SAÚDE PAS Medicina & Odonto

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

Plano contratado: **SAÚDE PAS FLEX ÁGIL – Registro 494.929/23-3**
Contratação: **Coletivo por Adesão**
Abrangência Geográfica: **Estadual**
Segmentação Assistencial: **Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia**
Formação do Preço: **Pré-Estabelecido**
Fator Moderador: **Coparticipação**

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:_____
Filiação: _____
Data de Nascimento: _____ CPF: _____
Telefone: _____ E-mail: _____
RG: _____Órgão Expedidor: _____
Cadastro Nacional de Saúde – CNS_____, a seguir designado 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 FLEX ÁGIL SEMI PRIVATIVO**
b) Número de registro do produto na ANS: **494.929/23-3**

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. ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO
A área de atuação do plano de saúde é ESTADUAL.

6. PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO
COLETIVA (observadas as regras específicas dos Hospitais Credenciados).

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:
Consultas médicas na rede referenciada da CONTRATADA nos termos das cláusulas deste contrato;
a) Serviços de urgência e emergência na rede referenciada da CONTRATADA nos termos das cláusulas deste contrato;
b) Exames necessários ao diagnóstico, nos termos das cláusulas deste contrato;

MODELO

c) Serviços ambulatoriais, nos termos das cláusulas deste contrato; e
d) 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. Ante a classificação da Operadora como plano de Autogestão, o presente contrato não está sob a égide do Código do Consumidor, conforme súmula 608 do Superior Tribunal de Justiça.

9. CONDIÇÕES DE ADMISSÃO
9.1. Plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população que mantenha com a CONTRATANTE vínculo de caráter profissional, classista ou setorial.
9.2. Serão admitidos os Servidores Públicos do Estado e dos Municípios do Rio Grande do Sul.
9.3. 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) Grupo familiar até o quarto grau de parentesco consanguíneo;
b) Grupo familiar até o segundo grau de parentesco por afinidade;
c) O cônjuge;
d) O companheiro, havendo união estável na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial.
e) Os filhos e enteados, ambos com até 18 anos incompletos ou, se estudantes universitários, até 24 anos incompletos;
f) Criança ou adolescente sob guarda, tutelado e/ou curatelado;
g) Os filhos com deficiência física podem ser incluídos como dependentes independentemente da idade.
9.4. A adesão do grupo familiar dependerá da participação do Titular no plano privado de assistência à saúde.
9.5. 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.
No ato da contratação e das inclusões posteriores, o Beneficiário Titular preencherá o Formulário de Declaração de Saúde, obrigando-se a informar a condição sabida de doenças ou lesões preexistentes, sua e de seus dependentes.
9.6. Forma de inclusão de beneficiário titular: A solicitação de inclusão de beneficiário titular deve ser feita mediante o preenchimento do proposta de adesão, assinada pelo beneficiário titular. A Proposta de adesão deve ser acompanhada de cópia do RG, CPF, comprovante de renda, CNS do titular, comprovante de endereço em nome do titular ou declaração de residência, número de telefone do titular e por fim, comprovante de vínculo de caráter profissional, classista ou setorial.
9.6.1. Beneficiários Associados ou vinculados a pessoa jurídica, serão elegíveis na forma prevista no Estatuto Social da Operadora.
9.7. Forma de inclusão de beneficiário dependente: A solicitação de inclusão de dependente deve ser realizada mediante o preenchimento da proposta de adesão, com indicação do código do contrato firmado pelo Titular e/ou o nome completo do Titular.
A inclusão de beneficiário dependente deverá ser acompanhada dos seguintes documentos:
a) Proposta de Adesão assinada pelo beneficiário titular;
b) Declaração de Saúde preenchida e assinada;
c) Comprovante residencial, caso o endereço informado no formulário seja diferente do informando no momento da inclusão do titular;
d) Anexar os seguintes documentos:
- Cônjuge: RG, CPF, Cartão Nacional de Saúde (CNS), Certidão de casamento;
- Filho até 24 anos incompletos: RG ou certidão de nascimento, CPF, Cartão Nacional de Saúde (CNS), após 18 anos, comprovante de vínculo com Instituição de Ensino, reconhecida pelo Ministério da Educação - MEC;
- Filho adotivo até 24 anos incompletos: RG ou certidão de nascimento (se ainda não tiver a Certidão de Nascimento retificada, apresentar o Termo de adoção ou termo de guarda para fins de adoção), CPF, Cartão Nacional de Saúde (CNS), após 18 anos, comprovante de vínculo com Instituição de Ensino, reconhecida pelo Ministério da Educação - MEC;
- Filho incapaz: Termo de Curatela ou Tutela para filhos incapazes com problemas mentais; relatório de perícia médica do INSS ou uma junta médica para filhos incapazes com problemas físicos; RG ou certidão de nascimento, CPF, Cartão Nacional de Saúde (CNS);
- Enteado até 24 anos incompletos: RG ou certidão de nascimento, CPF, Cartão Nacional de Saúde (CNS), Certidão de casamento ou declaração pública de união estável entre o titular e cônjuge, após 18 anos, comprovante de vínculo com Instituição de Ensino, reconhecida pelo Ministério da Educação - MEC;

MODELO

- Criança ou adolescente sob guarda até 24 anos incompletos: Termo de guarda ou tutela, RG ou certidão de nascimento, CPF, Cartão Nacional de Saúde (CNS);
- Companheira (o): RG, CPF, Cartão Nacional de Saúde (CNS), Escritura Pública emitida pelo cartório; ou Declaração Particular assinada pelo casal e por duas testemunhas com firma reconhecida de todas as assinaturas;

9.8. Todos os dados preenchidos no formulário e demais anexos que fazem parte do processo de inclusão deverão conferir com as cópias dos documentos encaminhados.
9.9. Os nomes dos beneficiários não poderão ser abreviados, conforme exigência da ANS.
9.10. Poderá ser inscrito recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário titular, ou de seu dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência já cumpridos pelo titular, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de trinta dias do nascimento ou adoção.

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, bem como, do **Rol de Procedimentos da ANS vigentes à época do evento e suas Diretrizes de Utilização - DUT**, **observadas as características da segmentação AMBULATORIAL HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA.**

11. COBERTURAS AMBULATORIAIS:

11.1. Respeitados os prazos de carência, as exclusões e as coberturas estabelecidas neste Contrato, o BENEFICIÁRIO terá cobertura para as despesas ambulatoriais, exames complementares e serviços auxiliares listados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, através do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, relacionados às doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde (CID vigente).
11.2. Cobertura de consultas médicas em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, (art. 12, I, "a", da Lei 9.656/98 e RN-ANS 465/21) aptas a atender as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.
11.3. Cobertura de serviços de apoio diagnósticos, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação.
11.4. Os Exames Complementares estão divididos em três níveis:
a) Exames complementares básicos I: exames de análises clínicas, citopatológico, rx simples, eletrocardiograma.
b) Exames complementares básicos II: Eletroencefalograma**,** anátomo patológico, ecografias, endoscopia digestiva.
c) Exames complementares especiais: angiografias, densitometria óssea, ecografia com doppler, genética, phmetria, mamografias, medicina nuclear, rx contrastado, ressonância magnética, holter, teste ergométrico, tomografia computadorizada, e demais exames constantes no Rol de procedimentos da ANS;
11.5. Cobertura de consultas e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, e terapeuta ocupacional de acordo com o número estabelecido no Rol de procedimentos e eventos em saúde vigente à época do evento, conforme indicação do médico assistente.
11.6. 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.
11.7. Cobertura dos procedimentos de fisioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, em número ilimitado de sessões por ano, realizado em clínicas conveniadas diretamente pela CONTRATADA, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente, serão autorizadas sempre em número de 10, que serão renovadas sucessivamente, sempre que necessário. A operadora se reserva no direito de solicitar laudo que ateste a necessidade de continuidade de realização de sessões de fisioterapia após realizadas 50 sessões no período de um ano.
11.8. Atendimentos nos casos de planejamento familiar, incluindo:
a) atividades educacionais;
b) consultas de aconselhamento para planejamento familiar;
c) atendimento clínico;
d) sulfato de DEHIDROEPIANDROSTERONA (SDHEA);
e) implante de dispositivo intrauterino (DIU) hormonal incluindo o dispositivo.
11.9. A cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais:

MODELO

11.10. Cobertura ambulatorial obrigatória para os seguintes procedimentos considerados especiais, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento:
a) Hemodiálise e diálise peritonial contínua – CAPD;
b) Quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de Saúde, conforme prescrição do médico assistente;
c) Medicamentos de uso domiciliar, preferencialmente genérico ou fracionado, exclusivamente para terapia antineoplásica oral e os medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, conforme prescrição do médico assistente, respeitadas as diretrizes de utilização e Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigentes à época do evento;
d) Radioterapias Ambulatoriais: listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigentes à época do evento, para segmentação ambulatorial;
e) Procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais: listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, com segmentação ambulatorial e que não necessitem de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas ou unidade de terapia intensiva e unidades similares;
f) Hemoterapia ambulatorial;
g) Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
11.11. Cobertura de medicamentos registrados e regularizados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, desde que utilizados durante a execução dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos em regime ambulatorial e previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
11.12. 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.
11.13. 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 a doze sessões por ano de contrato, não cumulativas.
11.14. Para a cobertura do exame de PET-CT Oncológico e do exame Ecoendoscopia com capsula endoscópica, previstos nas Diretrizes de Utilização da ANS, deverá o Beneficiário solicitar autorização prévia a CONTRATADA, bem como efetuar o pagamento da coparticipação no percentual de 50% sobre o valor do exame, conforme tabela vigente da rede credenciada.

12. COBERTURAS HOSPITALARES:
A internação hospitalar prevista neste contrato será em acomodação coletiva, exclusivamente nos hospitais Santa Casa de Misericórdia, São Lucas da Puc, Instituto de Cardiologia, Hospital Sapiranga, Hospital do Círculo – Caxias do Sul, Hospital Pompéia – Caxias do Sul, Hospital São Francisco – Santa Maria, Hospitais Unimed Vale do Sinos – Novo Hamburgo e São Leopoldo e Hospital Regina – Novo Hamburgo, sendo sempre necessária a autorização prévia da CONTRATADA.
12.1. A participação de profissional médico anestesiologista nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento terá sua cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínica;
12.2 Atendimento, dentro da segmentação e da área de abrangência estabelecida no contrato, deve ser assegurado independentemente do local de origem do evento;
12.3. Cobertura de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, bem como o acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional na indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou contratados pelo plano;

12.4. Cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;

12.5. Cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação, será conforme contratação da Operadora junto aos prestadores, sendo aplicados os valores da tabela vigente;
12.6. Exames complementares indispensáveis ao controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, 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 e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento;
12.7. Cobertura para remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro

MODELO

dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro;
12.8. Cobertura de despesas de acompanhante, no caso de pacientes menores de dezoito anos e com idade igual ou superior a sessenta anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente;
12.9. Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais, mesmo quando prestados ambulatorialmente, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada como internação hospitalar:
a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
b) quimioterapia oncológica ambulatorial;
c) radioterapia: todos os procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente para ambas as segmentações ambulatorial e hospitalar;
d) hemoterapia;
e) nutrição parenteral ou enteral;
f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
g) embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
h) radiologia intervencionista;
i) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
j) procedimentos de fisioterapia: aqueles listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
12.10. Cobertura de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer (artigo 10-A da Lei 9656/1998, incluído pela Lei 10223/2001);
12.11. A cobertura de cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, desde que não caracterize finalidade estética.
12.12. Internações psiquiátricas, em todas as modalidades de internação que exijam cuidados médicos em ambiente hospitalar (seja centro de terapia intensiva ou similar, hospital dia e clínicas básicas e especializadas integrantes da rede redenciada da Contratada) em número ilimitado de dias, após 30 trinta dias de internação, dentro do período de um ano, será cobrada a coparticipação do beneficiário, no percentual de 50%, conforme normativas da ANS;

12.13. Garantia de assistência para procedimentos hospitalares na modalidade de hospital-dia, em internações de curta-permanência, a critério do médico assistente;
12.14. Cobertura de transplantes listados na Resolução Normativa vigente à época do evento, e dos procedimentos a eles vinculados, incluindo:
a) As despesas assistenciais com doadores vivos, as quais estão sob expensas da operadora do beneficiário receptor;
b) Os medicamentos utilizados durante a internação;
c) O acompanhamento clínico em todo o período pós-operatório, que compreende não só o pós-operatório imediato (primeiras vinte e quatro horas da realização da cirurgia) e mediato (entre vinte e quatro horas e quarenta e oito horas da realização da cirurgia), mas também o pós-operatório tardio (a partir de quarenta e oito horas da realização da cirurgia), exceto medicamentos de manutenção; e
d) As despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos, sem qualquer ônus ao beneficiário receptor.
12.15. Cobertura para os procedimentos relativos ao pré-natal, a assistência ao parto e puerpério;
a) Despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, relativas ao acompanhante indicado pela mulher durante Pré-parto, Parto; e Pós-parto imediato (entendido como o período que abrange dez dias após o parto) salvo intercorrências, a critério médico;
b) Cobertura de consultas de Enfermeiro obstetra ou obstetriz limitadas a 6 (seis) consultas de pré natal e até duas consultas de Puerpério, quando realizados por enfermeiro obstetra habilitado pelo seu conselho profissional para o atendimento obstétrico e desde que previamente solicitado pelo médico assistente, devendo a mesma ser renovada no máximo a cada 3 consultas realizadas pela enfermagem.
c) Cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário titular, ou de seu dependente, durante os primeiros trinta dias após o parto, isento do cumprimento dos períodos de carência já cumpridos pelo titular, sendo vedada qualquer alegação de DLP ou aplicação de CPT ou Agravo;

13. SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS

O presente plano não contempla cobertura de serviços não pertencentes ao Rol de procedimentos da Regulamentação vigente.

MODELO

14. EXCLUSÕES DE COBERTURA

Para fins de aplicação do art. 10 da Lei de nº 9.656/98 e, art. 20 da RN 428/2017 e suas alterações, estão expressamente excluídos deste contrato e não cobertos pelo plano, não gerando direito a qualquer tipo de cobertura, as despesas decorrentes de:

14.1 Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, que:

a) Empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país;

b) São considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina – CFM ou pelo Conselho Federal de Odontologia-CFO; ou

c) Empregam medicamentos, cujas indicações de uso pretendida não constem da bula/manual registrada na ANVISA (uso off-label); exceto para aqueles medicamentos com parecer favorável do CONITEC e que tenham autorização de uso da ANVISA para fornecimento pelo SUS.

14.2 Procedimentos clínicos e cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, ou seja, aqueles que não visam restauração parcial ou total da função de órgão ou parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;

14.3 Inseminação artificial entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;

14.4 Métodos contraceptivos, não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente a época do evento;

14.5 Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;

14.6 Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde:

a) Importados não nacionalizados, quais sejam, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA;

b) Medicamentos para tratamento domiciliar, exceto quando estiver vinculado ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso ou para controle de efeitos adversos e adjuvantes relacionados ao tratamento oncológico, previstos no Rol de procedimentos e eventos em saúde vigente, quando atendidas as diretrizes de utilização;

c) Medicamentos de uso ambulatorial, exceto quando estiver vinculado a execução de um procedimento diagnóstico ou terapêutico previsto no Rol de eventos em saúde vigente.

14.7 Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico: prótese como qualquer dispositivo permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido, e órtese qualquer dispositivo permanente ou transitório, incluindo materiais de osteossíntese, que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico aqueles dispositivos cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico;

14.8 Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios que não constarem, na data do evento, da lista disponibilizada e atualizada periodicamente no endereço eletrônico da ANS na Internet (www.ans.gov.br);

14.9 Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

14.10 Casos de cataclismo, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;

14.11 Tratamento em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;

14.12 Consultas e demais atendimentos domiciliares tais como *home care*;

14.13 Remoções não previstas na cláusula de "Atendimento de Urgência e Emergência, Remoção e Reembolso" prevista em normativo da Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigente na data do evento;

14.14 Todos os procedimentos médicos e hospitalares não listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;

14.15. Transplantes, à exceção de córnea e rim, e dos transplantes autólogos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

14.16 Procedimentos cujo beneficiário não atenda as diretrizes de utilização, diretrizes clínicas ou protocolo de utilização estabelecidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar com parte do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigentes à época do evento;

14.17. Procedimentos realizados fora da área de abrangência geográfica estabelecida neste contrato.

14.18 Se realizados procedimentos fora da área da abrangência contratual, deverá o beneficiário comprovar que o mesmo estava em deslocamento, estando temporariamente fora da área de cobertura geográfica. Necessário, ainda, que o mesmo no caso de consultas e exames encaminhe pedido de autorização prévia a CONTRATADA, a mesma regra se aplicará

MODELO

quando o beneficiário utilizar o convênio Unimed de consultas e exames eletivos.
14.19. Honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista mesmo quando, por imperativo clínico, for necessária estrutura hospitalar para a realização de procedimentos listados no Rol de Procedimentos Odontológicos;
14.20. Não haverá cobertura para os procedimentos não previstos no Rol da ANS vigente a época do evento.

15. 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.

16. CONDIÇÕES DE RENOVAÇÃO AUTOMÁTICA

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

17. PERÍODOS DE CARÊNCIA

CARÊNCIA - É o período de tempo, contado da assinatura do Contrato, da proposta de adesão ou do primeiro pagamento, o que ocorrer primeiro, onde o CONTRATANTE deverá permanecer no plano, sem direito à(s) garantia(s) coberta(s) por este contrato conforme definido nesta CLÁUSULA.
17.1. As coberturas previstas pelo plano contratado somente passam a vigorar após cumpridos os prazos de carência descritos abaixo, contados a partir do início de vigência do beneficiário titular e/ou de seu(s) dependente(s), conforme disposto no inciso V, art. 12 da Lei n° 9.656/98.
17.2. 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.
17.3. As despesas decorrentes da utilização dos serviços durante o período de carência serão de responsabilidade da CONTRATANTE.
17.4. Em ocorrendo a utilização dos produtos e serviços contratados, antes de expirar o prazo de carência, tanto da rede da CONTRATADA Saúde Pas, quanto da rede Unimed, arcará o titular com a integralidade da despesa gerada, na qual será cobrado na mesma modalidade de pagamento da contribuição.

18. CARÊNCIAS:

Urgência e emergência	**24 horas**
Consultas rede referenciada	**30 dias**
Exames complementares básicos I	**30 dias**
Exames Complementares básicos II	**60 dias**
Exames Complementares especiais	**180 dias**
Procedimentos Ambulatoriais realizados em consultório – eletivo	**30 dias**
Procedimentos Ambulatoriais – demais procedimentos – eletivo	**90 dias**
Psicologia/psicoterapia/fonoaudiologia/Nutricionista/Terapia Ocupacional	**90 dias**
Fisioterapia/Acupuntura	**60 dias**
Demais coberturas previstas no Rol de procedimentos	**180 dias**
Internações	**180 dias**
Parto a Termo	**300 dias**

18.1. Exames Complementares básicos I: Exames de análise clínicas, citopatológico, rx simples.
18.2. Exames Complementares básicos II: Eletrocardiograma, Anátomo patológico, ecografias, endoscopia digestiva.
18.3. Exames Complementares especiais: Angiografias, densitometria óssea, ecografia com doppler, genética, phmetria, mamografias, medicina nuclear, rx contrastado, ressonância magnética, holter, teste ergométrico, tomografia computadorizada, e demais exames constantes no Rol de procedimento as ANS.

19. DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES

19.1. Doença ou lesão preexistentes é aquela em que o beneficiário saiba ser portador no momento da contratação do plano de saúde.
19.2. 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

MODELO

(PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças e lesões preexistentes.
Se na ocasião houver a constatação de doença e/ou lesão preexistente, será exigido o cumprimento de cobertura parcial temporária (CPT) de 24 meses.
19.3. O beneficiário deverá preencher, no momento da contratação, declaração de saúde (documento anexo a este contrato), nos termos da Resolução Normativa nº 558/22 da ANS.
19.4. 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;
19.5. Será considerado como comportamento fraudulento a omissão de doença ou lesão preexistente de conhecimento prévio do beneficiário.
19.6. 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 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.

20. URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

20.1. 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).
20.2. 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).
20.3. 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.
20.4. Haverá coparticipação de 50% nas consultas de urgência e emergência em todos os Hospitais, independente de evoluírem para internação.
20.5. Haverá coparticipação nos exames realizados nos atendimentos de urgência e emergência, de acordo com a rede utilizada.

21. 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, mediante solicitação do médico assistente.

22. MECANISMOS DE REGULAÇÃO

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.
22.1. Nenhum atendimento ao serviço previsto neste contrato será realizado sem a apresentação do Cartão de Identificação do beneficiário fornecido e expedido pela CONTRATADA para os beneficiários, na forma física ou digital, acompanhado de cédula de identidade desses ou, inexistindo tal documento, outro que produza efeitos similares, exceto nos casos de urgência e emergência.
22.2. O cartão de identificação é documento pessoal e intransferível do beneficiário, devendo conter em destaque o seu período de validade.
22.3. A utilização de cartão por terceiros ou 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 para a utilização indevida e, no caso de ficar caracterizada a culpa, será

MODELO

responsável pelo pagamento da multa de 20% incidente sobre o valor das despesas.

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

22.5. A responsabilidade do beneficiário, caso não comunique a ocorrência do fato à contratada, somente cessará ao final do prazo de validade do cartão extraviado.

22.6. Determinadas coberturas e procedimentos são passíveis de coparticipação, de acordo com a tabela vigente, conforme abaixo:

a) Consultas Médicas:

- Quando realizadas na rede referenciada da **Saúde PAS Medicina e Odonto**, haverá coparticipação;
- Quando realizadas na rede Unimed, haverá a coparticipação;

b) Exames Complementares:

- Quando os exames forem realizados na rede referenciada exclusivamente ao Saúde PAS haverá coparticipação.
- Quando realizados na rede Unimed, haverá coparticipação;

c) Internações Hospitalares:

- O usuário apresenta a solicitação de internação, assinada por seu médico assistente, ao hospital que, por sua vez solicitará autorização ao Saúde PAS. Dessa forma, todos os custos da internação serão absorvidos pelo Plano, isentando o usuário de pagamentos adicionais, com exceção do anestesista, que será por meio de reembolso, de acordo com a tabela do plano.

d) Terapias:

- Para os usuários de Porto Alegre, as sessões com **psicólogo, fonoaudiólogo e nutricionista** deverão ser realizadas exclusivamente na Clínica VITALE, rede referenciada com coparticipação;

Terapia ocupacional em Porto Alegre pode ser realizada na rede referenciada 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 referenciada, com coparticipação;
- As sessões de fisioterapia serão realizadas na rede referenciada, com coparticipação para o associado. Caso sejam realizadas fora da Rede referenciada, 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;
- Reabilitação perineal com Biofeedback com coparticipação.

e) Urgência e Emergência:

- Haverá coparticipação de 50% nas consultas de urgência e emergência nos hospitais contratados (cláusula 12), independente de evoluírem para internação.
- Haverá coparticipação nos exames realizados nos atendimentos de urgência e emergência, de acordo com a rede utilizada.

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. O crédito ocorrerá em até 30 dias após aceite da documentação, na conta corrente constante do cadastro do usuário.

22.7. 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.

22.8. Os prazos de internação hospitalar serão determinados pelo médico assistente que solicitar a internação ou a

MODELO

prorrogação da baixa, dentro dos prazos habitualmente necessários para tratamento das patologias, inexistindo qualquer outra limitação temporal;

22.9. 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.

22.10. Para buscar agendamento e informações em clínicas referenciadas consulte a Administração do Plano pelo telefone 0800 541 6666, aplicativo para celular, ou acesse o site www.saudepas.com.br.

23. REEMBOLSO

23.1 O presente contrato garante o reembolso nos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios ou contratualizados, dentro da área geográfica de abrangência e atuação do plano.

23.2 O valor do reembolso nas urgências e emergências não será inferior ao valor praticado pela Operadora junto à rede de prestadores do plano contratado.

Documentação para Reembolso:

Para obtenção do reembolso, o usuário deverá enviar à CONTRATADA os originais dos seguintes documentos:

a) Relatório do médico assistente contendo diagnóstico, tratamento efetuado, data do atendimento e as condições que caracterizaram a urgência/emergência;

b) Recibos individuais quitados dos honorários médicos. Quando se tratar de pessoa jurídica, nota fiscal quitada. Em ambos os casos deverão ser discriminados os seguintes dados:

- Nome completo do paciente;
- Procedimento e data de sua realização;
- Atuação do médico (especialidade);
- Valor dos honorários;
- Nome, número do Conselho Regional e CPF do médico;

c) Conta das despesas discriminadas, inclusive relação de materiais e medicamentos utilizados, apresentando nota fiscal quitada, facultado à CONTRATADA periciar os prontuários médicos, resguardadas as normas éticas.

d) Declaração contendo as circunstâncias da impossibilidade do atendimento no serviço próprio ou credenciado, conforme o caso, cujo critério constará das Condições Particulares.

23.3 O reembolso será realizado no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da data da aceitação da documentação apresentada, através de depósito em conta bancária fornecida pelo mesmo e seu valor não poderá ser inferior ao praticado por esta junto à rede assistencial do presente plano.

23.4 Só serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento, e desde que realizadas enquanto perdurar o estado de urgência ou emergência.

23.5 Os documentos (recibos, laudos e relatórios médicos) deverão ser entregues à CONTRATADA diretamente em sua sede ou em um endereço local indicado por ela no prazo máximo de até 12 (doze) meses corridos, contados a partir da data em que ocorrer o evento médico sob pena de perda do direito após esta data, podendo ainda ser utilizado o e-mail reembolso@saudepas.com.br.

Não haverá reembolso:

a) De atendimentos realizados de forma eletiva por profissionais não credenciados/referenciados à SAÚDE PAS;

b) De despesas com serviços não previstos na cobertura do Plano ora contratado;

c) De despesas com serviços realizados fora da abrangência geográfica do Plano ora contratado;

d) Caso seja efetivamente constatada fraude em documento ou informação pertinentes à utilização dos serviços previstos neste Contrato.

e) De coparticipações pagas em rede referenciada.

É de responsabilidade do usuário consultar a relação de profissionais credenciados disponíveis no site www.saudepas.com.br ou no aplicativo para celular, antes de realizar a consulta/atendimento.

24. FORMAÇÃO DE PREÇO

24.1 O valor a ser pago pela cobertura assistencial contratada é **pré-estabelecido**.

24.2 A mensalidade será paga até seu respectivo vencimento, conforme acordado na proposta de Adesão. Quando a data de vencimento cair em dia que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser realizado até o primeiro dia útil

MODELO

subsequente. Caso não ocorra o pagamento das mensalidades na qual a modalidade de pagamento é por meio de consignação em folha, desde já o beneficiário titular e ou responsável financeiro autoriza o desconto via conta corrente cadastrada na Operadora.

24.3 Se o CONTRATANTE não receber o documento que possibilite realizar o pagamento de sua obrigação até cinco dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente à CONTRATADA, para que não se sujeite a consequência da mora.

24.4 Ocorrendo impontualidade no pagamento da mensalidade, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso, além de multa de 2% (dois por cento) sobre o valor do débito em atraso. Permanecendo por mais de 31 dias em atraso poderá a Operadora inscrever o beneficiário nos órgãos de proteção ao crédito.

24.5 Não poderá haver distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles a este já vinculados.

24.6 O pagamento da contraprestação pecuniária referente a um determinado mês não implica na quitação de débitos anteriores. O eventual recebimento de valores em atraso constituirá mera tolerância, não implicando em novação contratual ou transação.

24.7 Os referidos pagamentos poderão ser realizados da seguinte forma:

a) Consignação em folha de pagamento;

b) Débito em conta nos bancos conveniados;

c) Boleto bancário.

24.8 O preço por faixa etária se dará na forma da tabela abaixo:

FAIXA ETÁRIA	VALOR
00 a 18 anos	R$
19 a 23 anos	R$
24 a 28 anos	R$
29 a 33 anos	R$
38 a 38 anos	R$
39 a 43 anos	R$
44 a 48 anos	R$
49 a 53 anos	R$
54 a 58 anos	R$
59 ou mais	R$

25. REAJUSTE

25.1. O reajuste do presente contrato será realizado anualmente, na data de aniversário de ingresso no Plano, mediante apuração da sinistralidade de cada exercício. Independentemente da data de inclusão dos beneficiários, os valores de suas contraprestações terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência do presente contrato, entendendo-se esta como data base única.

25.2 Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este deverá ser justificado por cálculo atuarial ratificado pelo Conselho Deliberativo 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, anteriores a data base do exercício.

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

25.4 O desequilíbrio é constatado quando o nível de sinistralidade da carteira ultrapassar o índice de 75% (Sm), cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 (doze) meses consecutivos, anteriores à data base de aniversário.

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

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

25.6 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.

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

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

25.9 Independentemente da data de inclusão dos beneficiários/dependentes, 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.

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

MODELO

26. FAIXAS ETÁRIAS

26.1. 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	% DE VARIAÇÃO
00 (zero) a 18 (dezoito) anos;	0%
19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos	30,01%
24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos	15,38%
29 (vinte nove) a 33 (trinta e três) anos	6,67%
34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos	25%
39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos	10%
44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos	9,09%
49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos	12,50%
54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos	18,52%
59 (cinquenta e nove) anos ou mais	31,25%

26.1. O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária;
26.2. A variação acumulada entre a sétima e a décima faixa não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.
26.3. A variação do valor da contraprestação pecuniária não poderá atingir o usuário com mais de 59 (cinquenta e nove) anos.
26.4. 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.

27. TABELA DE COPARTICIPAÇÕES VIGENTE

27.1. Coparticipação é a participação na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário diretamente à operadora, para a realização de procedimento.
27.2. Os valores ou percentuais referentes à coparticipação estarão de acordo com a legislação vigente editada pela ANS, e estarão devidamente preenchidos no momento da contratação.
27.3. Para o plano de saúde deste contrato haverá coparticipação do usuário no valor dos procedimentos abaixo relacionados:

Consulta em Urgência e Emergência - Rede referenciada SAÚDE PAS	**50%**
Consulta em Urgência e Emergência - Rede referenciada UNIMED	**50%**
Consultas eletivas na Rede referenciada Saúde Pas	**40%**
Consultas eletivas na Rede referenciada UNIMED	**70%**
Exames Complementares Básicos I - Rede referenciada SAUDE PAS	**20%**
Exames Complementares Básico II - Rede referenciada SAUDE PAS	**20%**
Exames Complementares Especiais - Rede referenciada SAUDE PAS	**20%**
Exames Complementares Básicos I - Rede referenciada UNIMED	**40%**
Exames Complementares Básico II - Rede referenciada UNIMED	**40%**
Exames Complementares Especiais - Rede referenciada UNIMED	**40%**
Procedimentos Ambulatoriais, Hemodiálise, Oxigenoterapia, Estimulação Elétrica Transcutânea, Quimioterapia e Radioterapia.	**20%**
Fisioterapia e Acupuntura	**20%**
Terapias rede referenciada SAÚDE PAS (psico/fono/Nutricionista/T. Ocupacional)	**50%**
Terapias rede referenciada UNIMED (psico/fono/Nutricionista/T.Ocupacional)	**70%**
Exame de Ecoendoscopia com cápsula endoscópica	**50%**
PET CT Oncológico	**50%**

a) Exames Complementares básicos I: Exames de análise clínicas, citopatológico, rx simples.
b) Exames Complementares básicos II: Eletrocardiograma, Anátomo patológico, ecografias, endoscopia digestiva.
c) Exames Complementares especiais: Angiografias, densitometria óssea, ecografia com doppler, genética, phmetria, mamografias, medicina nuclear, rx contrastado, ressonância magnética, holter, teste ergométrico, tomografia

MODELO

computadorizada, e demais exames constantes no Rol de procedimentos da ANS, com exceção dos citados acima.
27.4. Os valores de coparticipação serão revistos a qualquer momento, quando necessário, pelo Conselho Deliberativo, se identificado desequilíbrio atuarial por sinistralidade.

28. PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO E DA SUSPENSÃO DOS SERVIÇOS

Da Suspensão

O atraso no pagamento da mensalidade e ou coparticipação, pelo CONTRATANTE, por um período superior a 15 (quinze) dias, implica na suspensão do direito do(s) BENEFICIÁRIO(S) TITULAR(ARES) e de seus DEPENDENTES a qualquer cobertura contratada da rede referenciada, inclusive rede Unimed, mediante prévia notificação do beneficiário, concedendo-lhe prazo para purga da mora.

Da Perda de Qualidade de Beneficiário

Ocorrerá a perda de qualidade de beneficiário entre as partes, nas seguintes situações:
a) Por qualquer uma das situações constantes na cláusula anterior;
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, com concessão de prazo para purga da mora, nos termos do inciso II do art. 13 da Lei 9656/98;
c) Ocorrendo a perda da elegibilidade, perda do vínculo com o Estado ou Município.
28.1. O encerramento da operação do plano de saúde se dará de acordo com o Estatuto da CONTRATADA, respeitando as regras estabelecidas, principalmente quanto à instância decisória competente.

29. DO CONSENTIMENTO PARA O TRATAMENTO DE DADOS

29.1. 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 coma rede credenciada de médicos prestadores de serviço par ao atendimento médico-hospitalar, bem como para fins e oferta, pela CONTRATADA ou algum de seus parceiros comerciais, de serviços ou produtos médicos.
29.2. O CONTRATANTE confirma que recebeu consentimento prévio dos beneficiários dependentes para 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.
29.3. A CONTRATADA se compromete com o sigilo e integridade dos dados fornecidos com vistas à manutenção do plano e saúde e prestação de serviços médico-hospitalares, implementando medidas técnicas e organizacionais para proteger os dados pessoais contra a destruição, perda, alteração, difusão ou 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.
29.4. 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.
29.5. 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.
29.6. É de inteira responsabilidade do CONTRATANTE a informação sobre os seus dados cadastrais, devendo manter rigorosamente atualizados. A CONTRATADA não se responsabilizará pela falta de informação ocasionada pela desatualização cadastral.

30. DISPOSIÇÕES GERAIS

30.1. Integram este contrato, para todos os fins de direito, a Proposta de Adesão assinada pelo (a) Contratante, o Formulário de Declaração de Saúde do titular e dependentes, a Carta de Orientação ao Beneficiário, o Cartão Individual de Identificação, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS) e o Guia de Leitura Contratual (GLC).
30.2. O TITULAR, 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.
30.3 No caso de mudança de endereço e/ou telefone, o TITULAR deverá avisar a CONTRATADA sobre o ocorrido, no prazo

MODELO

máximo de 3 (três) dias úteis, sob pena de se responsabilizar por qualquer prejuízo que venha sofrer, causado pela impossibilidade de recebimento de correspondências. Esse aviso deverá ser formalizado com a assinatura do recebimento.

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

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

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

30.7 Ocorrendo a perda ou extravio do CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO, o(a) TITULAR deverá comunicar, 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.

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

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

30.10 As reclamações ou sugestões sobre qualquer um dos serviços prestados, devem ser encaminhadas à CONTRATADA mediante seus meios de comunicação disponíveis.

30.11 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 consequências.

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 frequência de utilização, perfil do associado, tipo de procedimento, efetuado com vistas a manutenção do equilíbrio técnico-financeiro do plano e definição de mensalidades a serem cobradas dos beneficiários pela contraprestação.

CARÊNCIA: período corrido e ininterrupto, contado a partir da data de início da vigência do contrato, durante o qual o contratante paga as respectivas mensalidades, 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.

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.

COPARTICIPAÇÃO: é a parcela de participação do beneficiário no pagamento de despesa relativa a determinado procedimento médico.

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. É a pessoa física que tenha vínculo familiar com o beneficiário titular do plano de saúde,

MODELO

de acordo com as condições de elegibilidade estabelecidas no contrato.
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 PREEXISTENTE: aquela que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.
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/referenciada no ato da utilização do serviço, por não ser responsabilidade contratual da operadora.
MÉDICO ASSISTENTE: é o profissional responsável pela indicação da conduta médica a ser aplicada ao beneficiário.
MENSALIDADE: valor em dinheiro pago 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.
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. São atendimentos que necessitam ser realizados em curto espaço de tempo, porém, sem colocar em risco a vida do indivíduo.

31. 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: _____ 2. Nome: _____
CPF: _____ CPF: _____

MODELO