionais credenciados disponíveis no site: www.saudepas.com.br antes de realizar a consulta/atendimento.*

20. FORMAÇÃO DE PREÇO

O custeio dos serviços contratados está estruturado na forma de contribuições individuais pré-estabelecidas, com valores definidos na correspondente nota técnica do produto.

21. PAGAMENTO DA MENSALIDADE

21.1 É obrigação do beneficiário a quitação de sua mensalidade e de seus dependentes indicados. Os referidos pagamentos poderão ser realizados da seguinte forma:

a) Consignação em folha de pagamento;

b) Débito em conta nos bancos conveniados;

c) DOC bancário.

21.2 Cobrança de multa de 2% e juros moratórios de 1% a.m. a partir do vencimento, a vigorar a partir de 1° de janeiro de 2022.

22. REAJUSTE

O reajuste do presente contrato será realizado anualmente, na data de aniversário de ingresso no Plano, mediante apuração da sinistralidade de cada exercício.

22.1 **Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este deverá ser justificado por cálculo atuarial ratificado pelo Conselho de Administração do Plano, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 meses consecutivos.**

22.2 **O cálculo do Reajuste por Sinistralidade será apurado, conforme a seguinte equação:**

$$R\ (\text{reajuste}) = \frac{S\ (\text{sinistralidade observada})}{SM\ (\text{meta de sinistralidade})} - 1 \times 100$$

22.3 **Caso a sinistralidade observada seja igual ou menor que a meta de sinistralidade, o reajuste aplicado utilizará como base o Índice de Variação dos Custos Médicos Hospitalares - IVCMH.**

22.4 O percentual reajustado será informado a ANS até 30 (trinta) dias após a data da aplicação;

22.5 O contrato não poderá ser reajustado em periodicidade inferior a 12 meses;

22.6 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.

22.7 De acordo com a RN 137, o aporte não é considerado reajuste e poderá ser realizado conforme previsão estatutária.

MODELO

23. FAIXAS ETÁRIAS

Havendo alteração de faixa etária de 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, conforme determina o art. 3º, incisos I e II da RN 63/03:

FAIXAS ETÁRIAS	Variação %
00 (zero) a 18 (dezoito) anos;	0%
19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos	30,00%
24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos	11,54%
29 (vinte nove) a 33 (trinta e três) anos	6,90%
34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos	6,45%
39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos	15,15%
44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos	26,31%
49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos	16,67%
54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos	17,86%
59 (cinquenta e nove) anos ou mais	0%

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

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

23.3 A variação do valor da contraprestação pecuniária não poderá atingir o usuário com mais de 59 (cinquenta e nove) anos.

23.4 A variação do preço em razão da faixa etária, somente irá incidir quando o beneficiário completar a idade limite, razão pela qual o mesmo somente deve arcar com o valor a maior no mês subsequente ao do seu aniversário.

24. TABELA DE COPARTICIPAÇÕES VIGENTE

CONSULTAS REDE SAÚDE PAS	
PSICO, NUTRI, TO, FONO – PORTO ALEGRE	
PSICO, NUTRI, TO, FONO – INTERIOR DO ESTADO	
FISIOTERAPIA UROGINECOLÓGICA	
FISIOTERAPIA DOMICILIAR	
REABILITAÇÃO PERINEAL COM BIOFEEDBACK	

24.1 Os valores de coparticipação serão revistos quando necessário pelo Conselho de Administração do plano se identificado desequilíbrio atuarial por sinistralidade.

MODELO

25. SUSPENSÃO

Os atendimentos serão suspensos quando houver atraso no pagamento da mensalidade ou de coparticipações pelo período superior a **15 (quinze) dias**, mediante prévia notificação ao CONTRATANTE.

26. CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

26.1 Para participar dos Planos Complementares do SAÚDE PAS Medicina & Odonto é necessário ter vínculo com o IPE-SAÚDE. Caso esse vínculo venha a se extinguir, o usuário do Plano Complementar perderá a qualidade de beneficiário, sendo sua obrigação comunicar ao SAÚDE PAS para cancelamento do Plano.

26.2 Os valores cobrados no período em que o usuário tiver perdido sua condição de beneficiário e não comunicado ao plano não serão devolvidos.

27. RESCISÃO

27.1 O presente contrato poderá ser rescindido, de acordo com os itens abaixo:

a) O Beneficiário poderá solicitar o cancelamento do plano contratado a qualquer momento, de acordo com as regras determinadas pela ANS;

b) Fraude comprovada;

c) Inadimplência: pelo não pagamento da mensalidade por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, no período de 12 (doze) meses, desde que o participante tenha sido comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência.

27.2 Na hipótese de inadimplência, a CONTRATADA reserva-se o direito de cobrar os valores devidos e caso não tenha êxito, poderá levar a protesto, encaminhar para setor de cobrança ou ainda informar aos serviços de proteção ao crédito - SPC e SERASA, além de encaminhar cobrança judicial, observada a legislação vigente.

Parágrafo Único: despesas efetuadas pela contratada em razão das cobranças dos encargos supracitados em atraso, sejam por via administrativa sejam judiciais, assim como os honorários advocatícios no percentual de 20%, se for o caso, serão suportados pelo inadimplente.

28. DO CONSENTIMENTO PARA O TRATAMENTO DE DADOS

28.1 O CONTRATANTE declara para todos os fins seu pleno consentimento com o tratamento dos seus dados informados no ato desta contratação e posteriormente, com a finalidade de manutenção de plano de saúde contratado e prestação de serviços médicos, incluindo o compartilhamento destas informações com a rede credenciada de médicos prestadores de serviço para o atendimento médico-hospitalar, bem como para fins de oferta, pela CONTRATADA ou algum de seus parceiros comerciais, de serviços ou produtos médicos.

28.2 O CONTRATANTE confirma que recebeu consentimento prévio dos beneficiários dependentes para a sua inclusão no plano de saúde, bem como para o envio, recebimento e tratamento, por tempo indeterminado, no tocante às informações de cada dependente, inclusive de teor médico e sensível, pelo beneficiário titular, responsabilizando-se este integralmente por eventual acesso não autorizado diretamente junto ao dependente.

28.3 A CONTRATADA se compromete com o sigilo e integridade dos dados fornecidos com vistas à manutenção do plano de saúde e prestação de serviços médico-hospitalares, implementando medidas técnicas e organizacionais para proteger os dados pessoais contra a destruição, perda, alteração, difusão ou o acesso não autorizado, vedada a utilização destes dados para qualquer finalidade diversa da prevista neste presente contrato, salvo autorização e consentimento prévio, expresso e destacado do CONTRATANTE.

28.4 Toda e qualquer solicitação de alteração, eliminação, inclusão ou demanda relativa a dados e informações do CONTRATANTE deverá ser formalizada junto à CONTRATADA por escrito, inclusive a solicitação de cópia de prontuários, salvo situações de urgência ou emergência.

28.5 A CONTRATADA se responsabiliza por eventual situação de violação de dados a que tenha dado ensejo, comunicando imediatamente o titular do dado violado e a autoridade competente, adotando as medidas necessárias para conter os efeitos decorrentes do incidente.

29. DISPOSIÇÕES GERAIS

Para dirimir toda e qualquer questão decorrente das obrigações reciprocamente assumidas e não previstas nos dispositivos contratuais, o serão feitas com base no Código Civil Brasileiro.

Integram o presente contrato:

MODELO

I - Carta de orientação ao beneficiário com Declaração de Saúde;
II – Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS);
III – Guia de leitura contratual (GLC).

30. ELEIÇÃO DE FORO

Fica eleito o foro da comarca do CONTRATANTE para a solução de qualquer litígio proveniente deste instrumento, com renúncia expressa de qualquer outro.

E, por estarem assim acertados, firmam o presente instrumento em 2 vias de igual teor e conteúdo, na presença de 2 testemunhas instrumentais, ficando 01 via para cada parte.

Porto Alegre, _____de _____de _____.

_____

CONTRATANTE

_____

SAÚDE PAS MEDICINA E ODONTO
LUIZ ONOFRE MACHADO MEIRA
CONTRATADA

TESTEMUNHAS:

1.Nome: _____
CPF: _____

2.Nome: _____
CPF: _____

MODELO