

Plano de Assistência à Saúde

SulAmérica Saúde Administrado Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia Condições Gerais

Versão 5

Vigência Outubro de 2017

ANS - nº 416428

Contrato nº 0064.0070.0597

Índice

SulAmérica Saúde Administrado Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

1.	Qualificação da Contratada	5
2.	Qualificação do Contratante	5
3.	Objeto do Contrato	5
4.	Natureza do Contrato	5
5.	Tipo de Contratação	5
6.	Tipo de Segmentação Assistencial	6
7.	Área Geográfica de Abrangência	6
8.	Formação do Preço	6
9.	Planos	6
10.	Coberturas e Benefícios Adicionais.....	6
11.	Contratação do Plano de Saúde	6
12.	Inclusão de Beneficiários.....	7
13.	Documentos necessários para a contratação do plano e inclusão de beneficiários....	8
14.	Formas de Inclusão	9
15.	Coberturas e Procedimentos Garantidos	10
16.	Exclusões de Cobertura	18
17.	Vigência e Condições de Renovação Automática do Contrato	20
18.	Carências	20
19.	Doenças e Lesões Preexistentes	21
20.	Atendimento de Urgência e Emergência.....	23
21.	Reembolso	25
22.	Rede Credenciada	29
23.	Validação Prévia de Procedimentos - VPP	30
24.	Divergências Médicas	31
25.	Coparticipação	31
26.	Pagamentos Mensais.....	32
27.	Variação do Preço por Mudança de Faixa Etária	35
28.	Extensão de Cobertura Assistencial para demitidos e aposentados.....	36
29.	Exclusão do Beneficiário	42
30.	Cancelamento do Plano de Saúde.....	43

31. Disposições Gerais	44
32. MECASAS: Movimentação Eletrônica de Cadastro.....	47
33. Glossário	53
34. Disposições Finais	57
35. Foro.....	58

Termo de Coberturas Adicionais

1. Terapias	59
2. Transplantes de órgãos.....	59
3. Consulta e Fisioterapia domiciliar.....	60
4. Cirurgia Refrativa sem limite de grau	60
5. Check-Up	60
6. Vacinas.....	60
7. Consulta ao Viajante.	60

Caderno de Benefícios Adicionais

1. Aconselhamento Médico Telefônico.....	61
2. Emergência Médica Domiciliar	61
3. Motorista Amigo da Saúde	62
4. Remoção Especial	62
5. Serviços de Courier.....	62
6. Coleta Domiciliar de Exames	62
7. Concierge.....	62
8. Seguro Viagem.....	64

• Características Essenciais dos Planos sem Coparticipação	66
Plano Exato Quarto Coletivo	67
Plano Exato Apartamento	69
Plano Clássico Quarto Coletivo.....	71
Plano Clássico Apartamento	73
Plano Especial 100.....	75
Plano Executivo.....	77
Plano Prestige	79

• Características Essenciais dos Planos com Coparticipação	84
Plano Exato Quarto Coletivo	85
Plano Exato Apartamento	87
Plano Clássico Quarto Coletivo.....	89
Plano Clássico Apartamento	91
Plano Especial 100.....	93
Plano Executivo.....	95
Plano Prestige	97

Sul América Serviços de Saúde S.A
Registro na ANS nº 41642-8

**Condições Gerais do Contrato de Plano de Saúde
Coletivo Empresarial**

SulAmérica Saúde Administrado
Modalidade Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

1. Qualificação da Contratada

SulAmérica Serviços de Saúde S.A, pessoa jurídica de direito privado, legalmente autorizada a operar Planos de Saúde, registrada sob o n.º 41642-8 na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, classificada como Medicina de Grupo, inscrita no CNPJ/MF n.º 02.866.602/0001-51, com sede na cidade de São Paulo, Estado de São Paulo, na Rua os Pinheiros, 1.673 – Pinheiros, CEP 05422-012.

2. Qualificação do Contratante

Razão Social da Empresa Contratante, pessoa jurídica com sede na cidade _____, Estado _____, na Rua _____, n.º _____, Bairro _____, CEP _____, inscrita no CNPJ/MF sob n.º _____, neste ato representada por diretores abaixo assinados, na forma de seu estatuto social;

3. Objeto do Contrato

O objeto deste contrato, em conformidade com a Lei nº 9.656/98 visa a prestação continuada de serviços de assistência à saúde na forma do art.1º, inciso I da Lei nº 9.656/98, por meio da faculdade de acesso à rede credenciada colocada à disposição pela Contratada, podendo utilizar alternativamente o reembolso das despesas contratadas, nos limites fixados em contrato. A prestação continuada de serviços de assistência à saúde corresponde aos serviços médico-hospitalares, na segmentação **Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia**, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vigente à época do evento, para o tratamento de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a Saúde da Organização Mundial de Saúde.

4. Natureza do Contrato

Trata-se de um Contrato de Administração de Plano de Saúde regido pela Lei n.º 9.656, de 1998. É contrato de adesão e bilateral, que gera direitos e obrigações para ambas as partes, a ele se aplicando o Código Civil Brasileiro, bem como o Código de Defesa do Consumidor, de forma subsidiária.

5. Tipo de Contratação

O Plano de Saúde SulAmérica tem, como tipo de contratação, a modalidade **Coletivo Empresarial** de que tratam as Resoluções Normativas n.º 195/2009, 200/2009 e 204/2009.

6. Tipo de Segmentação Assistencial

Garantia ao Beneficiário da cobertura dos itens constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS na segmentação **Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia**.

7. Área Geográfica de Abrangência

Região estabelecida pela Contratada para atendimento médico-hospitalar ao Beneficiário. A abrangência geográfica deste plano de saúde, com base na Lei n.º 9.656/98 e sua regulamentação é **Nacional**.

8. Formação do Preço

A formação do preço deste plano de saúde é pós estabelecido na forma de custo operacional em que o valor total ou parcial das despesas assistenciais é repassada à Contratante. O valor da mensalidade é calculado após a utilização das coberturas contratadas.

9. Planos

9.1 Os planos estão devidamente registrados na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, e estão especificados na cláusula de Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde, que é parte integrante deste contrato, na Segmentação **Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia**, de acordo com o plano contratado.

9.2 O plano dos dependentes beneficiários será sempre o mesmo do Beneficiário Titular, inclusive no que se refere à acomodação hospitalar.

9.3 Transferência de Planos

O Contratante deverá optar por um ou mais planos disponibilizados pela Contratada, no momento da contratação, e durante a vigência do plano de saúde poderá ocorrer a transferência de um ou mais Beneficiários para outro plano, por ele indicado.

10. Coberturas e Benefícios Adicionais

São as coberturas e benefícios oferecidos pela Contratada, adicionais ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento.

10.1 As coberturas adicionais estão descritas no Termo de Coberturas Adicionais, que é parte integrante destas Condições Gerais. Os Benefícios Adicionais estão especificados no Caderno de Benefícios Adicionais. As coberturas e benefícios adicionais, quando contemplados pelo seu plano, estarão especificados na cláusula de Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde Administrado e/ou Proposta Comercial .

11. Contratação do Plano de Saúde

11.1 Este plano destina-se à Grupos de Beneficiários vinculados à pessoa jurídica Contratante por relação empregatícia ou estatutária, podendo abranger ainda:

- a) os sócios ou acionistas da pessoa jurídica Contratante, conforme o caso;
- b) os administradores da pessoa jurídica Contratante;

- c) os demitidos sem justa causa ou aposentados que tenham sido vinculados anteriormente à pessoa jurídica Contratante, ressalvada a aplicação do disposto no caput dos artigos 30 e 31 da Lei n.º 9.656, de 1998;
- d) estagiários e menores aprendizes;

11.2 Poderá ainda ser incluído como grupo familiar/dependente: exclusivamente o cônjuge ou companheiro (a), os filhos solteiros do Beneficiário Titular, menores de 24 (vinte e quatro) anos e os filhos inválidos considerados aqueles elegíveis para efeito da declaração de Imposto de Renda do Beneficiário titular. Equiparam-se a filhos, o enteado e o menor que esteja sob a guarda ou tutela do Beneficiário Titular por determinação judicial.

11.2.1 A adesão do grupo familiar dependerá exclusivamente da participação do Beneficiário Titular.

11.3 **Não será aceita a inclusão de Beneficiário que não faça parte do grupo beneficiável definido na proposta de plano de saúde.**

11.4 O Contratante é responsável pelas informações prestadas na proposta de plano e cartões proposta do grupo de beneficiários.

11.5 O Contratante é o responsável por prestar informações referentes a suas subcontratantes, que eventualmente venham aderir ao plano as quais tornar-se-ão automaticamente cientes e solidárias às condições contratadas.

12. Inclusão de Beneficiários

12.1 O Beneficiário incluído dentro do prazo de 30 (trinta) dias da data da contratação, admissão, terá como data de início de vigência a mesma data do evento que caracterizou sua condição de proponente ou dependente beneficiável e/ou o mesmo dia de vigência do plano de saúde, e estará isento do cumprimento dos prazos de carência e cobertura parcial temporária para doenças e/ou lesões preexistentes.

12.2 O filho natural e/ou adotivo recém-nascido do Beneficiário Titular, incluído no plano de saúde em até 30 (trinta) dias do seu nascimento ou adoção, estará isento do cumprimento dos prazos de carência e Cobertura Parcial Temporária desde que o Beneficiário Titular tenha isenção ou cumprido a carência de 180 (cento e oitenta) dias, respeitando as demais condições estabelecidas nesta proposta de plano.

12.3 Quando o Beneficiário Titular estiver cumprindo o período de carência de 180 (cento e oitenta) dias, e o recém-nascido for incluído até 30 (trinta) dias da data do seu nascimento ou adoção, a cobertura assistencial a ser prestada ao recém-nascido seguirá o limite de carência já cumprida pelo Beneficiário Titular, e estará isento da cobertura parcial temporária para doenças e lesões preexistentes respeitando as demais condições estabelecidas neste contrato.

- 12.4** O filho adotivo, menor de 12 (doze) anos de idade do Beneficiário Titular, poderá ser incluído no plano com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo Beneficiário adotante, desde que a inclusão ocorra em até 30 (trinta) dias da adoção, guarda ou tutela e estará isento de cobertura parcial temporária para doenças e/ou lesões preexistentes, respeitando as demais condições estabelecidas neste contrato .
- 12.5** O filho menor de 12 (doze) anos cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente pode ser incluído no plano em até 30 (trinta) dias do reconhecimento, e terá aproveitamento dos prazos de carência cumpridos pelo Beneficiário Titular pai, e estará isento de cobertura parcial temporária para doenças e/ou lesões preexistentes, respeitando as demais condições estabelecidas neste contrato.
- 12.6** O Beneficiário incluído após o prazo de 30 (trinta) dias da data da contratação, admissão, casamento, nascimento, adoção, reconhecimento da paternidade ou outro evento que habilite seu ingresso no plano, terá como data de início de vigência a mesma data em que foi pedida sua inclusão, e deverá cumprir os prazos de carência e estará sujeito à cobertura parcial temporária para doenças e/ou lesões preexistentes, respeitando as demais condições estabelecidas neste contrato.
- 12.7** O Contratante deverá indicar a data de início de vigência do Beneficiário no cartão proposta.
- 12.8** O Contratante deverá disponibilizar à Contratada, sempre que for solicitada, toda e qualquer documentação necessária que comprove a legitimidade da pessoa jurídica Contratante, e a elegibilidade de todos os beneficiários incluídos no plano de saúde.
- 13. Documentos necessários para a contratação do plano e inclusão de beneficiários:**
- a)** Contrato Social ou Estatuto Social, conforme o caso, devidamente registrado no órgão competente;
 - b)** Proposta Comercial, devidamente assinada, sob carimbo, pelo representante legal da Empresa na forma de seus atos constitutivos ou mediante procuração registrada em cartório com poderes específicos para contratar.
 - c)** Carta original em papel timbrado de nomeação de corretor assinada, sob carimbo, pelo representante legal da Empresa na forma de seus atos constitutivos ou mediante procuração registrada em cartório com poderes específicos para contratar

- d) Proposta assinada, sob carimbo, pelo corretor e pelo representante legal da Empresa na forma de seus atos constitutivos ou mediante procuração registrada em cartório com poderes específicos para contratar;
- e) Condições Gerais assinada, sob carimbo pelo representante legal da Empresa na forma de seus atos constitutivos ou mediante procuração registrada em cartório com poderes específicos para contratar;
- f) Cartões-Proposta assinados pelo representante legal da Empresa na forma de seus atos constitutivos mediante procuração registrada em cartório com poderes específicos para contratar e pelo proponente ou arquivo magnético em linguagem txt cujo layout é fornecido pela Contratada;
- g) Cópia da relação atualizada de Fundo de Garantia por Tempo de Serviço – FGTS acompanhada da última Guia de Recolhimento quitada;
- h) Cópia do Contrato de Estágio assinado pelo estagiário e pelo representante legal da Empresa na forma de seus atos constitutivos mediante procuração registrada em cartório com poderes específicos para contratar, e pela Instituição de ensino sob carimbo;
- i) Cópia do Contrato de Aprendiz assinado pelo aprendiz e pelo representante legal da empresa e/ou Registro de Empregado assinado pelo empregado e pelo empregador, sob carimbo da empresa e documento que comprove a inscrição/matricula em Escola/Instituição de Ensino Técnico;
- j) Registro de Empregado em papel timbrado, certidão de nascimento, casamento, escritura declaratória lavrada em cartório, tutela ou guarda judicial, Passaporte (expatriados) e Diário Oficial, outros documentos que a Contratada julgar necessários;
- k) Escritura Declaratória de União Estável lavrada em Tabelionato, Tutela ou Guarda Judicial, Passaporte (expatriados) e Diário Oficial;
- l) Outros documentos que a Contratada julgar necessário, que comprovem oficialmente e financeiramente a constituição da Empresa, o vínculo entre o Grupo Beneficiário e o Contratante e o vínculo entre Beneficiário e Dependente.

14. Formas de Inclusão

14.1 Movimentação Eletrônica de Cadastro

A Empresa ou corretor, formalmente autorizado pela Empresa, efetuará o registro da inclusão no sistema da Contratada e através das informações fornecidas será definido de forma automática o início de vigência. No ato da inclusão, o aplicativo/sistema, indicará a necessidade do envio de documentos a Contratada para liberação da inclusão, quando necessário.

14.2 Movimentação Manual de Cadastro

A Empresa utilizará a movimentação manual, oportunidade na qual deverá entregar à Contratada na ocasião da inclusão do Beneficiário, o formulário fornecido pela Contratada, denominado cartão proposta e declaração de saúde se houver, devidamente preenchido e assinado pelo representante legal do Contratante, sob carimbo da empresa, com os documentos definidos pela Contratada.

14.2.1 Os cartões proposta/declaração de saúde preenchidos em desacordo com as condições estabelecidas e contratadas, serão devolvidos ao Contratante, que terá 10 (dez) dias para a regularização, contados a partir da data de devolução pela Contratada.

14.2.2 Ultrapassado o prazo para regularização, a partir da reapresentação dos Cartões Proposta/declaração de saúde a Contratada iniciará novo prazo de 15 (quinze) dias para análise da inclusão, considerando nova data para início de vigência do plano de saúde.

15. Coberturas e Procedimentos Garantidos

Estão cobertos todos os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento para a segmentação **Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia** na área de abrangência estabelecida no contrato, independente do local de origem do evento, para todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial da Saúde.

15.1 Cobertura Assistencial

15.1.1 Cobertura de eventos e procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento que necessitem de anestesia, com ou sem a participação de profissional médico anestesiológico, caso haja indicação clínica.

15.1.2 As ações de Planejamento Familiar que envolvem as Atividades de Educação, Aconselhamento e Atendimento Clínico previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente a época da realização do evento.

15.1.3 Cobertura de todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões autoinfligidas.

15.1.4 Estão cobertos os procedimentos necessários ao tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas, decorrentes de procedimentos não cobertos, quando constarem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, respeitadas os prazos de carência e Cobertura Parcial Temporária – CPT.

15.1.4.1 Procedimentos necessários ao seguimento de eventos excluídos da cobertura, como internação em leito de terapia intensiva após transplante não coberto, não são considerados tratamento de

complicações, mas parte integrante do procedimento inicial, não havendo cobertura.

15.1.5 Cobertura dos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho.

15.1.6 Os procedimentos realizados por laser, radiofrequência, endoscopia, laparoscopia e demais escopias, somente terão cobertura assegurada quando assim especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente a época do evento, de acordo com a segmentação contratada.

15.2 Cobertura Ambulatorial

15.2.1 Cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, efetuadas por profissionais legalmente registrados no Conselho Regional de Medicina - CRM, em especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM.

15.2.2 Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico ou cirurgião dentista assistente, devidamente habilitado.

15.2.3 Cobertura de consultas ou sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo de acordo com o número estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, de acordo com a indicação do médico assistente.

15.2.4 Cobertura de psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, que poderá ser realizada tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitados, de acordo com a indicação do médico assistente.

15.2.5 Cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, que podem ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, em número ilimitado de sessões por ano, de acordo com a indicação do médico assistente.

15.2.6 Cobertura de medicamentos registrados/regularizados na ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento.

15.2.7 Cobertura de hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;

15.2.8 Cobertura de 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, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de Saúde;

15.2.8.1 Definem-se adjuvantes como medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento.

15.2.9 Cobertura de medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar de acordo com as Diretrizes de Utilização estabelecidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, respeitando preferencialmente as seguintes características;

a) medicamento genérico: medicamento similar a um produto de referência ou inovador, que se pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após a expiração ou renúncia da proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovada a sua eficácia, segurança e qualidade, e designado pela Denominação Comum Brasileira – DCB ou, na sua ausência, pela Denominação Comum internacional – DCI, conforme definido pela Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999; e

b) medicamento fracionado: medicamento fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição do órgão competente – ANVISA.

15.2.10 Cobertura dos procedimentos de radioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento.

15.2.11 Cobertura dos procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais que prescindam de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento.

15.2.12 Cobertura de hemoterapia ambulatorial.

15.2.13 Cobertura das cirurgias oftalmológicas ambulatoriais listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento.

15.3 Cobertura Hospitalar

15.3.1 Cobertura de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

- 15.3.1.1** Nos casos das internações exclusivamente psiquiátricas, quando ultrapassar 30 (trinta) dias de internação no transcorrer de 1 (um) ano de vigência do beneficiário, haverá coparticipação de 50% (cinquenta por cento) ou o percentual máximo permitido pela ANS, definido em normativos vigentes.
- 15.3.2** Em casos de indisponibilidade de leito hospitalar na Rede Credenciada na acomodação contratada é garantido ao Beneficiário o acesso à acomodação, em nível superior, sem ônus adicional, conforme determina a Lei nº 9.656/98.
- 15.3.3** Cobertura de internações hospitalares em Centro de Terapia Intensiva ou Similar, vedada à limitação de prazo, valor máximo e quantidade a critério do médico assistente;
- 15.3.4** Cobertura das despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação do beneficiário, durante o período de internação;
- 15.3.4.1** Define-se honorários médicos como aqueles honorários do cirurgião, auxiliares e anestesista, de acordo com os serviços realizados durante o período de internação do Beneficiário, bem como serviços gerais de enfermagem e alimentação.
- 15.3.5** Cobertura de honorários referentes à visita médica durante os períodos de internação hospitalar, conforme justificativa do médico assistente.
- 15.3.6** Cobertura de exames complementares indispensáveis para o 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, desde que contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento.;
- 15.3.7** Cobertura do atendimento por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico assistente, desde que reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina – CFM e/ou habilitados legalmente no Conselho Regional de Medicina – CRM.
- 15.3.8** Cobertura de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos, contidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento.
- 15.3.8.1** Cabe ao médico assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das Órteses, Próteses e Materiais Especiais – OPME necessários à execução dos procedimentos contidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento.

- 15.3.8.2** O profissional requisitante 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; e
- 15.3.8.3** Em caso de divergência entre o profissional requisitante e a Contratada, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com as despesas arcadas pela Contratada, conforme o disposto na cláusula 24- Divergências Médicas deste contrato.
- 15.3.9** Cobertura de diárias e taxas hospitalares, de acordo com o serviço realizado, incluindo os materiais cobertos utilizados, durante o período de internação.
- 15.3.10** Cobertura das despesas relativas a um acompanhante, que incluem:
- a)** acomodação e alimentação necessárias à permanência do acompanhante, para crianças e adolescentes menores de 18 (dezoito) anos; As despesas com alimentação, somente serão cobertas quando fornecidas pelo Hospital.
 - b)** acomodação e alimentação, conforme indicação do médico ou cirurgião dentista assistente e legislações vigentes, para acompanhantes de idosos a partir de 60 (sessenta) anos de idade, e pessoas portadoras de necessidades especiais. As despesas com alimentação somente serão cobertas quando fornecidas pelo Hospital.
 - c)** exclusivamente a acomodação, para os beneficiários maiores de 18 (dezoito) anos, que optaram por planos com acomodação em apartamento.
- 15.3.11** Cobertura dos procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar;
- 15.3.12** Cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar;
- 15.3.12.1** **Em se tratando de atendimento odontológico, o cirurgião-dentista assistente e/ou o médico assistente irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao paciente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos,**

assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados;

15.3.12.2 Os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que, nas situações de imperativo clínico, necessitem ser realizados em ambiente hospitalar, não estão incluídos na cobertura.

15.3.13 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.

15.3.14 Cobertura dos seguintes procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada como internação hospitalar:

- a) Hemodiálise e diálise peritoneal CAPD;
- b) Quimioterapia oncológica ambulatorial, conforme cláusula 15.2.8 e medicamentos para tratamento antineoplásico domiciliar de uso oral, conforme cláusula 15.2.9;
- c) Radioterapia: todos os procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento;
- d) Hemoterapia;
- e) Nutrição parenteral ou enteral;
- f) Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento;
- g) Embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento;
- h) Radiologia intervencionista;
- i) Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- j) Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento e;
- k) Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato, mediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, exceto fornecimento de medicação de manutenção.

15.3.15 É assegurada a cobertura para transplante de órgãos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, e dos procedimentos a eles vinculados, incluindo:

- a) as despesas assistenciais com doadores vivos;
- b) os medicamentos utilizados durante a internação;
- c) o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato, mediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção; e
- d) as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS;

15.3.15.1 O Beneficiário candidato a transplante de órgão proveniente de doador cadáver deverá estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs, sujeito ao critério de fila única de espera e de seleção conforme legislação vigente.

15.3.16 É garantida a cobertura de assistência para procedimentos hospitalares na modalidade de hospital-dia, ficando a critério do médico-assistente do beneficiário a sua indicação.

15.3.17 Cobertura de hospital-dia para transtornos mentais, para tratamento dos seguintes diagnósticos:

CID 10 da OMS	Diagnóstico
F10 e F14	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa.
F20 a F29	Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes.
F30 e F31	Transtornos do Humor.
F84	Transtornos globais do desenvolvimento.

15.3.17.1 Entende-se hospital-dia para transtornos mentais como recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional, e proporcionando ao Beneficiário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar.

15.4 Cobertura Obstétrica

Além de todas as coberturas citadas na Cobertura Hospitalar, ficam acrescidos os itens a seguir.

15.4.1 Procedimentos relativos ao pré-natal, à assistência ao parto e ao puerpério, bem como a cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário titular ou dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto.

15.4.1.1 A cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário titular ou dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias, ocorrerá desde que o Beneficiário Titular tenha cumprido o prazo de 180 (cento e oitenta) dias de carência. Caso não tenha cumprido, a assistência ao recém-nascido deve respeitar a carência já cumprida pelo Beneficiário Titular ou dependente.

15.4.2 Cobertura das despesas, conforme indicação do médico assistente e legislações vigentes, relativas a um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, conforme beneficiário pela Lei 11.108, de 7 de abril de 2005, ou outra que venha substituí-la.

15.4.2.1 Entende-se pós-parto por 48 (quarenta e oito) horas, salvo contra indicação do médico assistente ou até 10 (dez) dias, quando indicado pelo médico assistente.

15.5 Remoção

15.5.1 O Beneficiário que já tiver cumprido os períodos de carência deverá ser removido por via terrestre e a partir da ciência da Contratada, desde que haja autorização de seu médico assistente e o consentimento do próprio Beneficiário ou de seu responsável:

- a) Quando o Beneficiário estiver em hospital ou serviço de pronto atendimento vinculado ao Sistema Único de Saúde – SUS, localizado dentro da área de atuação do plano para um Hospital credenciado do plano contratado;
- b) Quando o Beneficiário estiver em hospital ou serviço de pronto atendimento privado não credenciado localizado dentro da área de atuação do plano para um hospital credenciado do plano contratado;
- c) Quando o Beneficiário estiver em hospital ou serviço de pronto atendimento credenciado dentro da área de atuação do plano contratado, somente deverá ser removido quando caracterizada pelo médico assistente, a falta de recursos para continuidade de atenção ao Beneficiário na unidade de origem;
- d) Quando o Beneficiário estiver em hospital ou serviço de pronto atendimento público ou privado não pertencente a rede credenciada, localizado fora da área de atuação do plano contratado, para um hospital credenciado apto a realizar o devido atendimento, somente nos casos em que o evento que originou a necessidade do serviço tenha ocorrido dentro da área de atuação do plano contratado, e na indisponibilidade ou inexistência de rede credenciada, conforme Resolução Normativa nº 259;
- e) Quando o Beneficiário estiver em hospital ou serviço de pronto atendimento credenciado localizado dentro da área de atuação do plano contratado para outro hospital credenciado nos casos em que

houver estabelecimento de saúde específico para determinados procedimentos indicados na relação da rede credenciada.

15.5.2 A remoção de Beneficiários que já tiver cumprido os períodos de carência não será obrigatória:

- a) Quando o Beneficiário estiver em local público ou privado que não seja uma unidade hospitalar ou serviço de pronto atendimento, ressalvadas as hipóteses de indisponibilidade e inexistência de rede credenciada conforme previsto na Resolução Normativa nº 259;
- b) Quando o Beneficiário estiver em hospital ou serviço de pronto atendimento credenciado localizado dentro da área de atuação do plano contratado, e solicitar remoção para hospital privado não pertencente à rede credenciada.

16. Exclusões de Cobertura

Estão expressamente excluídas da Cobertura deste plano de saúde, as despesas relacionadas a seguir:

- 16.1 Tratamento médico e/ou hospitalar decorrente de casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;**
- 16.2 Internações Hospitalares, tratamentos ambulatoriais, mesmo que decorrentes de situações de Emergência e/ou Urgência, exames, terapias e consultas médicas realizadas ou prescritas por profissionais de especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM ou não habilitados legalmente no Conselho Regional de Medicina – CRM;**
- 16.3 Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes e tratamentos cirúrgicos para alterações do corpo, exceto os previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente a época do evento;**
- 16.4 Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;**
- 16.5 Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios, não ligados ao ato cirúrgico ou com finalidade estética;**
- 16.6 Enfermagem particular seja em hospital ou residência, assistência domiciliar de qualquer natureza, consultas domiciliares e Home Care, mesmo que as condições de saúde do Beneficiário exijam cuidados especiais ou extraordinários;**
- 16.7 Consultas, avaliações, sessões, tratamentos e quaisquer outros procedimentos de Medicina Ortomolecular;**

- 16.8** Tratamentos clínicos e/ou, cirúrgicos com finalidade estética;
- 16.9** Tratamentos realizados em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, spas, estabelecimento para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- 16.10** Curativos e materiais de qualquer natureza ministrados ou utilizados fora do atendimento ambulatorial ou regime de internação hospitalar, ou seja, em domicílio, bem como os medicamentos utilizados em atendimento ambulatorial cuja obrigatoriedade de cobertura não esteja estipulada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.
- 16.11** Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados, não nacionalizados, ou seja, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na Agência Nacional de Vigilância Sanitária;
- 16.12** Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, isto é, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao da unidade de saúde, com exceção dos medicamentos antineoplásicos orais constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.
- 16.13** Vacinas e autovacinas;
- 16.14** Inseminação artificial;
- 16.15** Internações clínicas ou cirúrgicas, exames e terapias não prescritos ou não solicitados pelo médico assistente;
- 16.16** Equipamentos e aparelhos, alugados ou adquiridos, após a alta concedida pelo médico assistente, mesmo que relacionados com o atendimento médico-hospitalar e/ou necessários à continuidade do tratamento do Beneficiário;
- 16.17** Quaisquer despesas extraordinárias não relacionadas com o atendimento médico-hospitalar do Beneficiário durante o período de Internação Hospitalar, tais como serviços telefônicos, itens do frigobar, jornais, TV, estacionamento, etc.;
- 16.18** Remoções realizadas por via aérea ou marítima;
- 16.19** Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, isto é, aquele que emprega medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados no país ou considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina – CFM, ou cujas indicações não constem da bula/manual registrada na Agência Nacional de Vigilância Sanitária;
- 16.20** Tratamentos ou procedimentos odontológicos de qualquer natureza, inclusive os decorrentes de Acidente Pessoal, exceto os procedimentos cirúrgicos odontológicos buco-maxilo-faciais constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, instituído pela Agência Nacional de

Saúde Suplementar - ANS e ocorridos exclusivamente em regime de internação hospitalar;

- 16.21 Despesas com a internação após a alta hospitalar concedida pelo médico assistente;**
- 16.22 Exames Admissionais, Periódicos e Demissionais, bem como aqueles para a prática de esportes, para academias de ginástica, aquisição ou renovação da Carteira Nacional de Habilitação - CNH;**
- 16.23 Fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela CITEC – Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde;**
- 16.24 Procedimentos que não constem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS para a Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia, vigente na data de realização do evento;**

17. Vigência e Condições de Renovação Automática do Contrato

- 17.1** O período mínimo de vigência deste plano está expresso na proposta comercial, que é parte integrante destas Condições Gerais, definido na ocasião da contratação.
- 17.2** Este plano será renovado automaticamente por período indeterminado, respeitado o período inicial de vigência, salvo manifestação em contrário por escrito, com 60 (sessenta) dias de antecedência à data da rescisão contratual, de qualquer das partes.
- 17.3** Sempre que este plano for renovado, não haverá cobrança de qualquer taxa no ato da renovação.

18. Carências

Período durante o qual, mesmo ocorrendo o pagamento da mensalidade pelo Contratante, o Beneficiário não tem direito a determinadas coberturas.

Ficará a critério da Contratante adotar carência, para as inclusões após os prazos descritos na cláusula 12. Inclusão de Beneficiários deste contrato.

18.1 Grupos de Carência

- a) Grupo de carência 0 :**
0 (zero) hora da data de vigência do beneficiário para acidente pessoal e 24 (vinte e quatro) horas da data de vigência do beneficiário, para

atendimentos de urgência e/ou emergência, incluindo os decorrentes de complicações gestacionais;

b) Grupo de carência 1:

15 (quinze) dias da data de vigência do beneficiário para consultas médicas, procedimentos ambulatoriais sem necessidade de anestesia ou realizados sob anestesia local serviços auxiliares de diagnose, (exames laboratoriais, raio x simples) ultrassonografias sem doppler em regime ambulatorial, e as seguintes terapias: fonoaudiologia, psicomotricidade, acupuntura, psicoterapia, terapia ocupacional e nutrição, exceto os serviços descritos nos itens subsequentes;

c) Grupo de carência 2:

180 (cento e oitenta) dias da data de vigência do beneficiário para internações clínicas ou cirúrgicas e em hospital dia, inclusive para cirurgias oftamológicas, ultrassonografias com Doppler, , tomografias computadorizadas, tilt tests, ressonância magnética, medicina nuclear, ecodopplercardiograma, holter cardíaco 24 hs, cateterismo cardíaco, angioplastias, arteriografias, endoscopias e laparoscopias, fisioterapia, oxigenoterapia hiperbárica, quimioterapia, radioterapia, escleroterapia, medicamentos antineoplásicos orais definidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, litotripsias e diálises, terapias com imunobiológicos e pulsoterapia, e todos os demais procedimentos cobertos pelo plano de saúde, excetuando-se os procedimentos descritos nas carências subsequentes;

d) Grupo de carência 3:

300 (trezentos) dias da data de vigência do beneficiário para parto a termo;

e) Grupo de carência 4:

180 (cento e oitenta) dias da data de vigência do beneficiário para transplantes de órgãos e tecidos e todos os procedimentos cirúrgicos associados a OPME/DMI (Órteses, Próteses, Materiais Especiais/Dispositivos Médicos Implantáveis.

f) Grupo de carência 5:

180 (cento e oitenta) dias da data de vigência do beneficiário para internações psiquiátricas, Incluindo hospital dia.

19. Doenças e Lesões Preexistentes

Doenças ou Lesões Preexistentes são aquelas que o beneficiário, ou seu representante legal, saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação do plano de saúde.

19.1 O proponente deverá informar à Contratada, quando expressamente solicitado na documentação contratual por meio da Declaração de Saúde, ou a qualquer tempo, o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes à época da adesão ao presente contrato, sob pena de caracterização de fraude, que poderá ensejar a rescisão contratual.

- 19.2** O proponente tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada, orientado por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de credenciados, sem qualquer ônus.
- 19.3** Caso o proponente opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da Contratada, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus financeiro dessa orientação.
- 19.4** O objetivo da entrevista qualificada é orientar o proponente para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde devem ser declaradas as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação do plano de saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.
- 19.5** Sendo constatada por perícia, entrevista qualificada ou através de declaração expressa do proponente, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a Contratada oferecerá a cobertura parcial temporária, e, reserva-se ao direito de não oferecer o agravo.
- 19.6** Cobertura Parcial Temporária - CPT é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da vigência do beneficiário no plano de saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo proponente ou seu representante legal.
- 19.7** Na hipótese de Cobertura Parcial Temporária, a Contratada suspenderá somente a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta tecnologia e os procedimentos de alta complexidade, quando relacionados diretamente à Doença ou Lesão Preexistente.
- 19.7.1** Os Procedimentos de Alta Complexidade-PAC encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no site www.ans.gov.br.
- 19.8** Nos casos de Cobertura Parcial Temporária, findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses contados a partir da vigência do beneficiário no plano de saúde, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme a segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia, prevista na Lei nº 9.656/1998.
- 19.9** Identificado indício de fraude por parte do Beneficiário, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da contratação do plano de saúde, a Contratada deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao Beneficiário através de Termo de Comunicação ao Beneficiário.

- 19.10** A Contratada poderá oferecer CPT ao Beneficiário pelos meses restantes, a partir da data de recebimento do Termo de Comunicação, até completar o período máximo de 24 (vinte e quatro) meses da adesão ao plano de saúde;
- 19.11** A Contratada solicitará abertura de processo administrativo junto a ANS quando da identificação do indício de fraude.
- 19.11.1** Instaurado o processo administrativo na ANS, à Contratada caberá o ônus da prova.
- 19.12** A Contratada poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do Beneficiário sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão preexistente.
- 19.13** A ANS efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação.
- 19.14** Após julgamento, e acolhida à alegação da Contratada pela ANS, o Beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação da constatação da doença e lesão preexistente, pela Contratada, bem como poderá ser excluído do contrato.
- 19.15** Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de doença ou lesão preexistente, bem como a suspensão ou rescisão unilateral do contrato até a publicação, pela ANS, do encerramento do processo administrativo.
- 19.16** A Cobertura Parcial Temporária, nos casos de Doença e Lesão Preexistente, somente poderá ser aplicada se o Contratante formalizar o ingresso do beneficiário no plano de saúde após o prazo de 30 (trinta) dias da data do evento que caracterizou a sua condição de beneficiário.
- 19.17** Não poderá ser alegada qualquer omissão de informação de doença ou lesão preexistente se for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no proponente pela Contratada, com vistas à sua admissão no seguro saúde.
- 20. Atendimento de Urgência e Emergência**
- 20.1** A partir do início de vigência do plano de saúde, a cobertura para os atendimentos de urgência e emergência será aquela estabelecida no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, instituído pela ANS para a segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia.
- 20.1.1** Emergência é o evento que implique em risco imediato de morte ou lesões irreparáveis para o Beneficiário, caracterizada em declaração do médico assistente.

- 20.1.2** Urgência é o evento resultante de Acidentes Pessoais ou complicações no processo gestacional que exija avaliação ou atendimento médico imediato.
- 20.1.3** Acidente Pessoal é o evento com data e ocorrência caracterizadas, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só e independentemente de qualquer outra causa, torne necessária a internação hospitalar ou o atendimento em regime ambulatorial do Beneficiário.
- 20.2** Nos casos de emergência e urgência, durante o cumprimento dos períodos de carência descritos nestas condições gerais, o Beneficiário terá cobertura ambulatorial assegurada até as primeiras 12 (doze) horas de atendimento ou até que ocorra a necessidade de internação.
- 20.3** Nos casos de urgência referente ao processo gestacional, durante o cumprimento dos períodos de carência, a Beneficiária terá cobertura ambulatorial assegurada até as primeiras 12 (doze) horas de atendimento ou até que ocorra a necessidade de internação.
- 20.4** Nos casos de emergência e urgência quando houver acordo para Cobertura Parcial Temporária, o Beneficiário terá cobertura ambulatorial assegurada até as primeiras 12 (doze) horas de atendimento ou até que ocorra a necessidade de internação e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados a Doenças e Lesões Preexistentes.
- 20.5** A partir da constatação da necessidade de realização de procedimentos exclusivos de internação e cobertura hospitalar para os Beneficiários que estão em cumprimento dos períodos de carência, ou para aqueles que estão em acordo para CPT e que o atendimento resulte na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados a Doenças e lesões Preexistentes, ainda que dentro do período de 12 (doze) horas e na mesma unidade de atendimento, será garantida a remoção do Beneficiário para uma unidade do SUS.
- 20.6** Após atendimento de urgência e emergência será garantida a remoção, quando necessário por indicação médica para outra unidade credenciada ou para o SUS, quando não há cobertura para a continuidade do tratamento.
- 20.7** Quando o Beneficiário ou seu responsável optar, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento numa unidade diferente da definida no subitem anterior, a Operadora estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.
- 20.8** Caso não possa haver a remoção, em decorrência de risco de morte do Beneficiário, este ou seu responsável e o prestador do atendimento deverão negociar, entre si, a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando assim a Operadora deste ônus.

20.9 Após atendimento de urgência e emergência será garantida a remoção do beneficiário para unidade da rede credenciada, quando caracterizada pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade do atendimento do beneficiário.

20.10 Nos casos de atendimento de urgência exclusivamente decorrente de acidente pessoal, após decorridas 24 (vinte e quatro) horas da vigência do beneficiário, é garantida a cobertura sem restrições.

20.11 Nos casos em que não for possível o atendimento de urgência e emergência, em unidade credenciada, será garantido o reembolso, de acordo com o plano e os múltiplos contratados. O valor do reembolso não será inferior ao valor praticado pela Contratada à rede credenciada para o plano do beneficiário.

20.11.1 Os documentos necessários para a solicitação do reembolso, estão especificados na cláusula a seguir, bem como os prazos de pagamento e do envio da documentação.

21. Reembolso

21.1 O Beneficiário Titular e seus Dependentes poderão solicitar o reembolso das despesas médicas e hospitalares cobertas comprovadamente pagas, as quais serão reembolsadas de acordo com o plano contratado e a Tabela SulAmérica Saúde, quando optarem por não utilizar a rede credenciada.

21.1.1 O reembolso também será garantido nos casos em que não for possível o atendimento de urgência e emergência na rede credenciada, de acordo com o plano contratado.

21.2 O reembolso das despesas médico-hospitalares eventualmente apresentadas pelo Beneficiário será realizado desde que possua cobertura pelo plano contratado e desde que o prestador utilizado pelo Beneficiário esteja devidamente registrado nos órgãos governamentais e de classe para a prestação dos serviços realizados.

21.3 Para garantir o reembolso das despesas cobertas, o Beneficiário deverá solicitar com antecedência à realização do evento, a validação prévia da Operadora, exceto para urgência e emergência.

21.4 Os valores a serem reembolsados não têm qualquer vínculo com os preços negociados pelo Beneficiário diretamente com os médicos ou instituições médicas não pertencentes à rede credenciada, não havendo obrigatoriedade contratual de reembolso integral.

21.5 **Diárias Hospitalares: para efeito de reembolso as diárias hospitalares, de UTI e de parto incluem:**

a) diárias hospitalares incluem: registros hospitalares, alojamento, alimentação do paciente, alimentação do acompanhante de acordo com o Rol de

Procedimentos e Eventos em Saúde, banho no leito, administração de medicamentos e todos os outros serviços de enfermagem;

- b) diárias de UTI incluem: além dos serviços da diária normal, a monitorização cardiorespiratória e toda a assistência respiratória;
- c) partos incluem: a permanência da parturiente e do recém-nascido em instalações adequadas e todos os cuidados necessários durante o trabalho de parto.

21.6 Taxas de Sala: para efeito de reembolso são consideradas taxas de sala:

- a) As taxas de sala cirúrgica, previstas na Tabela SulAmérica Saúde, só serão cobertas quando a cirurgia for realizada em centro cirúrgico devidamente instalado e equipado;
- b) As taxas de sala cirúrgica incluem: assepsia, utilização das instalações, dos equipamentos, do instrumental cirúrgico e de roupas, além da esterilização do material e os serviços de enfermagem;
- c) As demais taxas de sala (observação, recuperação pós-anestésica, cirurgia ambulatorial, gesso e exames/tratamentos especializados) serão pagas de acordo com o constante na Tabela SulAmérica Saúde para o procedimento realizado;
- d) As taxas de sala são pagas conforme a cirurgia, baseando-se no porte anestésico apresentado na Tabela SulAmérica Saúde. Porte anestésico zero significa a não participação do anestesista, caso em que a taxa de sala não é devida;
- e) Quando dois ou mais atos cirúrgicos forem realizados simultaneamente, pela mesma equipe cirúrgica, ou por equipes distintas, é devida somente uma taxa de sala, correspondente à cirurgia de maior porte.

21.7 Medicamentos e Materiais

O reembolso de medicamentos e materiais cirúrgicos será efetuado com base nos preços negociados na rede credenciada do plano, vigentes na data de sua utilização, de forma a garantir o que determina a Resolução CONSU 08, alterada pela Resolução CONSU 15.

21.8 Serão reembolsadas as consultas, Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia, Honorários Profissionais de Atendimento Ambulatorial e Internações Hospitalares.

21.8.1 O reembolso de honorários profissionais será efetuado com base na Tabela SulAmérica Saúde, obedecida à quantidade de auxiliares e o porte anestésico, previstos para cada procedimento.

21.9 Tabela SulAmérica Saúde

Os procedimentos médicos estão contemplados na Tabela SulAmérica Saúde que está em conformidade com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde instituído

pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e poderá ser atualizada com inclusões e/ou exclusões, além das coberturas adicionais definidas pela Contratada.

21.9.1 A Tabela SulAmérica Saúde está devidamente registrada no Cartório do 10º Oficial de Registro de Títulos e Documentos da Capital – SP e disponível a todos os Beneficiários na sede da Contratante e no website sulamerica.com.br/saudeonline de acordo com a segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia, disponibilizada para realizar download.

21.10 Para o cálculo de reembolso, serão necessários os dados descritos a seguir:

21.10.1 Unidade de Serviço (US): É o quantitativo definido para cada procedimento, que está descrito na Tabela SulAmérica Saúde. A quantidade de Unidade de Serviço - US de determinados procedimentos poderá ser alterada, visando mantê-las compatíveis com os valores praticados no mercado.

21.10.2 Múltiplos de Reembolso - São os coeficientes a serem aplicados sobre a quantidade de US apresentadas na Tabela SulAmérica Saúde, e variam de acordo com o plano contratado. Os múltiplos de reembolso estão demonstrados na cláusula Tabela de Múltiplos de Reembolso, constante na cláusula de Características Essenciais dos Planos SulAmérica Saúde.

21.10.3 Unidade de Serviço de Reembolso (USR) - É o coeficiente expresso em moeda corrente nacional, definido no momento da contratação do plano de saúde.

21.10.3.1 O valor da USR de reembolso poderá, eventualmente, ser reajustado mediante livre negociação entre a Operadora e a Contratante, em periodicidade não inferior a 12 meses, respeitando sempre o previsto na CONSU nº 8, alterada pela CONSU nº 15, que determina que o valor do reembolso não será inferior ao praticado na rede credenciada.

21.10.3.2 O reajuste do valor do reembolso deverá considerar exclusivamente a variação dos custos médicos e hospitalares dos procedimentos cobertos pelo presente contrato, não estando de qualquer forma vinculado ao reajuste da taxa administrativa.

21.11 O valor do reembolso será efetuado em moeda corrente nacional e calculado conforme fórmula abaixo.

$$\text{VR} = \text{Quantidade de US}^* \times \text{Múltiplo de Reembolso} \times \text{Valor da USR}^{**}$$

* Prevista na Tabela SulAmérica Saúde para o Procedimento realizado

** Vigente na data de atendimento médico e/ou hospitalar

21.12 Tabela de Múltiplos de Reembolso

O Múltiplo de Reembolso está especificado no documento Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde na segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia, de acordo com o plano contratado.

- 21.13** O valor correspondente à coparticipação será deduzido do valor a ser reembolsado ao Beneficiário Titular.
- 21.14** O reembolso será efetuado diretamente ao Beneficiário Titular, em até 30 (trinta) dias contados a partir da data do recebimento dos documentos originais específicos para cada procedimento.
- 21.15** A Contratada manterá em seu poder os recibos e notas fiscais originais referentes às despesas ressarcidas total ou parcialmente.
- 21.16** O valor reembolsado não será, sob nenhuma hipótese, superior ao valor efetivamente pago pelo beneficiário pelas respectivas despesas.
- 21.17** É facultado ao Beneficiário Titular solicitar a revisão dos valores de reembolso em até 180 (cento e oitenta) dias de seu efetivo pagamento pela Contratada.
- 21.18** Antes do recebimento do Cartão SulAmérica Saúde para acesso a Rede Credenciada, será garantido ao Beneficiário, o reembolso das despesas cobertas realizadas.
- 21.19** O prazo máximo para a apresentação dos pedidos de reembolso será de 1 (um) ano para os serviços realizados no Brasil e de 2 (dois) anos para os serviços realizados no Exterior, a contar da data da realização dos eventos cobertos.
- 21.20 Para solicitação do reembolso das despesas médicas e/ou hospitalares, serão necessários os seguintes documentos:**
- a) Cópia do cartão de identificação;
 - b) Recibo original em formulário próprio do prestador de serviços com CPF e endereço e/ou nota fiscal original, constando:
 - Relatório médico informando diagnóstico, tratamento realizado, tempo de existência da doença, etiologia e laudo de exames, inclusive biopsia e anatomopatológico, se houver;
 - Descrição do serviço realizado, quantidade com valor unitário, datas de atendimento, especialidade e CRM do médico;
 - Descrição de materiais e medicamentos com valor unitário, se houver; laudos de exames, se necessário.
 - c) Para os casos de solicitação de reembolso dos serviços de remoção, na nota fiscal deverá constar o total de quilômetros rodados, hospital de origem e destino, especificação do tipo de ambulância (UTI ou simples) e relatório do médico assistente justificando a necessidade da remoção.

d) Para os casos de solicitação de reembolso de parto, deverá ser apresentado o partograma ou relatório médico detalhado.

21.20.1 Se os documentos apresentados não possibilitarem a comprovação de despesas específicas e análise técnica necessária para o reembolso das despesas médico-hospitalares realizadas, a Operadora solicitará documentos ou informações complementares, o que acarretará a recontagem do prazo estabelecido nestas condições gerais.

22. Rede Credenciada

22.1 A Rede Credenciada consiste no conjunto de médicos, laboratórios, clínicas, prontos socorros e hospitais opcionalmente colocados à disposição dos Beneficiários pela Contratada, para prestar atendimento médico-hospitalar de acordo com o plano contratado.

22.2 A Contratada efetuará, por conta e ordem do Beneficiário, o pagamento aos profissionais ou instituições da Rede Credenciada pelos serviços médico-hospitalares cobertos realizados, bem como de medicamentos e materiais cirúrgicos cobertos pelo presente contrato..

22.3 Nestas situações, o beneficiário não desembolsará para os eventos cobertos, desde que observadas as condições do contrato, inclusive os casos previstos de Validação Prévia de Procedimento (VPP) e o plano contratado.

22.4 As solicitações de serviços diagnósticos, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais podem ser solicitados por médico assistente ou cirurgião-dentista não pertencente a Rede Credenciada.

22.5 A Rede Credenciada poderá ser alterada, em qualquer época, por iniciativa dos próprios credenciados ou da Contratada, respeitando os critérios estabelecidos na legislação vigente, em especial o Art. 17 da Lei n.º 9.656/98.

22.5.1 A relação contendo toda movimentação da rede credenciada estará disponível no site www.sulamerica.com.br e na Central de Serviços SulAmérica Saúde.

22.6 Os estabelecimentos hospitalares da Rede Credenciada são classificados por especialidade médica e disponibilizados aos Beneficiários de acordo com o plano contratado.

22.7 Para utilização dos serviços de profissionais ou instituições da Rede Credenciada será indispensável à apresentação do Cartão SulAmérica Saúde, documento de identidade e validação prévia de procedimentos quando necessária.

22.8 A relação da Rede Credenciada será disponibilizada por meio da web site www.sulamerica.com.br, ou ainda por meio de telefone, na Central de Serviços SulAmérica Saúde.

22.9 O Beneficiário, constatada qualquer dificuldade em seu atendimento diretamente pela rede credenciada, deverá contatar a Contratada para fins de cumprimento dos prazos máximos para atendimento do Beneficiário, previstos na Resolução Normativa nº 259/2011 da Agência Nacional de Saúde Suplementar. É garantida

também ao Beneficiário, a opção pela livre escolha do profissional/estabelecimento médico, procedendo-se dessa forma com o reembolso, nos termos e limites dispostos no item 21 dessas Condições Gerais.

22.10 Na hipótese de indisponibilidade de prestador integrante ou não da rede credenciada da SulAmérica no município de demanda do Beneficiário, o atendimento poderá ser prestado nos municípios limítrofes ou na região de saúde, nos termos previstos da Resolução Normativa nº 259 da ANS.

23. Validação Prévia de Procedimentos - VPP

23.1 Para a realização dos procedimentos abaixo relacionados, será necessária a solicitação de validação prévia de procedimento (VPP), a qual será concedida pela Contratada após análise das solicitações especificadas pelo médico assistente.

23.1.1 Internações: clínicas, cirúrgicas, obstétricas ou psiquiátricas.

23.1.2 Remoções.

23.1.3 Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapias.

a) Serviços auxiliares de diagnose, tais como: eletrocardiografia dinâmica (Holter), eletrococleografia, eletromiografia, eletroneuromiografia, ecocardiografia, tomografia computadorizada, angiografia, arteriografia, bioimpedanciometria, “tilt tests” e seus derivados, polissonografias, endoscopias, teste de função pulmonar, ressonância magnética, estudo hemodinâmico e estudos de medicina nuclear (cintilográficos ou não);

b) Serviços auxiliares de terapia, tais como: fisioterapia, oxigenoterapia hiperbárica, quimioterapia antineoplásica, radioterapia, braquiterapia, litotripsia, diálise, hemodiálise, hemofiltrações, psicoterapia, psicomotricidade, fonoaudiologia, terapia ocupacional, monitorização de pressão intracraniana e acupuntura.

23.1.4 Serviços ambulatoriais, tais como: cirurgias ambulatoriais com porte anestésico maior que zero e cirurgias de refração em oftalmologia, tanto unilaterais quanto bilaterais, conforme estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS à época da realização do evento.

23.2 Na validação prévia de procedimentos (VPP) para internação será prevista a quantidade de diárias de acordo com o tipo de tratamento. Quando necessária a permanência hospitalar por um período maior, a prorrogação da validação prévia de procedimentos (VPP) deverá ser solicitada e submetida à apreciação da Contratada.

23.3 Para análise adequada da validação prévia de procedimentos (VPP), a Contratada reserva-se o direito de, sempre que julgar necessário, solicitar informações complementares, ao médico assistente, a hospitais, clínicas, laboratórios e outros médicos que tenham tratado o Beneficiário anteriormente.

24. Divergências Médicas

As divergências e dúvidas de natureza médica, relacionadas aos serviços cobertos no plano serão resolvidas por Junta Médica. A Junta Médica será constituída pelo profissional solicitante, ou nomeado pelo beneficiário, por médico da Operadora, e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da Operadora.

24.1 Caso o profissional solicitante permaneça silente em relação à comunicação da Operadora de instauração da junta médica e da indicação do terceiro desempatador, será presumida a concordância com relação ao terceiro desempatador e a junta será considerada válida.

24.1.1 Nos casos em que a Operadora já tiver indicado mais de um nome para compor a junta médica, qualquer uma das indicações poderá ser utilizada na hipótese de silêncio do profissional solicitante.

24.2 Quando houver discordância do profissional solicitante, o impasse será arbitrado por um terceiro profissional, representante do conselho profissional local ou da sociedade da especialidade médica ou odontológica relacionada ao procedimento indicado.

24.3. Nos casos específicos de divergência clínica com relação à OPME, o profissional solicitante poderá recusar até três nomes indicados pela Operadora para composição da junta médica.

24.3.1 Caso o profissional solicitante se manifeste contrariamente aos nomes indicados pela Operadora, poderá indicar um profissional de sua escolha para tal. Não havendo manifestação contrária por parte da Operadora, a junta será considerada válida.

24.3.2 Quando o profissional solicitante apresentar um nome, caso a Operadora recuse esse nome, o profissional solicitante deverá apresentar mais dois nomes.

24.4 Caso o profissional solicitante não concorde com o resultado da junta, a Operadora deve disponibilizar outro profissional que realize o procedimento em conformidade com o decidido pela junta médica.

24.5 Quando a junta médica concluir pela não indicação de realização de procedimento, tal resultado não configurará negativa de cobertura desde que a junta médica tenha sido realizada em conformidade com as regras vigentes.

25. Coparticipação

25.1 O Contratante poderá optar pelo percentual de coparticipação financeira do Beneficiário na realização de consultas, exames, terapias e demais procedimentos médicos e/ou hospitalares cobertos pelo Plano de Saúde. O percentual de

coparticipação será definido na proposta do plano Administrado que é parte integrante deste contrato.

25.2 Os valores referentes à coparticipação dos Beneficiários na rede credenciada serão informados à Contratante mediante envio de relatório mensal.

25.3 A coparticipação não é considerada como contribuição para os fins previstos nos artigos 30 e 31 da Lei n.º 9.656/98.

26. Pagamentos Mensais

26.1 A formação do preço deste plano de saúde é pós estabelecido na forma de custo operacional em que o valor total das despesas assistenciais é repassado à Contratante.

26.1.1 Com base no perfil de Beneficiários informado pelo Contratante, a Contratada define uma estimativa de custos que o Contratante poderá vir a ter que pagar. Esta estimativa está baseada no banco de dados composto pelos Beneficiários da Contratada.

26.1.2 Os parâmetros considerados pela Contratada, para elaborar essa estimativa, estão de acordo com as determinações do Estatuto do Idoso e Resolução Normativa nº 63/03 da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

26.2 Os pagamentos mensais incluem a totalidade das despesas assistenciais e taxas que são de responsabilidade do Contratante, que serão cobradas por meio de fatura. Caso a data e vencimento das faturas coincida com dias em que não haja expediente bancário, o pagamento deverá ser feito no primeiro dia útil subsequente.

26.2.1 Os valores decorrentes de acertos oriundos de inclusão e/ou exclusão de beneficiários, serão contabilizados no mês subsequente às movimentações.

26.2.2 Pelo atraso no pagamento de qualquer importância devida à Contratada, seja referente à taxa de administração e/ou custo operacional, o Contratante ficará sujeito aos juros de mora legais de 1% (um por cento) ao mês, calculados pro rata dia, bem como multa de 2% (dois por cento) exigível sobre o total do débito, tudo acrescido, até o efetivo pagamento da dívida, da correção monetária, quando permitida por lei, com base na variação de índice oficial.

26.2.3 O atraso no pagamento de qualquer importância devida a Contratada, implicará na suspensão automática dos serviços prestados pela Contratada.

26.2.4 O direito à prestação dos serviços pela Contratada será readquirido a partir da 0 (zero) hora do dia subsequente à regularização dos pagamentos devidos.

26.2.5 O atraso no pagamento da importância devida por período superior a 30 (trinta) dias, resultará no cancelamento automático do contrato pela Contratada.

26.2.6 O pagamento da importância mensal, não quita eventuais débitos anteriores.

26.2.7 Se a Contratada não identificar o pagamento da importância devida pelo Contratante de qualquer mês vencido, poderá solicitar a comprovação do pagamento devidamente validado por estabelecimento bancário.

26.3 Composição da Mensalidade

Conforme mencionado na cláusula anterior, o pagamento da mensalidade é a totalidade das despesas assistenciais, as quais estão incluídas as seguintes despesas e taxas:

- a) Totalidade das despesas com os serviços médico-hospitalares e laboratoriais, rede credenciada e reembolso;
- b) Taxa Administrativa;
- c) Taxa ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar;
- d) Cobrança do Ressarcimento ao SUS;
- e) Despesas judiciais (quando houver).

26.3.1 Totalidade das despesas com os serviços médico-hospitalares e laboratoriais na rede credenciada

Serão integralmente custeadas pelo Contratante todas as despesas com o atendimento médico-hospitalar e laboratorial previstas no Plano de Saúde.

26.3.1.1 As despesas com os serviços médicos serão custeadas pelo Contratante com base nos preços negociados com a rede credenciada, de acordo com o plano contratado. O pagamento pelo Contratante será efetuado de acordo com o Cronograma de Pagamento à Rede Credenciada. O Cronograma de Pagamento é parte integrante deste contrato de plano de saúde e será atualizado anualmente.

26.3.1.2 A Contratada apresentará ao Contratante relatório detalhado de todos os atendimentos realizados para pagamento, conforme cronograma de pagamento.

26.3.1.3 Todos os documentos comprobatórios dos atendimentos ficarão à disposição do Contratante para verificação e auditoria.

26.3.2 Totalidade das despesas com os serviços médico-hospitalares e laboratoriais no reembolso

26.3.2.1 A Contratada adiantará o pagamento do reembolso das despesas médico-hospitalares e laboratoriais despendidas pelos Beneficiários do Contratante por período definido em aditivo contratual, e encaminhará para esta, a fatura com o valor total reembolsado, devidamente corrigido por índice definido em aditivo contratual.

26.3.2.2 Todos os documentos comprobatórios dos reembolsos pagos ficarão sob a guarda da Contratada à disposição do Contratante para verificação e auditoria pelo período de 5 (cinco) anos.

26.3.3 Taxa Administrativa

É a importância paga antecipadamente pelo Contratante à Contratada, em moeda corrente nacional, pela gestão e operacionalização do Plano de Saúde, devendo seu pagamento ser realizado mensalmente até o dia 10 (dez) de cada mês. O valor para cada Beneficiário cadastrado e data de vencimento estão definidos em Proposta Comercial, que é parte integrante deste Contrato.

26.3.4 Taxa ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar

Será cobrada taxa trimestral por beneficiário do Plano de Saúde. O valor da Taxa definida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, será aquele vigente na época do pagamento pelo Contratante e deverá ser pago até o último dia útil do respectivo mês.

26.3.6 Cobrança do Ressarcimento ao SUS – Sistema Único de Saúde

O Contratante reconhece como despesas deste contrato os atendimentos e/ou eventos realizados em seus beneficiários oriundos das cobranças apresentadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, pertinentes ao Ressarcimento ao SUS (Sistema Único de Saúde), cuja obrigação legal encontra-se prevista no artigo 32, da Lei n.º 9.656/98.

26.3.6.1 O Contratante restituirá à Contratada das despesas relacionadas na cláusula anterior no mês imediatamente posterior ao pagamento/recolhimento destas junto à ANS, desde que devidamente comprovadas.

26.3.7 Despesas Judiciais

26.3.7.1 O Contratante compromete-se a arcar com todas e quaisquer despesas decorrentes de processos judiciais relativos ao plano de saúde objeto da presente avença, obrigando-se o Contratante a ressarcir à Contratada, na íntegra, todos os custos ocorridos com demandas propostas pelos beneficiários principais e/ou dependentes.

26.3.7.2 O Contratante efetuará o ressarcimento de tais despesas em até 10 (dez) dias a contar da data do recebimento da solicitação, por escrito, da Contratada.

26.3.7.3 O Contratante envidará esforços para responder a eventuais questionamentos da Contratada, bem como para fornecer subsídios para defesa ou resposta em processos judiciais em que a Contratada for demandada.

26.4 Remuneração da Contratada e Reajustes

26.4.1 Pela coordenação e administração do Plano de Saúde, o Contratante pagará à Contratada taxa de administração, por Beneficiário Ativo. O valor inicial está descrito na Proposta Comercial.

26.4.1.1 Para os anos subsequentes, a remuneração será reajustada a cada 12 (doze) meses de vigência deste contrato mediante livre negociação entre as partes, o que será definido em Termo Aditivo Contratual.

26.4.2 As despesas com os serviços médicos serão custeadas pela Contratante com base nos preços negociados com a rede credenciada, de acordo com o plano contratado. Os preços na rede credenciada serão reajustados anualmente.

26.4.3 Toda e qualquer alteração dar-se-á mediante consulta prévia e mútuo entendimento entre as partes, e será formalizado através de Termo Aditivo Contratual.

27. Variação do Preço por Mudança de Faixa Etária

27.1 O preço será adequado quando os Beneficiários mudarem de faixa etária, aplicando o percentual sobre o último valor individual. A adequação do valor mensal ocorrerá no mês subsequente ao aniversário do Beneficiário.

27.2 Os percentuais estão definidos de acordo com as regras da Resolução Normativa nº 63, Artigo 3º, Incisos I e II, instituída pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, e definidas em Aditamento Contratual, se houver.

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

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

27.2.3 As variações por mudança de faixa etária não terão percentuais negativos.

27.2.4 A readequação por mudança de faixa etária não é considerada como reajuste nos termos do artigo 22 da RN 195, instituída pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

28. Extensão de Cobertura Assistencial para demitidos sem justa causa e/ou aposentados

28.1 A extensão de cobertura assistencial é o direito de manutenção da condição de Beneficiário para ex-empregados demitidos sem justa causa ou exonerados sem justa causa e aposentados que tenham contribuído com o plano nos termos previstos nos art. 30 e 31 da Lei 9656/98.

28.2 Ex- Empregado Demitido ou Exonerado sem Justa Causa

28.2.1 Ao ex-empregado, demitido ou exonerado sem justa causa, que contribuiu para o plano, contratado na vigência da Lei nº 9656/98, em decorrência do vínculo empregatício, é assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral.

28.2.2 O período de manutenção desta condição será de 1/3 (um terço) do tempo de permanência, em que tenha contribuído para o plano, na vigência da Lei nº 9656/98, ou seus produtos sucessores, com um mínimo assegurado de 6 (seis) e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses.

28.2.3 Ainda que o pagamento de contribuição não esteja ocorrendo no momento do desligamento ou exoneração, sem justa causa, é assegurado ao empregado o direito previsto no artigo 30 da Lei nº 9656/98, na proporção do período ou da soma dos períodos de sua efetiva contribuição para o plano.

28.2.4 Esse benefício é obrigatoriamente extensivo ao grupo familiar inscrito, quando da vigência do contrato de trabalho.

28.2.4.1 Essa obrigatoriedade não impede que a condição de Beneficiário seja mantida pelo ex-empregado, individualmente, ou com parte do seu grupo familiar.

28.2.4.2 É permitida, ainda, ao Beneficiário Titular, durante ao período que faz jus à manutenção do benefício, a inclusão de novo cônjuge e filhos.

28.2.5 Em caso de morte do Beneficiário Titular, é garantido aos Beneficiários Dependentes, o direito de manter a condição de Beneficiários deste plano, pelo período remanescente da extensão da cobertura, desde que continuem pagando integralmente a mensalidade.

- 28.2.6** O direito de manutenção, assegurado no plano, para ex-empregados, demitidos sem justa causa ou exonerados, sem justa causa, não exclui vantagens obtidas pelos empregados, decorrentes de negociações coletivas de trabalho ou acordos coletivos de trabalho.
- 28.2.7** A condição de Beneficiário, de ex-empregado, demitido ou exonerado, sem justa causa, deixará de existir quando da admissão do Beneficiário Titular em novo emprego, cancelamento do plano pelo Contratante, inadimplência superior ao prazo estipulado em contrato, tanto pelo Contratante quanto pelo Beneficiário ou pelo decurso do prazo previsto na cláusula 28.2.2.
- 28.2.8** A manutenção da condição de Beneficiário no mesmo plano em que se encontrava quando da demissão ou exoneração sem justa causa, observará as mesmas condições de cobertura assistencial, reajuste, preço, faixa etária e coparticipação, existentes durante a vigência do contrato de trabalho.

28.3 Ex- Empregado Aposentado

- 28.3.1** Ao ex-empregado aposentado ou para o aposentado que continuou trabalhando na mesma empresa e venha a se desligar, desde que tenha contribuído para o plano, contratado na vigência da Lei nº 9656/98, em decorrência do vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de 10 (dez) anos, é assegurado o direito de manter sua condição de Beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava, quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral.
- 28.3.2** Ao ex-empregado aposentado ou para o aposentado que continuou trabalhando na mesma empresa e venha a se desligar, desde que tenha contribuído para o plano contratado na vigência da Lei nº 9656/98, em decorrência de vínculo empregatício, por período inferior a 10 (dez) anos, é assegurada a permanência, no mesmo plano privado de assistência à saúde ou seu produto sucessor, desde que assuma o pagamento integral, à razão de 1 (um) ano para cada ano de contribuição.
- 28.3.3** Ainda que o pagamento da contribuição não esteja ocorrendo no momento da aposentadoria, é assegurado ao empregado o direito previsto no artigo 31 da Lei nº 9656/98, na proporção do período ou da soma dos períodos de sua efetiva contribuição para o plano.
- 28.3.4** Esse benefício é obrigatoriamente extensivo ao grupo familiar inscrito, quando da vigência do contrato de trabalho.
- 28.3.4.1** Essa obrigatoriedade não impede que a condição de Beneficiário seja mantida pelo ex-empregado aposentado, individualmente, ou com parte do seu grupo familiar.

28.3.4.2 É permitida, ainda, ao Beneficiário Titular, durante ao período que faz jus à manutenção do benefício, a inclusão de novo cônjuge e filhos.

28.3.5 Em caso de morte do Beneficiário Titular na vigência do benefício, é garantido aos Beneficiários Dependentes, o direito de manter a sua condição de Beneficiários deste plano, pelo período remanescente da extensão da cobertura, desde que continuem pagando integralmente a mensalidade.

28.3.6 Ao aposentado que continuou trabalhando na mesma empresa, e veio a falecer antes de ter adquirido o benefício, é garantido aos dependentes inscritos no plano, a manutenção deste plano, desde que continuem pagando integralmente a mensalidade.

28.3.7 O direito de manutenção, assegurado no plano, ao aposentado, não exclui vantagens obtidas pelos empregados, decorrentes de negociações coletivas de trabalho ou acordos coletivos de trabalho.

28.3.8 A manutenção da condição de Beneficiário no mesmo plano em que se encontrava, quando da aposentadoria, observará as mesmas condições de cobertura assistencial, de reajuste, preço, faixa etária e coparticipação existentes, durante a vigência do contrato de trabalho.

28.4 Da Mudança de Operadora

28.4.1 No caso de oferecimento de plano privado de assistência à saúde, pelo Contratante, mediante a contratação sucessiva de mais de uma Operadora, serão considerados, para fins de aplicação dos direitos previstos no arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998, os períodos de contribuição do ex-empregado, demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado, decorrentes da contratação do Contratante com várias Operadoras. Esta condição somente se aplica aos contratos da cadeia de sucessão contratual, que tenham sido celebrados após 1º de janeiro de 1999 ou tenham sido adaptados à Lei nº 9.656, de 1998.

28.4.2 Os ex-empregados, demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados e seus dependentes, Beneficiários do plano privado de assistência à saúde anterior, deverão ser incluídos em plano privado de assistência à saúde da mesma Operadora contratada para disponibilizar plano aos empregados ativos.

28.5 Da Sucessão de Empresa Empregadora

A contribuição do empregado, no pagamento de contraprestação pecuniária dos planos privados de assistência à saúde, oferecidos sucessivamente em

decorrência de vínculo empregatício estabelecido com empresas que foram submetidas a processo de fusão, incorporação, cisão ou transformação, será considerada, para fins de aplicação dos direitos previstos nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656, de 1998, como contribuição para um único plano privado de assistência à saúde, ainda que ocorra rescisão do contrato de trabalho.

28.6 Comunicação ao Beneficiário

28.6.1 Será de inteira responsabilidade do Contratante, oferecer a Extensão de Cobertura do plano ao ex-empregado, demitido ou exonerado sem justa causa e ao aposentado, que contribuiu, a qualquer tempo, com o benefício, de acordo com os critérios definidos neste contrato.

28.6.2 O Contratante também deverá comunicar os dependentes do aposentado, que continuou trabalhando na mesma empresa e veio a falecer, antes de ter exercido o benefício, o direito à manutenção deste plano, desde que continuem pagando integralmente a mensalidade.

28.6.2.1 O ex-empregado, demitido ou exonerado sem justa causa, o aposentado e/ou os seus dependentes, nos casos descritos na cláusula anterior, poderão optar pela manutenção da condição de Beneficiário, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, em resposta à comunicação do Contratante, formalizada no ato da rescisão contratual ou da data do óbito do aposentado.

28.6.3 A contagem do prazo de 30 (trinta) dias, somente se inicia a partir da comunicação inequívoca ao ex-empregado, demitido ou exonerado sem justa causa, ao aposentado ou dependentes do aposentado falecido, sobre a opção de manutenção da condição de Beneficiário, em equivalência àquelas que gozava, quando da vigência do contrato de trabalho.

28.6.4 O valor da mensalidade a ser paga pelo ex-empregado, demitido ou exonerado sem justa causa, aposentado ou dependentes do aposentado falecido, deverá corresponder ao valor integral estabelecido na tabela de custos por faixa etária, com as devidas atualizações, disponibilizada aos Beneficiários quando da contratação do plano.

28.6.5 A SulAmérica disponibilizará no Portal SulAmérica Saúde Online, nos módulos Empresa e Beneficiário, o valor correspondente ao custo por faixa etária, mesmo que tenha sido adotado faturamento por preço único, ou haja financiamento do Contratante, conforme determina a Resolução Normativa nº 279. A forma de cobrança atualmente contratada permanece inalterada.

28.6.6 É permitido ao Contratante subsidiar parte ou a integralidade do benefício de extensão do plano de assistência à saúde dos seus ex-empregados inativos ou parte deles, de acordo com seu critério. Para tanto, deverá informar ao beneficiário o seu custo na integralidade e o valor correspondente subsidiado.

28.6.6.1 O subsídio suportado pelo empregador não caracteriza distinção/alteração na forma de cobrança estabelecida pela empresa empregadora para o seu grupo de demitidos sem justa causa e/ou aposentados.

28.7 Responsabilidades do Contratante

28.7.1 O Contratante é responsável pelo oferecimento da Extensão de Cobertura Assistencial ao ex-empregado, demitido ou exonerado sem justa causa, ao aposentado ou dependentes do aposentado falecido, nos termos deste aditivo contratual.

28.7.2 O Contratante deverá informar à Contratada, no ato da exclusão de qualquer Beneficiário, por meio de formulário e/ou ferramenta eletrônica, os dados definidos pela ANS, por meio da Resolução Normativa 279, os quais são:

- a)** se o Beneficiário foi excluído por demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria;
- b)** se o Beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa se enquadra no disposto do artigo 22, da Resolução Normativa RN nº 279, que trata do aposentado que continuou trabalhando na mesma empresa;
- c)** se o Beneficiário contribuía para o pagamento do plano assistencial;
- d)** por quanto tempo o Beneficiário contribuiu para o pagamento do plano;
- e)** se o ex-empregado ou aposentado optou pela sua manutenção como beneficiário ou se recusou a manter esta condição.

28.7.2.1 A exclusão será aceita pela Contratada, sendo de responsabilidade do Contratante, a comprovação de que o ex-empregado foi comunicado da opção de manutenção da condição de Beneficiário, bem como, das informações contidas no artigo 11 da Resolução Normativa nº 279/11, conforme cláusula anterior.

28.7.3 O Contratante deverá manter em seu poder, pelo prazo mínimo de 5 (cinco) anos, a documentação oficial, que comprove a elegibilidade dos Beneficiários cadastrados, a saber: sócios, empregados e seus respectivos dependentes, e, também, os comprovantes da perda de direito ao plano e da opção pelo mesmo – o que inclui a opção pela manutenção dos ex-empregados, demitidos ou exonerados sem justa causa -, bem como dos aposentados, devendo, ainda, fornecê-los à Contratada, quando solicitado, no prazo de 5 (cinco) dias, sob pena de bloqueio da ferramenta eletrônica e da cobertura ao Grupo de Beneficiários.

28.7.4 Os documentos acima poderão ser solicitados pela Contratada, seja para auditoria, simples verificação ou para apoio nas defesas em eventuais

ações judiciais ou reclamações administrativas, junto aos órgãos de fiscalização.

28.7.5 O Contratante deverá comunicar, por escrito, à Contratada, em até 30 (trinta) dias após o desligamento ou o falecimento do aposentado, a opção do beneficiário pela Extensão de Cobertura Assistencial, apresentando os seguintes documentos:

- a) Formulário próprio da Contratante com as informações constantes do artigo 11, devidamente assinado pelo Contratante e pelo ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado;
- b) Se demitido, cópia da Rescisão Contratual;
- c) Se aposentado, cópia da Rescisão Contratual e Concessão de Aposentadoria;
- d) Se aposentado falecido, Concessão de Aposentadoria e Certidão de Óbito.

28.7.6 O Contratante, neste ato, responsabiliza-se, por quaisquer reclamações ou outros procedimentos de natureza administrativa ou judicial, que venham a ser propostos, a qualquer tempo, por seus Beneficiários contra a Contratada, relacionados à incorreção das informações prestadas, pela Contratante, no formulário ou meio eletrônico, disponibilizados para a exclusão e/ou transferência de beneficiários, bem como, por irregularidade na correspondente documentação.

28.8 Disposições Gerais

28.8.1 A cobrança direta da mensalidade ao ex-empregado exonerado ou demitido sem justa causa ou aposentado, quando da extensão do benefício, em razão dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98, poderá ser realizada pela Contratada, desde que por conta e ordem do Contratante.

28.8.2 Mesmo que haja acordo entre a Contratada e Contratante para que a cobrança deste benefício seja direta, por conta e ordem do Contratante, os Beneficiários continuarão vinculados ao plano coletivo, para todos os fins, dentre os quais, o reajuste.

28.8.3 Quando houver cancelamento do benefício, o Beneficiário poderá optar por um plano individual, no prazo de 30 (trinta) dias, com aproveitamento dos períodos de carência, desde que esta Contratada, sob o registro nº 416428, esteja comercializando produto individual na ocasião.

28.8.4 O ex-empregado, demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado ou seus dependentes, vinculados ao plano, durante o período de manutenção da condição de Beneficiário, garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998, poderão exercer a portabilidade especial de carências, conforme previsto nas Resoluções Normativas publicadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

29. Exclusão do Beneficiário**29.1 O beneficiário titular será excluído do plano de saúde nos seguintes casos:**

- a) Término do vínculo com o Contratante, resguardado, quando for o caso de término de vínculo empregatício, o direito de extensão de cobertura assistencial previsto na legislação vigente. É de responsabilidade do Contratante informar à Contratada sobre a extinção do vínculo do beneficiário titular;
- b) Infrações ou fraudes comprovadas ou prática de conduta com o objetivo de obter vantagens ilícitas ou indevidas do plano de saúde ou da Contratada, praticadas por qualquer dos beneficiários.
- c) Por falta de observação e cumprimento pelo Beneficiário e seus Dependentes às obrigações contratuais ou no caso de declarações inexatas para a Contratada;
- d) Cancelamento do plano de saúde pelo Contratante.

29.2 O beneficiário dependente será excluído do plano de saúde nos casos de:

- a) Perda da condição de dependência definida nas condições gerais deste plano de saúde;
- b) Exclusão do beneficiário titular.

29.3 Caberá tão somente ao Contratante solicitar a suspensão ou exclusão do Beneficiário.**29.4 Somente ocorrerá exclusão ou suspensão da assistência à saúde dos Beneficiários, sem a anuência do Contratante, nas seguintes hipóteses:**

- a) Infrações ou fraudes comprovadas ou prática de conduta com o objetivo de obter vantagens ilícitas ou indevidas do plano ou da Contratada, praticadas por qualquer dos Beneficiários;
- b) por perda dos vínculos do titular com o Contratante ou de dependência conforme o disposto no contrato, ressalvados os dispostos nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98.
- c) Por falta de observação e cumprimento pelo Beneficiário e seus Dependentes às obrigações contratuais previstas no contrato ou no caso de declarações inexatas para a Contratada, em qualquer momento

29.5 Formas de Exclusão**29.5.1 Movimentação Eletrônica de Cadastro**

A empresa ou corretor efetuará o registro da exclusão no sistema da Contratada "MECSAS" e através das informações fornecidas serão

definidas de forma automática o fim de vigência, sem a necessidade de envio de formulários e documentos no momento da exclusão.

29.5.2 Movimentação Manual de Cadastro

A Empresa deverá entregar à Contratada, na ocasião da exclusão do Beneficiário, o formulário fornecido pela Contratada, denominado Cadastro de Beneficiários, devidamente preenchido e assinado pelo representante legal do Contratante, sob carimbo da empresa. O fim de vigência será o último dia que antecede o novo mês de vigência, com base no protocolo de entrega na Contratada.

30. Cancelamento do Plano de Saúde

30.1 Cancelamento do plano de saúde por iniciativa da Contratada e/ou Contratante.

- a) O cancelamento imotivado do plano de saúde por iniciativa da Contratada e/ou do Contratante, sem direito a devolução das faturas pagas, somente poderá ocorrer após a vigência mínima estabelecida na proposta e mediante comunicação por escrito por qualquer das partes, com mínimo de 60 (sessenta dias) de antecedência da data do efetivo cancelamento.

30.2 Cancelamento do Plano de Saúde por iniciativa da Contratada.

30.2.1 O plano de saúde estará sujeito ao cancelamento a qualquer momento por iniciativa da Contratada, sem direito a devolução das faturas pagas, nas seguintes situações:

- a) Quando a natureza dos riscos do Grupo Beneficiário sofrer alteração, tornando inviável a sua manutenção pela Contratada, que comunicará ao Contratante por escrito com no mínimo 60 (sessenta) dias de antecedência;
- b) Quando o Grupo Beneficiário reduzir-se a número inferior ao definido por ocasião da contratação;
- c) Inadimplência superior a 30 (trinta) dias;
- d) Quando o Contratante, Proponente ou seu responsável legal não fizer declarações verdadeiras e completas na Proposta de Plano de Saúde ou no Cartão Proposta/Declaração de Saúde, omitindo circunstâncias que possam influir na aceitação do plano de saúde ou no valor da mensalidade, conforme estabelecido no Código Civil Brasileiro;
- e) Quando for identificado pela Contratada infrações, fraudes comprovadas ou prática de conduta com o objetivo de obter vantagens ilícitas ou indevidas do plano ou da Contratada, praticadas por qualquer dos Beneficiários;

- f) Quando for comprovada a distribuição da ação ou a decretação de falência, de Liquidação judicial/extrajudicial ou de recuperação judicial/extrajudicial, em face d da Contratada;
- g) Por falta de observação e cumprimento pelo Beneficiário e seus Dependentes às obrigações contratuais previstas no contrato ou no caso de declarações inexatas para a Contratada, em qualquer momento.

30.3 Cancelamento do Plano antes do período inicial de vigência mínima do contrato.

30.3.1 O Contratante somente poderá solicitar o cancelamento de seu contrato antes de completado o período inicial de vigência definido por ocasião da contratação, no caso em que houver a decretação de sua falência, conforme descrito no item f da cláusula 30.2.1, devendo comunicar a Contratada por escrito com no mínimo 60 (sessenta) dias de antecedência da data do efetivo cancelamento, e exclusivamente nesta situação, não haverá cobrança de taxa complementar previsto na cláusula 30.3.2

30.3.2 Nos casos em que o Contratante solicitar o cancelamento antes do término do período inicial de vigência, e que o motivo não for exclusivamente o item f na cláusula 30.2.1 será cobrada taxa complementar equivalente a 3 (três) vezes o valor da taxa administrativa calculada com base na taxa per capita vigente no último mês, multiplicado pela média da quantidade de Beneficiários vigentes nos últimos 12 (doze) meses.

30.3.3 A taxa complementar também será cobrada nos casos em que a Contratada cancelar o contrato pelos motivos definidos na cláusula 30.2.1, além da cobrança das faturas vencidas, adotando-se o mesmo parâmetro definido na cláusula 30.3.2 para cálculo do valor a ser pago.

30.3.4 O pagamento da taxa complementar será por meio de fatura e deverá ocorrer até o dia indicado na fatura do mês subsequente ao mês de cancelamento do contrato, sendo que no caso de atraso haverá incidência de multa e correção monetária, conforme previsto na cláusula de pagamento da fatura.

31. Disposições Gerais

31.1 Fazem parte destas Condições Gerais, os formulários para inclusão e exclusão do Beneficiário, Carta de Orientação ao Beneficiário, Declaração de Saúde, Cartões

SulAmérica Saúde, Proposta de Plano de Saúde, Manual de Orientação para Contratação do Plano – MPS e o Guia de Leitura Contratual.

- 31.2** Será de responsabilidade do Contratante, além de outras já estabelecidas nestas Condições Gerais a entrega do Manual de Orientação para Contratação – MPS, Guia de Leitura Contratual e cópia das Condições Gerais, de acordo com as exigências da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, conforme segue:
- a)** entregar ao Beneficiário Titular o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde – MPS, previamente à sua inclusão no plano de saúde;
 - b)** entregar, junto com o Cartão de Identificação do Beneficiário Titular o Guia de Leitura Contratual – GLC;
 - c)** disponibilizar sempre que solicitado pelo Beneficiário titular cópia das Condições Gerais, contemplando, no mínimo, os temas referenciados no GLC.
- 31.3** O MPS e o GLC são instrumentos destinados a informar ao Beneficiário os principais aspectos a serem observados no momento da contratação de planos de saúde e a facilitar a compreensão do conteúdo do contrato, por meio da indicação das referências aos seus tópicos mais relevantes.
- 31.4** A Contratada disponibiliza o MPS e o GLC por meio do website www.sulamerica.com.br, com o objetivo de facilitar o acesso pelo Contratante e Beneficiário, e devem ser seguidos em sua íntegra, conforme determina a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.
- 31.5** O Contratante será responsável pelo recolhimento e destruição dos Cartões SulAmérica Saúde nos casos de desligamento dos Beneficiários ou imediatamente após o cancelamento do plano de saúde.
- 31.6** O Contratante será responsável pelo pagamento de todas as despesas médico-hospitalares efetuadas indevidamente após o desligamento do Beneficiário ou cancelamento do plano de saúde.
- 31.7** O Contratante deverá disponibilizar à Contratada sempre que solicitado, toda e qualquer documentação necessária que comprove a relação de vínculo empregatício entre empregado e empregador, a relação de dependência financeira entre empregado e dependente e outras relações de trabalho definidas no momento da contratação do plano de saúde, para preservar a integridade do contrato e validação do grupo beneficiável definido no momento da contratação.
- 31.7.1** Na ocorrência de constatação da divergência encontrada entre o Grupo Beneficiável previsto neste contrato e o Grupo Beneficiário efetivamente coberto, serão tomadas as providências a seguir:
 - 31.7.2** O Contratante será o responsável pelo pagamento do valor integral de todas as despesas médicas por atendimento em rede credenciada, reembolsos e validações prévias ocorridas durante o período de vigência deste Beneficiário, acrescidas de despesas administrativas e financeiras.

31.7.3 A Contratada providenciará, imediatamente à constatação de divergências, a exclusão do Beneficiário que será para o último dia que antecede o dia da vigência do Contratante.

31.8 O Contratante compromete-se a arcar com todas e quaisquer despesas decorrentes de processos judiciais ou administrativos movidos por seus Beneficiários, relativos ao plano de saúde objeto da presente avença, incluindo-se inclusive os valores de eventuais procedimentos não cobertos que seja o Contratante obrigada a arcar, obrigando-se o Contratante a ressarcir a Contratada, na íntegra, todos os custos ocorridos com demandas propostas pelos Beneficiários principais e/ou dependentes.

31.8.1 O Contratante efetuará o ressarcimento de tais despesas em até 10 (dez) dias a contar da data do recebimento da solicitação, por escrito, da Contratada.

31.8.2 O Contratante envidará esforços para responder a eventuais questionamentos da Contratada, bem como para fornecer subsídios para defesa ou resposta em processos judiciais em que a Contratada for demandada.

31.9 O Contratante se compromete que em caso de cancelamento do plano de saúde junto à Contratada e realização de nova contratação de plano de saúde junto a outra Operadora de plano de saúde, a transferir, integralmente, a massa de Beneficiários e respectivos dependentes, com todos os seus direitos e obrigações, Beneficiários autores de ações, com ou sem deferimento de liminares judiciais, bem como os Beneficiários na condição de demitidos sem justa causa e aposentados, ressarcindo à Contratada, de imediato, na íntegra, todas as despesas ocorridas com os respectivos Beneficiários nestas situações, em face de eventual impossibilidade de efetivação da transferência, bem como com todas as despesas e ônus decorrentes de eventuais ações judiciais e ou administrativas propostas por Beneficiários e respectivos dependentes que impeçam a transferência destes ao novo plano de saúde contratado e/ou imponham à Contratada o custeio de procedimentos após o final de vigência do contrato.

31.10. Responsabilidade Sócio Empresarial. O Estipulante declara que:

a) Leu concorda e cumpre com a Cláusula de Responsabilidade Sócio-Ambiental da Operadora, disponível por meio do link http://www.sulamerica.com.br/sustentabilidade/clausuladesustentabilidade_sulamerica_060814.pdf, e com a Política de Anticorrupção da Operadora e o Código de Conduta Ética desta, ambos disponíveis por meio do link <http://ri.sulamerica.com.br/static/ptb/politicas.asp>? E

b) Não pratica nenhuma das atividades descritas na lista de exclusão divulgada em www.ifc.org (por meio do link "IFC Sustainability Framework/IFC Exclusion List").

32. MECSAS: Movimentação Eletrônica de Cadastro

O Meio Eletrônico de Cadastro SulAmérica – MECSAS, é um sistema disponibilizado pela Contratada para utilização de Corretores e Clientes (Pessoa Jurídica) de forma que possam transmitir eletronicamente as solicitações de suas movimentações cadastrais como inclusões, exclusões, alterações, transferências e reaberturas, em ambiente de internet.

32.1 O Contratante poderá optar pela utilização da ferramenta e deverá assinalar esta opção na proposta de plano, estabelecendo inclusive se a manutenção será feita pelo próprio ou pelo Corretor Nomeado.

32.1.1 A opção assinalada pelo Contratante na proposta de plano de saúde indica o aceite do Termo de Aceitação e Responsabilidade MECSAS conforme descrito a seguir:

32.2 Termo de Aceitação e Responsabilidade MECSAS

32.2.1 O Contratante identificada na proposta de plano de saúde ou a Corretora, por ele designada, que receberá a denominação de Corretora Nomeada, declara-se ciente e de acordo de que a aplicação fornecida pela Contratada, Sul América Serviços de Saúde S/A, sem ônus de custo de implantação e gratuito, com denominação de Meio Eletrônico de Cadastro SulAmérica - MECSAS, deverá ser utilizado de forma exclusiva e concorda em não ceder o aplicativo para uso de terceiros, nem mesmo para cópias, e a não permitir violações nos programas e códigos, excetuadas as alterações feitas pela Contratada.

32.2.2 O MECSAS habilita o Contratante ou a Corretora Nomeada a realizar, após cadastrar seu login e senha, procedendo de acordo com as regras estabelecidas nas condições gerais do contrato em vigor e os prazos, informações e restrições constantes da Ajuda/Help do próprio aplicativo - as movimentações disponíveis no cadastro de Beneficiários e através do recurso Importar Lote.

- a) Inclusões;
- b) Exclusões;
- c) Alteração de Sexo;
- d) Alteração de Nome;
- e) Alteração de Data de Nascimento;
- f) Transferência para Condição de Remido*;
- g) Atualização de Dados Cadastrais;
- h) Alteração de Dados Bancários;
- i) Alteração de Plano;
- j) Transferência para Condição de Demitido e/ou Aposentado **;
- k) Transferência de Empresas;
- l) Reabertura de Matrícula.

m) Correção de CPF

* Para empresas que possuam cláusula de remissão.

** Para Beneficiários que contribuem ou contribuíram para o plano, de acordo com os Art. 30 e 31 da Lei 9656/98.

32.2.3 As movimentações não enquadradas nas regras do Meio Eletrônico de Cadastro SulAmérica (MECSAS), devem ser encaminhadas à Contratada, por meio de formulários próprios, preenchidos, assinados, carimbados e acompanhados da documentação de apoio.

32.2.4 Requisitos Técnicos

A aplicação MECSAS deve ser acessada com os navegadores Google Chrome 20 ou superior, Internet Explorer 8 ou superior, Firefox 12 ou superior e Safari 5.0 ou superior. Ao acessar o MECSAS o Contratante ou Corretor Nomeado aceita implicitamente os termos e condições deste termo, bem como que conhece a aplicação MECSAS e a utiliza sob a sua própria responsabilidade. A Contratada reserva-se o direito de atualizar e modificar este Termo e quaisquer documentos de referência anexos se for o caso.

32.2.5 Direitos do Autor

32.2.5.1 A Contratada é a única proprietária dos direitos de autor do software MECSAS.

32.2.5.2 A Contratada é a única proprietária do nome comercial, dos direitos de autor e dos direitos de distribuição do MECSAS. Os direitos de autor incluem o aspecto e o estilo do software MECSAS. Este Termo é uma licença para utilizar o MECSAS e não supõe uma cedência de propriedade dos direitos do referido programa.

32.2.5.3 O Contratante e seus usuários, não podem alterar, desestruturar, desmontar ou descompilar o MECSAS, e isto também se refere à utilização de qualquer tecnologia atual ou futura aplicada ao mesmo.

32.2.5.4 O descumprimento de qualquer dos termos e condições desta Licença será interpretado como um descumprimento deste Termo.

32.2.6 Garantias e responsabilidades

32.2.6.1 O MECSAS deve ser utilizado de acordo com os termos e condições do presente documento. A Contratada não será responsável por quaisquer danos produzidos por uma utilização do MECSAS contrária a esta licença de software.

Exceto pelo que se refere às responsabilidades regulamentares estabelecidas nas leis de proteção ao consumidor, o Contratante

- exonera a Contratada de qualquer responsabilidade surgida da execução imprópria do MECSAS ou o funcionamento incorreto do MECSAS causado pelo modo como utilizou o software. A referida exoneração de responsabilidade aplicar-se-á também aos empregados e a direção da Contratada.
- 32.2.6.2** A Contratada expressa que esta licença para utilizar o MECSAS não infringe nenhum contrato prévio ou legislação atual.
- 32.2.6.3** A Contratada garante que o MECSAS não é um programa espião ou de publicidade. A Contratada também garante que o MECSAS não mostra anúncios emergentes nem recompila dados pessoais dos utilizadores.
- 32.2.6.4** A Contratada não garante a disponibilidade, a continuidade nem o funcionamento no acesso ao MECSAS. Portanto, na medida em que a legislação o permita, esta garantia não inclui os danos surgidos da falta de disponibilidade ou funcionamento interrompido do MECSAS e quaisquer serviços que este possibilite, devendo o Contratante utilizar-se de outro meio de envio das informações e movimentações de seus beneficiários.
- 32.2.6.5** A Contratada não assume responsabilidade em caso de circunstância imprevisível ou de força maior na funcionalidade da aplicação MECSAS. Além disso, a Contratada não será responsável de quaisquer causas fora do controle razoável, como vírus e interferências de terceiros.
- 32.2.6.6** O Contratante afirma ter conhecimento de que os dados informados e transmitidos via MECSAS são inteiramente de sua responsabilidade quanto à sua legitimidade e veracidade.
- 32.2.6.7** A Contratada fornecerá o suporte necessário ao perfeito funcionamento do MECSAS, informará eventuais alterações na base de dados e o resultado do processamento encaminhado. Além disso, a Contratada gerenciará, periodicamente, todas as movimentações realizadas, com o intuito de resguardar o equilíbrio econômico-financeiro do contrato.
- 32.2.6.8** Após o preenchimento dos dados dos beneficiários (titulares e/ou dependentes), é de única e total responsabilidade do Contratante ou da Corretora Nomeada, enviar os dados à Contratada, para que as movimentações sejam processadas, bem como acompanhar e realizar as conferências dos movimentos processados, por meio da funcionalidade "Receber Movimentos", que disponibiliza o resultado dos arquivos de movimentos, que foram remetidos para processamento, pelo Contratante. A conferência dos movimentos processados deve ser realizada, diariamente, pelo Contratante e, em sendo identificadas quaisquer inconsistências e/ou divergências, deve manifestar-se, no máximo, até o último dia do mês do envio, sob

pena de não fazer jus a ressarcimentos, eventualmente devidos em relação à operação não processada.

- 32.2.6.9** A Contratada disponibilizará o serviço de atendimento, HELPSAS, que pelos números 3003-6596 (Capitais e regiões Metropolitanas) e 0800-721-6596 (demais regiões), dará o suporte e informações necessárias para a correta utilização do aplicativo MECSAS.
- 32.2.6.10** O Contratante ou a Corretora Nomeada escolherá seu login e senha para uso do aplicativo e se responsabilizará pela confidencialidade de sua senha, por toda e qualquer movimentação cadastral realizada e, inclusive, pelo ressarcimento de eventuais custos decorrentes de despesas por uso indevido.
- 32.2.6.11** Considera-se uso indevido do MECSAS toda e qualquer movimentação que não estiver de acordo com as Condições Gerais, com as condições do presente termo e com as restrições constantes na Ajuda/Help do aplicativo, cabendo, nestes casos, o bloqueio do MECSAS por parte da Contratada e/ ou o cancelamento da operação efetuada.
- 32.2.6.12** Havendo substituição ou desligamento do usuário master, a Contratada deverá receber notificação para troca do responsável e interromper o acesso do usuário anterior.
- 32.2.6.13** O Contratante, neste ato, responsabiliza-se, em caráter irrevogável e irretratável, por quaisquer reclamações ou outros atos de natureza administrativa ou judicial, que venham a ser intentados por seus Beneficiários contra a Contratada, a qualquer tempo, relacionados à incorreção das informações prestadas pelo Contratante no MECSAS, bem como, por irregularidade na correspondente documentação, respondendo, integralmente, pelo pagamento de eventuais condenações, indenizações, multas, honorários advocatícios, custas processuais e demais encargos que houver.
- 32.2.6.14** Considerando que, nos termos da Resolução Normativa nº 279 da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, é de responsabilidade do Contratante a concessão do benefício de manutenção de plano de saúde aos ex-empregados, demitidos ou exonerados, sem justa causa e aposentados, e a alteração do beneficiário à condição de inativo é feita pela ferramenta MECSAS, o Contratante responsabiliza-se, exclusiva e integralmente, pelo cômputo do prazo do benefício, respondendo e arcando com o pagamento de eventuais condenações, indenizações, multas, honorários advocatícios, custas processuais e demais encargos, decorrentes de reclamações e atos de natureza administrativa ou judicial, intentados por seus Beneficiários.

32.2.6.15 O Contratante ou a Corretora Nomeada compromete-se ainda:

- a) A comunicar à Contratada, imediata e formalmente, toda e qualquer ocorrência relacionada com uso indevido do MECSAS;
- b) A manter confidencialidade sobre as movimentações realizadas pelo MECSAS e resultados obtidos;
- c) A comunicar à Contratada, quando houver troca de Corretor, caso seja este o usuário do MECSAS, e enviar um novo termo assinado pelo Contratante e a nova Corretora Nomeada.
- d) Neste ato, declarar-se licenciada, por parte da Contratada, para o uso do aplicativo MECSAS.
- e) Caso a Corretora seja nomeada para operar o MECSAS, esta transferência não exime o Contratante de fornecer e responsabilizar-se pelas informações cadastradas.
- f) A remover o acesso ao aplicativo do usuário que tenha sido desligado ou tenha sido transferido da função.

32.2.6.16 O Contratante e a Corretora Nomeada declaram ter lido e estar de acordo com as cláusulas e condições acima e comprometem-se com seu cumprimento.

32.2.7 Vigência

A vigência deste Termo tem início juntamente com a vigência do plano de saúde. A Contratada terá direito de restringir, suspender ou rescindir este Termo pela sua própria vontade, total ou parcialmente, em qualquer momento e por qualquer motivo, sem aviso prévio ou responsabilidade. A suspensão de uso poderá ocorrer no momento em que se realize qualquer descumprimento de seus termos e condições.

32.2.8 Elegibilidade

32.2.8.1 A ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), por meio da Resolução Normativa nº. 195 de 14 de julho de 2009, Resolução Normativa nº. 200 de 13 de agosto de 2009 e Resolução Normativa nº. 204 de 02 de outubro de 2009 determina que, a partir de 03/11/2009, os beneficiários elegíveis, previstos contratualmente, devem estar de acordo com o que determina os arts. 5º e 9º da RN nº. 195. Sendo assim, não é permitida a inclusão de beneficiários que não preencham os requisitos de elegibilidade, previstos na referida norma e nas Condições Gerais, tais como, Prestadores de Serviços. A identificação posterior de eventuais beneficiários, incluídos por meio deste aplicativo, não elegíveis, nos termos da referida norma e do contrato, ensejará a exclusão automática destes e o bloqueio

temporário da utilização da ferramenta, pelo Contratante ou Corretora Nomeada, sem prejuízo de eventuais ressarcimentos por sanções judiciais ou administrativas, em razão de tais condutas. A ferramenta só poderá ser novamente utilizada, após a devida regularização do processo.

32.2.8.2 A ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), por meio da Resolução Normativa nº 279/11, de 24 de novembro de 2011 determina que, as movimentações de exclusão de beneficiários deverão preceder de informações relativas à sua motivação, o que será feito por meio de perguntas, elencadas no artigo 11 da mencionada norma. Referidas perguntas serão incluídas no sistema MECSAS e deverão ser respondidas pelo Contratante ou Corretora Nomeada.

32.2.8.3 Ainda de acordo com a Resolução Normativa nº 279/11 da ANS (Agência Nacional de Saúde), além da exigência acima, a exclusão dos beneficiários, demitidos ou exonerados, sem justa causa ou aposentados, que contribuíram, a qualquer tempo, para o plano de saúde, somente será aceita pela Contratada, mediante o envio do Termo de Opção, devidamente preenchido, comprometendo-se, o Contratante, a manter em seu poder os documentos comprobatórios da opção de manutenção do plano de saúde, disponibilizando-os sempre que solicitado pela Contratada, conforme cláusula 32.2.7 do presente Termo.

32.2.8.4 O Contratante ou a Corretora Nomeada deverá manter em seu poder a documentação oficial que comprove a elegibilidade dos beneficiários cadastrados, a saber: sócios, empregados e seus respectivos dependentes, e, também, os comprovantes da perda de direito ao plano de saúde e da opção pelo mesmo – o que inclui a opção pela manutenção dos ex-empregados, demitidos ou exonerados sem justa causa, bem como dos aposentados - devendo, ainda, fornecê-los à Contratada, quando solicitado, no prazo de 5 (cinco) dias, sob pena de bloqueio do aplicativo e da cobertura ao Grupo de Beneficiários.

32.2.8.5 Os documentos acima poderão ser solicitados pela Contratada, seja para auditoria, simples verificação ou para apoio nas defesas em eventuais ações judiciais ou reclamações administrativas, junto aos órgãos de fiscalização da Contratada, devendo a Contratante fornecê-las em até 48 (quarenta e oito) horas após a solicitação da Contratada.

32.2.9 Utilização e acesso

A Contratada oferece a opção de multiusuários, por meio da qual, cada Contratante poderá distribuir os acessos para utilização, bem como definir as permissões do(s) usuário(s) que podem ser: Consultar, Administrar Grupos, Administrar Usuários, Administrar Beneficiários.

32.2.9.1 No momento da contratação, o Contratante deverá optar pela utilização da ferramenta MECSAS WEB na Corretora e/ou Empresa, responsabilizando-a pelas movimentações descritas na cláusula **32.2.2**.

32.2.9.2 Nos casos em que houver alteração de responsabilidade de utilização da ferramenta daquela definida por ocasião da contratação, indicada na proposta de seguro, durante a vigência do seguro, o Contratante deverá formalizar à Contratada.

32.2.10 Políticas de privacidade

A Contratada não utiliza spam e apenas gere os dados fornecidos pelos utilizadores através de formulários eletrônicos que se encontram na WEB ou trafegados via MECSAS.

A Contratada não divulga as informações de beneficiários a terceiros, exceto nas solicitações judiciais ou dos órgãos reguladores.

A Contratante deve manter confidencialidade sobre as movimentações realizaas pelo MECSAS e resultados obtidos.

32.2.11 Direito e jurisdição aplicáveis

Este termo e a utilização do MECSAS reger-se-ão totalmente de acordo com a legislação brasileira, condições gerais, normas e procedimentos e resoluções de órgãos reguladores.

Em caso de controvérsia derivada deste termo ou da utilização do MECSAS, ambas as partes acordam submeter-se à jurisdição dos juizados e tribunais da cidade de São Paulo.

33. Glossário

33.1 Abrangência Geográfica

Região estabelecida pela Contratada para atendimento médico-hospitalar ao Beneficiário.

33.2 Acidente Pessoal

Evento com data e ocorrência caracterizadas, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só e independente-mente de qualquer outra causa, torne necessária a internação hospitalar ou o atendimento em regime ambulatorial do Beneficiário.

33.3 Assistência Domiciliar / Home Care

Assistência ao Beneficiário, realizada por profissionais da área de saúde, em ambiente doméstico, não hospitalar.

33.4 Atendimento Ambulatorial

Regime de atendimento médico caracterizado por não exigir complexidade da assistência hospitalar.

33.5 Beneficiário

Pessoa física a favor da qual o Contratante contrata com a Contratada o Plano de Saúde, sendo:

a) Beneficiário Titular

Pessoa com vínculo concreto empregatício, bem como o sócio, o administrador/diretor, o estagiário e o aprendiz, devidamente incluída no plano de saúde, responsável pelas informações prestadas no Cartão Proposta;

b) Beneficiário Dependente

Dependente Beneficiável efetivamente incluído no plano de saúde.

33.6 Carência

Período durante o qual, mesmo ocorrendo o pagamento da mensalidade pelo Contratante, o Beneficiário não tem direito a determinadas coberturas.

33.7 Cartão Proposta

Documento que formaliza a intenção de ingresso do proponente ao plano contratado, que deverá ser preenchido e assinado pelo proponente titular e pelo representante legal do Contratante, sob carimbo da empresa.

33.8 Cartão SulAmérica Saúde

Cartão individual e personalizado, que servirá para identificar o Beneficiário junto à Contratada e Rede Credenciada.

33.9 Categoria Funcional

Conjunto de pessoas que façam parte de um mesmo cargo funcional na empresa.

33.10 Cobertura Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

Garantia ao Beneficiário da cobertura dos itens constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, na Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia.

33.11 Cobertura Parcial Temporária

Suspensão da cobertura dos eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e dos procedimentos de alta complexidade relacionados no índice que compõe o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, pelo prazo de até 24 (vinte e quatro) meses, para as doenças e lesões preexistentes informadas no cartão proposta/declaração de saúde.

33.12 Contratada

SulAmérica Serviços de Saúde S.A, pessoa jurídica de direito privado, legalmente autorizada a operar Planos de Saúde, registrada sob o n.º 41642-8 na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, classificada como Medicina de Grupo, inscrita no CNPJ n.º 02.866.602/0001-51, situada à Rua Pedro Avancine n.º 73 (parte), Morumbi São Paulo, SP, CEP 05679-170.

33.13 Contratante

Pessoa jurídica, legalmente constituída, que contrata o plano de saúde com a Contratada, responsável pelo pagamento da mensalidade, investida dos poderes de representação dos Beneficiários perante a Contratada.

33.14 Coparticipação

É a parte efetivamente paga pelo Beneficiário destinada a custear parte da realização de um determinado procedimento.

33.15 Dependentes Beneficiáveis

Grupo familiar; exclusivamente o cônjuge ou companheiro (a), os filhos solteiros ou adotivos do Beneficiário Titular, menores de 24 (vinte e quatro) anos ou inválidos. Equiparam-se a filhos, o enteado e o menor que esteja sob a guarda ou tutela do Beneficiário Titular por determinação judicial.

33.16 Doenças e Lesões Preexistentes

Aquelas, inclusive as congênitas, que o Proponente ou seu responsável legal saiba ser portador ou sofredor na época da contratação do plano de saúde.

33.17 Emergência

Evento que implique em risco imediato de vida ou lesão irreparável para o Beneficiário.

33.18 Entrevista Qualificada

É a entrevista realizada por profissional médico, disponibilizado pela Contratada ou escolhido pelo proponente, para auxiliar no preenchimento do cartão proposta/ declaração de saúde.

33.19 Grupo de Beneficiários

Conjunto de pessoas efetivamente incluído no plano de saúde SulAmérica Saúde.

33.20 Grupo Beneficiável

Conjunto de pessoas devidamente caracterizado pelo vínculo concreto empregatício mantido com o Contratante. O vínculo mantido com o Contratante poderá abranger os sócios, administradores/diretores, estagiários e aprendizes e seus respectivos dependentes beneficiáveis, passível de aderir ao plano de saúde.

33.21 Hospital-Dia

Regime de internação caracterizado pela permanência do Beneficiário em unidade hospitalar, por período não superior a 12 (doze) horas diárias, para realização de procedimentos cobertos pelo plano de saúde.

33.22 Internação Hospitalar

Período de permanência hospitalar em regime de internação do Beneficiário para tratamento clínico ou cirúrgico:

33.22.1 Internação Clínica: motivada por uma causa não cirúrgica;

33.22.2 Internação Cirúrgica: motivada por cirurgia ou que no decurso da internação clínica tenha sido necessária a realização de procedimento cirúrgico.

33.23 Inválidos

Filhos inválidos considerados aqueles elegíveis para efeito da declaração de Imposto de Renda do Beneficiário titular

33.24 Leitos de Alta Tecnologia

Destinados ao tratamento intensivo e especializado em unidades ou centros de terapia intensiva, semi-intensiva, coronariana, pediátrica ou neonatal, unidades de isolamento, terapias de pacientes queimados e terapia respiratória.

33.25 Médico Assistente

Profissional médico, pertencente ou não à Rede Credenciada, que atende (assiste) ao Beneficiário e é responsável pela avaliação, indicação e acompanhamento da conduta médica a ser aplicada.

33.26 Planos

Conjunto composto pela abrangência geográfica, padrão de acomodação hospitalar, múltiplos de reembolso, rede credenciada e mensalidade.

33.27 Procedimentos de Alta Complexidade

Aqueles relacionados no índice de procedimentos de alta complexidade que compõe o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS vigente na data de realização do evento.

33.28 Proponente

Pessoa física, devidamente caracterizada pelo vínculo concreto empregatício, bem como o sócio, o administrador/diretor, o estagiário e o aprendiz, que propõe o seu ingresso e o de seus dependentes no plano de saúde. Quando o Proponente for menor de idade, assim legalmente reconhecido, deverá ser representado por responsável legal.

33.29 Proposta

Parte integrante das Condições Gerais do Plano de Saúde Administrado. É o documento preenchido com informações que qualificam o Contratante e através do qual expressa a sua intenção de contratação do plano de saúde.

33.30 Rede Credenciada

Conjunto de profissionais e instituições, opcionalmente colocado à disposição do Beneficiário para prestar atendimento médico-hospitalar.

33.31 Reembolso

Ressarcimento ao Beneficiário Titular das despesas médico-hospitalares cobertas pelo plano de saúde, efetuadas e comprovadamente pagas por ele ou por seus dependentes, com profissionais ou instituições que não façam parte da Rede

Credenciada. O ressarcimento será de acordo com a Tabela SulAmérica Saúde e plano contratado.

33.32 Subcontratante

Pessoa jurídica que, direta ou indiretamente, controle o Contratante, ou que, direta ou indiretamente, seja controlada pelo Contratante, ou ainda, esteja sob o controle, direto ou indireto, da(s) mesma(s) pessoa(s) física(s) ou jurídica(s) que controle(m) o Contratante.

33.33 Validação Prévia de Procedimentos - VPP

Registro formal na Contratada do pedido médico para a realização de determinados procedimentos médico-hospitalares.

33.34 Planejamento familiar

Conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal.

33.35 Atividades educacionais

São aquelas executadas por profissional de saúde habilitado mediante a utilização de linguagem acessível, simples e precisa, com o objetivo de oferecer aos beneficiários os conhecimentos necessários para a escolha e posterior utilização do método mais adequado e propiciar a reflexão sobre temas relacionados à concepção e à anticoncepção, inclusive à sexualidade, podendo ser realizadas em grupo ou individualmente e permitindo a troca de informações e experiências baseadas na vivência de cada indivíduo do grupo.

33.36 Aconselhamento

Processo de escuta ativa que pressupõe a identificação e acolhimento das demandas do indivíduo ou casal relacionadas às questões de planejamento familiar, prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – DST/AIDS e outras patologias que possam interferir na concepção/parto.

33.37 Atendimento Clínico

Realizado após as atividades educativas, incluindo anamnese, exame físico geral e ginecológico para subsidiar a escolha e prescrição do método mais adequado para concepção ou anticoncepção.

34. Disposições Finais

A Contratada poderá através do profissional médico por ela designado, consultar pessoas físicas ou jurídicas, de direito público ou privado, para obter informações relacionadas às Coberturas deste plano de saúde, resguardando o direito ao Sigilo Médico previsto na legislação vigente.

34.1 Qualquer alteração nas cláusulas deste contrato será tratada por meio de Termo Aditivo Contratual.

35. Foro

Fica eleito o Foro da Comarca de domicílio do Contratante para dirimir qualquer dúvida advinda do presente contrato de plano de saúde.

Local/Data: _____, __ de _____ de _____.

Contratante
Nome e Assinatura do Representante Legal
(Sob Carimbo/CNPJ da Empresa/ Procuração Registrada em Cartório,
com poderes específicos para contratar)

Sul América Serviços Saúde S/A

Testemunha

Nome:
CPF:
RG:

Testemunha

Nome:
CPF:
RG:

Termo de Coberturas Adicionais

Este documento é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Plano de Saúde, firmado com o Contratante indicado na proposta de plano por ocasião da contratação.

Além das coberturas descritas nas Condições Gerais do Contrato de Plano de Saúde, na cláusula “Coberturas e Procedimentos Garantidos”, serão disponibilizadas as coberturas adicionais abaixo relacionadas e podem variar de acordo com o plano contratado, conforme descrito na Cláusula de Características Essenciais dos Planos.

1. Terapias

- a) Psicomotricidade - até 30 (trinta) sessões não cumulativas por ano de vigência do contrato por Beneficiário;
- b) Fonoaudiologia - até 30 (trinta) sessões não cumulativas por ano de vigência do contrato por Beneficiário;
- c) Escleroterapia - até 12 (doze) sessões não cumulativas por ano de vigência do contrato por Beneficiário.

2. Transplantes de órgãos;

Transplante de coração, pâncreas, pâncreas-rim, pulmão e fígado, incluindo:

- a) Despesas assistenciais com doador vivo;
- b) Medicamentos utilizados durante a internação;
- c) Acompanhamento clínico pós-operatório, imediato, mediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;
- d) Despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.

2.1 O Beneficiário candidato a transplante de órgão proveniente de doador cadáver deverá estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs, sujeito ao critério de fila única de espera e de seleção conforme legislação vigente.

3. **Consulta e Fisioterapia domiciliar exclusivamente por reembolso nos limites do plano;**
4. **Cirurgia Refrativa sem limite de grau;**
5. **Check-Up**
Check-Up Preventivo Anual em rede referenciada sem necessidade de solicitação médica, exclusivamente para o Beneficiário Titular com idade igual ou superior a 29 (vinte e nove) anos, sendo um por ano de vigência do contrato.
6. **Vacinas**
Vacinas do calendário oficial do Ministério da Saúde, exclusivamente na rede referenciada indicada;
7. **Consulta ao Viajante**
Consulta médica preventiva exclusivamente na rede credenciada indicada, realizada com antecedência a viagem, na qual o Beneficiário recebe orientações dos cuidados que deve ter em relação a sua saúde de acordo com o seu perfil, condições climáticas e riscos expostos no Estado ou País de destino.

Caderno de Benefícios Adicionais

Os Benefícios abaixo relacionados serão prestados por meio de Empresas Prestadoras de Serviços contratadas pela SulAmérica Saúde, as quais deverão cumprir todas as obrigações contidas a seguir.

Por tratar-se de Benefícios, a SulAmérica reserva-se o direito de substituir as empresas contratadas bem como alterar os serviços a qualquer tempo, sem prévio aviso ao Contratante.

Os Benefícios adicionais não são uma obrigatoriedade contratual, sendo uma concessão da SulAmérica Saúde e, por este motivo, poderão ser cancelados a qualquer tempo, garantindo-se ao Contratante o aviso prévio com 30 (trinta) dias de antecedência.

1. Aconselhamento Médico Telefônico

Profissionais da área da saúde à disposição do beneficiário 24 (vinte e quatro) horas por dia, para orientação ao beneficiário por telefone sobre a melhor providência a ser tomada em situações de urgência e emergência, esclarecimento de dúvidas sobre dosagens de medicamentos, interpretação de exames, orientação sobre a especialidade médica a ser consultada de acordo com a necessidade do beneficiário, entre outros.

2. Emergência Médica Domiciliar

Nos casos de urgência e emergência, identificados durante o Aconselhamento Médico Telefônico, poderá ser disponibilizado o atendimento no domicílio do beneficiário, e se necessário for, a sua remoção por via terrestre até o hospital da rede referenciada. Este benefício está disponível nas capitais dos estados de São Paulo e Rio de Janeiro e poderão ser alterados a qualquer tempo, sem aviso prévio, pois podem variar de acordo com a Empresa Prestadora dos Serviços na ocasião da solicitação.

- a) Caso seja necessária a remoção do beneficiário para um hospital ou centro médico, a central de Emergências Médicas 24 horas, em conjunto com os médicos responsáveis pelo atendimento, decidirão qual hospital da rede prestará o atendimento, respeitando as condições estabelecidas no contrato de seguro.
- b) Caso o beneficiário opte pela utilização de um hospital não referenciado, os gastos com o atendimento hospitalar serão de responsabilidade do beneficiário, podendo posteriormente solicitar o reembolso, respeitando as condições estabelecidas no contrato de seguro.
- c) Os atendimentos hospitalares decorrentes da remoção obedecem às condições contratuais, inclusive quanto aos prazos de carências e cobertura parcial temporária – CPT, quando houver.

O telefone para solicitação dos serviços acima, consta no Guia Prático do Beneficiário.

Os serviços estão excluídos nas seguintes situações:

- a) **Atendimentos em caso de conflitos, calamidade pública, comoções internas, guerras, revoluções, epidemias, envenenamento coletivo ou qualquer outra causa que atinja maciçamente a população, inclusive decorrentes de radiação e/ou emanações nucleares ou ionizantes;**
- b) **Na manutenção dos pacientes portadores de doenças crônicas em tratamento ambulatorial, tais como fisioterapia, hemodiálise, exames subsidiários e consultas;**
- c) **Distúrbios neuro-vegetativos;**
- d) **Pacientes crônicos em tratamento continuado, sem agudização do processo.**

3. Motorista Amigo da Saúde

Motorista para retorno do beneficiário ao seu domicílio em situações em que o mesmo esteja sem condições de dirigir, limitado a 2 (duas) solicitações por ano de vigência do seguro. O serviço será prestado nos municípios do Rio de Janeiro e São Paulo.

4. Remoção Especial

Ambulância simples para remoção do beneficiário quando este não estiver em condições de saúde para utilizar transporte comum e necessitar realizar exame / consulta, limitado a 2 (duas) utilizações por ano de vigência do seguro. O serviço será prestado nos municípios do Rio de Janeiro e de São Paulo.

5. Serviços de Courier

Serviço de retirada de documentos para solicitação de reembolso limitado a 24 (vinte e quatro) utilizações por ano de vigência do seguro, nos municípios do Rio de Janeiro e São Paulo.

6. Coleta Domiciliar de Exames

Uso exclusivo na rede referenciada, nos Municípios do Rio de Janeiro e São Paulo.

7. Concierge

Consiste em atendimento telefônico 24 (vinte e quatro) horas para informações e indicações de prestadores de serviços para os beneficiários. Na impossibilidade de fornecimento da informação solicitada, por motivo de força maior ou por necessidade de pesquisa específica, o beneficiário será orientado a deixar um telefone de contato, para que a Central de Informações possa retornar com as informações solicitadas. O tempo de resposta será informado ao beneficiário e dependerá do tipo de pesquisa a ser efetuada.

Para os serviços que envolvem custos, estes correrão por conta exclusiva do beneficiário.

Os serviços disponibilizados são:

- a) **Assistência para viagens**

- Indicação de Hotel;
- Orientações sobre viagem com pet;
- Indicação de agências e/ou operadoras de viagens;
- Indicação de Sala Vip em aeroportos;
- Indicações sobre documentações, passaportes, requisitos de vistos, vistos de entradas, vacinas;
- Endereços e números de telefones de Embaixadas e Consulados Brasileiros

b) Informações de Eventos

- Informações sobre horários e ingressos para ópera, balé, teatros, concertos, museus, shows e outras atividades culturais;
- Informações sobre eventos esportivos;
- Informações sobre parques e locais para a prática de esportes;
- Indicações sobre bares e restaurantes locais;
- Informações sobre shows e eventos na região;
- Informações sobre passeios turísticos na região;
- Informações sobre meios de locomoção (taxi, ônibus, metrô, etc)

c) Indicação de Locadoras de:

- Veículos de passeio, luxo, esportivos, especiais e limousines;
- Imóveis de temporada, flats, castelos, ilhas;
- Helicópteros, embarcações, aviões

d) Indicação para compras e envio de presentes:

- Envio de flores, balões, cestas;
- Envio de bebidas finas, caixas de chocolate;
- Presentes tradicionais e originais;
- Envio de serenata, serestas;
- Telegrama animado, tele-mensagens, chuvas de pétalas.

e) Welcome Home

- Indicação de empresas de locação de utensílios de apoio a pacientes: camas especiais, cadeiras de rodas, etc.

f) Indicação de Médicos Especialistas, quando em viagem ao exterior.

8. Seguro Viagem

A Sul América Companhia de Seguro Saúde também disponibiliza, como benefício adicional aos seus Segurados, o Seguro Viagem Individual que é garantido por Seguradora regulada pela SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, e pago integralmente pela Sul América Companhia de Seguro Saúde.

8.1 O Seguro Viagem tem por objetivo garantir ao Segurado ou ao(s) seu(s) Dependente(s), conforme o caso, o pagamento de Indenização em decorrência de Evento Coberto ocorrido durante o Período de Cobertura, ou ainda a prestação de serviços observadas as condições e exclusões previstas no Guia do Segurado emitida por ocasião da apólice.

8.2 Abaixo breve descrição acerca do Seguro Viagem Individual. As coberturas, riscos excluídos, e demais características constam no Guia do Segurado que está disponível no Portal SulAmérica Saúde, que contém informações de forma clara e prática para consulta dos Segurados.

8.3 Coberturas Garantidas

A seguir estão relacionados todas as coberturas garantidas em viagens nacional para todos os planos e internacional somente para os planos indicados na cláusula de características essenciais dos planos destas Condições Gerais, bem como a quantidade máxima de dias liberados por viagem internacional.

8.3.1 As coberturas garantidas para viagens nacionais são:

- a) Traslado médico;
- b) Acompanhante em caso de hospitalização prolongada;
- c) Hospedagem de acompanhante;
- d) Interrupção de viagem;
- e) Prorrogação de estadia;
- f) Retorno do segurado;
- g) Retorno de acompanhantes;
- h) Traslado de corpo.

8.3.2 As coberturas garantidas para viagens internacionais são:

- a) Despesas médicas, hospitalares e odontológicas;
- b) Acompanhante em caso de hospitalização prolongada;
- c) Despesas farmacêuticas;
- d) Despesas Jurídicas;
- e) Funeral;
- f) Hospedagem de acompanhante;
- g) Interrupção de viagem
- h) Prorrogação de estadia;
- i) Retorno de acompanhantes;

- j) Retorno de menores;
- k) Retorno do segurado;
- l) Regresso sanitário
- m) Traslado de corpo;
- n) Traslado médico

8.3.3 As descrições de cada cobertura, exclusões e seus limites estão especificados no Guia do Segurado do Seguro Viagem Individual enviado aos Segurados por ocasião da emissão da apólice.

8.4 Poderão ser oferecidos os demais serviços:

a) Localização de Bagagem:

No caso de extravio de bagagem do Segurado, regularmente despachada em voos nacionais regulares, a Empresa Prestadora de Serviço poderá auxiliar na localização junto à Companhia Aérea responsável pelo transporte.

Para tanto, é necessário que o Segurado, assim que tomar ciência do extravio de sua bagagem e antes de deixar o aeroporto, comunique o extravio à Companhia Aérea responsável, oficializando sua reclamação através de formulário próprio (P.I.R. – Property Irregularity Report).

b) Transmissão de Mensagens Urgentes:

Caso o Segurado esteja impossibilitado de entrar em contato diretamente com sua família por motivo de acidente ou doença e tenha de transmitir mensagem de caráter urgente, a Empresa Prestadora de Serviços encarregar-se-á desta pelo meio mais adequado.

c) Orientação em Caso de Perda de Documentos:

No caso de perda ou roubo de documentos indispensáveis do Segurado ao prosseguimento da viagem, a Empresa Prestadora de Serviços prestará toda a orientação e ajuda necessária, junto às embaixadas ou órgãos competentes, para obtenção de passaporte ou outras medidas a serem tomadas.

8.4.1 Os serviços poderão variar de acordo com a viagem, e quando ofertados constarão descritos na apólice emitida.

8.5 Nas viagens internacionais, a apólice deverá ser solicitada com 10 (dez) dias de antecedência da data do embarque e só poderá ser emitida pelo Segurado no Brasil, antes do início de sua viagem ao exterior, e o Segurado deverá entrar em contato com a Central de Serviços SulAmérica. O número do telefone consta no verso do cartão de identificação.

8.6 O quadro de garantias, no qual consta o valor limite de cobertura para cada item constante nas cláusulas 8.3.1 e 8.3.2, consta na apólice do Seguro Viagem Individual, emitida por ocasião da solicitação do segurado.

Características Essenciais Planos sem coparticipação

SulAmérica Serviços de Saúde S.A
 Registro na ANS nº 416428

Exato Quarto Coletivo sem Coparticipação

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde Empresarial

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

Este documento é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Plano de Saúde, firmado com o Contratante indicado na proposta de plano por ocasião da contratação e ratifica as características essenciais do plano contratado.

1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS : Exato Administrado Trad.10 AHO QC

Acomodação Hospitalar: Quarto Coletivo

Número do Registro na ANS: 465439111

2. Reembolso

2.1 Tabela de Múltiplos de Reembolso

Beneficiário não Internado		Beneficiário Internado		
Consultas	Exames/Terapias e Demais Procedimentos Ambulatoriais	Honorários Médicos	Diárias / Despesas Hospitalares	SADT*
1,8	0,6	0,6	0,6	0,6

* SADT = Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia

3. Rede Credenciada

A Rede Credenciada está definida de acordo com o plano Exato na acomodação quarto coletivo e disponível no território nacional.

4. Coberturas Adicionais

Será garantida aos beneficiários do SulAmérica Saúde plano Exato a cobertura para os itens a seguir conforme descrito na Cláusula de Coberturas Adicionais que é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Plano de Saúde.

- 4.1 **Terapias** - cláusula 1 do Termo de Coberturas Adicionais.
- 4.2 **Transplantes de órgãos** - cláusula 2 do Termo de Coberturas Adicionais.
5. **Benefícios Adicionais**
 - 5.1 **Seguro Viagem Nacional, desde que contratado, e indicado na Proposta Comercial do Plano, que é parte integrante destas Condições Gerais. Os benefícios estão descritos no Caderno de Benefícios Adicionais Seguro Viagem.**
6. Permanecem válidas as demais condições estabelecidas nas Condições Gerais.

SulAmérica Serviços de Saúde S.A
 Registro na ANS nº 416428

Exato Apartamento sem Coparticipação

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde Empresarial

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

Este documento é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Plano de Saúde, firmado com o Contratante indicado na proposta de plano por ocasião da contratação e ratifica as características essenciais do plano contratado.

1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS : Exato Administrado Trad.10 AHO QP

Acomodação Hospitalar: Apartamento

Número do Registro na ANS: 465440114

2. Tabela de Múltiplos de Reembolso

Beneficiário não Internado		Beneficiário Internado		
Consultas	Exames/Terapias e Demais Procedimentos Ambulatoriais	Honorários Médicos	Diárias / Despesas Hospitalares	SADT*
1,8	0,6	1,2	0,6	0,6

* SADT = Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia

3. Rede Credenciada

A Rede Credenciada está definida de acordo com o plano Exato na acomodação apartamento e disponível no território nacional.

4. Coberturas Adicionais

Será garantida aos beneficiários do SulAmérica Saúde plano Exato a cobertura para os itens a seguir conforme descrito na Cláusula de Coberturas Adicionais que é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Plano de Saúde.

4.1 Terapias - cláusula 1 do Termo de Coberturas Adicionais.

4.2 Transplantes de órgãos - cláusula 2 do Termo de Coberturas Adicionais.

5. Benefícios Adicionais

5.1 Seguro Viagem Nacional, desde que contratado, e indicado na Proposta Comercial do Plano, que é parte integrante destas Condições Gerais. Os benefícios estão descritos no Caderno de Benefícios Adicionais Seguro Viagem.

6. Permanecem válidas as demais condições estabelecidas nas Condições Gerais.

SulAmérica Serviços de Saúde S.A
 Registro na ANS nº 416428

Clássico Quarto Coletivo sem Coparticipação

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde Empresarial

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

Este documento é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Plano de Saúde, firmado com o Contratante indicado na proposta de plano por ocasião da contratação e ratifica as características essenciais do plano contratado.

1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS : Clássico/Básico 10 Administrado Trad.10 AHO QC

Acomodação Hospitalar: Quarto Coletivo

Número do Registro na ANS: 466414121

2. Reembolso

2.1 Tabela de Múltiplos de Reembolso

Beneficiário não Internado		Beneficiário Internado		
Consultas	Exames/Terapias e Demais Procedimentos Ambulatoriais	Honorários Médicos	Diárias / Despesas Hospitalares	SADT*
2,3	0,6	0,6	0,6	0,6

* SADT = Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia

2.2 Será garantido aos Beneficiários do SulAmérica Saúde plano Clássico o reembolso das despesas médicas e hospitalares cobertas, realizadas no exterior, de acordo com o plano contratado e a Tabela SulAmérica Saúde, limitado aos custos médios praticados pelos hospitais constantes na rede credenciada do plano Clássico Quarto Coletivo .

2.2.1 O reembolso das despesas médicas hospitalares, comprovadamente pagas, realizadas no Exterior, será feito em moeda corrente nacional. Para a conversão será utilizada a taxa de câmbio oficial de venda, vigente na data da quitação do atendimento realizado.

3. Rede Credenciada

A Rede Credenciada está definida de acordo com o plano Clássico na acomodação quarto coletivo e disponível no território nacional.

4. Coberturas Adicionais

Será garantida aos beneficiários do SulAmérica Saúde plano Básico 10 a cobertura para os itens a seguir conforme descrito no Termo de Coberturas Adicionais que é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Plano de Saúde.

4.1 Terapias - cláusula 1 do Termo de Coberturas Adicionais.

4.2 Transplantes de órgãos - cláusula 2 do Termo de Coberturas Adicionais.

5. Benefícios Adicionais

5.1 Seguro Viagem Nacional, desde que contratado, e indicado na Proposta Comercial do Plano, que é parte integrante destas Condições Gerais. Os benefícios estão descritos no Caderno de Benefícios Adicionais Seguro Viagem.

6. Permanecem válidas as demais condições estabelecidas nas Condições Gerais.

SulAmérica Serviços de Saúde S.A
 Registro na ANS nº 416428

Clássico Apartamento sem Coparticipação

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde Empresarial

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

Este documento é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Plano de Saúde, firmado com o Contratante indicado na proposta de plano por ocasião da contratação e ratifica as características essenciais do plano contratado.

1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS : Clássico Administrado Trad.10 AHO QP
 Acomodação Hospitalar: Apartamento
 Número do Registro na ANS: 466412124

2. Reembolso

2.1 Tabela de Múltiplos de Reembolso

Beneficiário não Internado		Beneficiário Internado		
Consultas	Exames/Terapias e Demais Procedimentos Ambulatoriais	Honorários Médicos	Diárias / Despesas Hospitalares	SADT*
2,3	0,6	1,2	0,6	0,6

* SADT = Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia

2.2 Será garantido aos Beneficiários do SulAmérica Saúde plano Clássico o reembolso das despesas médicas e hospitalares cobertas, realizadas no exterior, de acordo com o plano contratado e a Tabela SulAmérica Saúde, limitado aos custos médios praticados pelos hospitais constantes na Rede Credenciada do plano Clássico Apartamento contratado.

2.2.1 O reembolso das despesas médicas hospitalares, comprovadamente pagas, realizadas no Exterior, será feito em moeda corrente nacional. Para a conversão será utilizada a taxa de câmbio oficial de venda, vigente na data da quitação do atendimento realizado.

3. Rede Credenciada

A Rede Credenciada está definida de acordo com o plano Clássico na acomodação apartamento e disponível no território nacional.

4. Coberturas Adicionais

Será garantida aos beneficiários do SulAmérica Saúde plano Clássico a cobertura para os itens a seguir conforme descrito na Cláusula de Coberturas Adicionais que é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Plano de Saúde.

4.1 Terapias - cláusula 1 do Termo de Coberturas Adicionais.

4.2 Transplantes de órgãos - cláusula 2 do Termo de Coberturas Adicionais.

5. Benefícios Adicionais

5.1 Seguro Viagem Nacional, desde que contratado, e indicado na Proposta Comercial do Plano, que é parte integrante destas Condições Gerais. Os benefícios estão descritos no Caderno de Benefícios Adicionais Seguro Viagem.

6. Permanecem válidas as demais condições estabelecidas nas Condições Gerais.

SulAmérica Serviços de Saúde S.A
 Registro na ANS nº 416428

Especial 100 sem Coparticipação

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde Empresarial

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

Este documento é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Plano de Saúde, firmado com o Contratante indicado na proposta de plano por ocasião da contratação e ratifica as características essenciais do plano contratado.

1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS : Especial 100 Administrado Trad.10 AHO QP
 Acomodação Hospitalar: Apartamento
 Número do Registro na ANS: 466411126

2. Reembolso

2.1 Tabela de Múltiplos de Reembolso

Opções de Reembolso	Segurado não Internado		Segurado Internado		
	Consultas Médicas	Diagnose/Terapia e Demais Procedimentos Ambulatoriais	Honorários Médicos	Diárias e Despesas Hospitalares	SADT*
R1	3,4	1,0	2,0	1,0	1,0
R2	4,7	1,0	3,6	1,0	1,0
R3	6,7	3,0	5,3	1,0	3,0

* SADT = Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia

2.1.1 O Contratante poderá escolher uma das opções de reembolso disponíveis acima no momento da contratação, e deverá assinalar na proposta de plano.

2.1.2 A opção do reembolso definida para o Beneficiário titular, será a mesma para os Beneficiários dependentes.

2.2 Será garantido aos Beneficiários do SulAmérica Saúde plano Especial 100 o reembolso das despesas médicas e hospitalares cobertas, realizadas no exterior, de acordo com o plano contratado e a Tabela SulAmérica Saúde, limitado aos

custos médios praticados pelos hospitais constantes na rede credenciada ao plano contratado.

2.2.1 O reembolso das despesas médicas hospitalares, comprovadamente pagas, realizadas no Exterior, será feito em moeda corrente nacional. Para a conversão será utilizada a taxa de câmbio oficial de venda, vigente na data da quitação do atendimento realizado.

3. Rede Credenciada

A Rede Credenciada está definida de acordo com o plano Especial 100 na acomodação apartamento e disponível no território nacional.

4. Coberturas Adicionais

Será garantida aos beneficiários do SulAmérica Saúde plano Especial 100 a cobertura para os itens a seguir conforme descrito na Cláusula de Coberturas Adicionais que é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Plano de Saúde.

4.1 Terapias - cláusula 1 do Termo de Coberturas Adicionais.

4.2 Transplantes de órgãos - cláusula 2 do Termo de Coberturas Adicionais.

5. Benefícios Adicionais

5.1 Seguro Viagem Nacional, desde que contratado, e indicado na Proposta Comercial do Plano, que é parte integrante destas Condições Gerais. Os benefícios estão descritos no Caderno de Benefícios Adicionais Seguro Viagem.

5.2 Seguro Viagem Internacional, desde que contratado, e indicado na Proposta Comercial do Plano, que é parte integrante destas Condições Gerais. Os benefícios estão descritos no Caderno de Benefícios Adicionais Seguro Viagem.

5.2.1 A quantidade máxima de dias cobertos por viagem é de 45 (quarenta e cinco) dias.

6. Permanecem válidas as demais condições estabelecidas nas Condições Gerais.

SulAmérica Serviços de Saúde S.A
 Registro na ANS nº 416428

Executivo sem Coparticipação

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde Empresarial

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

Este documento é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Plano de Saúde, firmado com o Contratante indicado na proposta de plano por ocasião da contratação e ratifica as características essenciais do plano contratado.

1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS : Executivo Administrado Trad.10 AHO QP

Acomodação Hospitalar: Apartamento

Número do Registro na ANS: 466410128

2. Reembolso

2.1 Tabela de Múltiplos de Reembolso

Opções de Reembolso	Segurado não Internado		Segurado Internado		
	Consultas Médicas	Diagnose/Terapia e Demais Procedimentos Ambulatoriais	Honorários Médicos	Diárias e Despesas Hospitalares	SADT*
R1	7,5	3,0	5,3	4,0	3,0
R2	9,5	3,0	10,6	4,0	3,0
R3	12,7	4,0	12,7	4,0	4,0

* SADT = Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia

2.1.1 O Contratante poderá escolher uma das opções de reembolso disponíveis acima no momento da contratação, e deverá assinalar na proposta de plano.

2.1.2 A opção do reembolso definida para o Beneficiário titular, será a mesma para os Beneficiários dependentes.

2.2 Será garantido aos Beneficiários do SulAmérica Saúde plano Executivo o reembolso das despesas médicas e hospitalares cobertas, realizadas no exterior, de acordo com o plano contratado e a Tabela SulAmérica Saúde, limitado aos custos médios praticados pelos hospitais constantes na rede credenciada ao plano contratado.

2.2.1 O reembolso das despesas médicas hospitalares, comprovadamente pagas, realizadas no Exterior, será feito em moeda corrente nacional. Para a conversão será utilizada a taxa de câmbio oficial de venda, vigente na data da quitação do atendimento realizado.

3. Rede Credenciada

A Rede Credenciada está definida de acordo com o plano Executivo na acomodação apartamento e disponível no território nacional.

4. Coberturas Adicionais

Será garantida aos beneficiários do SulAmérica Saúde plano Executivo a cobertura para os itens a seguir conforme descrito na Cláusula de Coberturas Adicionais que é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Plano de Saúde.

4.1 Terapias - cláusula 1 do Termo de Coberturas Adicionais.

4.2 Transplantes de órgãos - cláusula 2 do de Coberturas Adicionais.

5. Benefícios Adicionais

5.1 Seguro Viagem Nacional, desde que contratado, e indicado na Proposta Comercial do Plano, que é parte integrante destas Condições Gerais. Os benefícios estão descritos no Caderno de Benefícios Seguro Viagem.

5.2 Seguro Viagem Internacional, desde que contratado, e indicado na Proposta Comercial do Plano, que é parte integrante destas Condições Gerais. Os benefícios estão descritos no Caderno de Benefícios Adicionais Seguro Viagem.

5.2.1 A quantidade máxima de dias cobertos por viagem é de 45 (quarenta e cinco) dias.

6. Benefício Opcional

6.1 Check-Up

Check-Up Preventivo Anual em rede credenciada sem necessidade de solicitação médica, exclusivamente para o Beneficiário Titular com idade igual ou superior a 29 (vinte e nove) anos, sendo um por ano de vigência do Beneficiário, desde que contratado e indicado na Proposta de Plano que é parte integrante destas Condições Gerais.

7. Permanecem válidas as demais condições estabelecidas nas Condições Gerais.

SulAmérica Serviços de Saúde S.A
 Registro na ANS nº 416428

Prestige sem Coparticipação

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde Empresarial

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

Este documento é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Plano de Saúde, firmado com o Contratante indicado na proposta de plano por ocasião da contratação e ratifica as características essenciais do plano contratado.

1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS : Prestige Administrado Trad.10 AHO QP
 Acomodação Hospitalar: Apartamento
 Número do Registro na ANS: 468719131

2. Reembolso

2.1 Tabela de Múltiplos de Reembolso

Beneficiário não Internado		Beneficiário Internado		
Consultas	Exames/Terapias e Demais Procedimentos Ambulatoriais	Honorários Médicos	Diárias / Despesas Hospitalares	SADT*
18,0	5,0	15,0	15,0	5,0

* SADT = Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia

2.2 Será garantido aos Beneficiários do SulAmérica Saúde plano Prestige o reembolso das despesas médicas e hospitalares cobertas, realizadas no exterior, de acordo com o plano contratado e a Tabela SulAmérica Saúde, limitado aos custos médios praticados pelos hospitais constantes na rede credenciada do plano Prestige.

2.2.1 O reembolso das despesas médicas hospitalares, comprovadamente pagas, realizadas no Exterior, será feito em moeda corrente nacional. Para a conversão será utilizada a taxa de câmbio oficial de venda, vigente na data da quitação do atendimento realizado.

3. Rede Credenciada

A Rede Credenciada está definida de acordo com o plano Prestige na acomodação apartamento e disponível no território nacional.

4. Coberturas Adicionais

Será garantida aos beneficiários do SulAmérica Saúde plano Prestige a cobertura para os itens a seguir conforme descrito no Termo de Coberturas Adicionais que é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Plano de Saúde.

4.1 Terapias (Psicomotricidade, Fonoaudiologia e Escleroterapia - sem limite de sessão) - cláusula 1 do Termo de Coberturas Adicionais.

4.2 Transplantes de órgãos - cláusula 2 do Termo de Coberturas Adicionais.

4.3 Consulta e Fisioterapia domiciliar exclusivamente por reembolso nos limites do plano - cláusula 3 do Termo de Coberturas Adicionais.

4.4 Cirurgia Refrativa sem limite de grau - cláusula 4 do Termo de Coberturas Adicionais.

4.5 Check-Up - cláusula 5 do Termo de Coberturas Adicionais.

4.6 Vacinas - cláusula 6 do Termo de Coberturas Adicionais.

4.7 Consulta ao Viajante - cláusula 7 do Termo de Coberturas Adicionais.

5. Carências

Além das carências descritas na cláusula 18, ficam acrescentadas as coberturas adicionais e suas respectivas carências conforme abaixo:

a) **Grupo de carência 1:**
15 (quinze) dias da data de vigência do beneficiário para vacinas.

b) **Grupo de carência 2:**
180 (cento e oitenta) dias da data de vigência do beneficiário titular para check-up

6. Benefícios Adicionais

Os Benefícios abaixo relacionados serão prestados por meio de Empresas Prestadoras de Serviços contratadas pela SulAmérica Saúde, as quais deverão cumprir todas as obrigações contidas a seguir.

Por tratar-se de Benefícios, a SulAmérica reserva-se o direito de substituir as empresas contratadas bem como alterar os serviços a qualquer tempo, sem prévio aviso ao Contratante.

Os Benefícios adicionais não são uma obrigatoriedade contratual, sendo uma concessão da SulAmérica Saúde e, por este motivo, poderão ser cancelados a qualquer tempo, garantindo-se ao Contratante o aviso prévio com 30 (trinta) dias de antecedência.

6.1 Aconselhamento Médico Telefônico

Profissionais da área da saúde à disposição do segurado 24 (vinte e quatro) horas por dia, para orientação ao segurado por telefone sobre a melhor providência a ser tomada em situações de urgência e emergência, esclarecimento de dúvidas sobre dosagens de medicamentos, interpretação de exames, orientação sobre a especialidade médica a ser consultada de acordo com a necessidade do segurado, entre outros.

6.2 Emergência Médica Domiciliar

Nos casos de urgência e emergência, identificados durante o Aconselhamento Médico Telefônico, poderá ser disponibilizado o atendimento no domicílio do segurado, e se necessário for, a sua remoção por via terrestre até o hospital da rede referenciada. Este benefício está disponível nas capitais dos estados de São Paulo e Rio de Janeiro e poderão ser alterados a qualquer tempo, sem aviso prévio, pois podem variar de acordo com a Empresa Prestadora dos Serviços na ocasião da solicitação.

- a) Caso seja necessária a remoção do segurado para um hospital ou centro médico, a central de Emergências Médicas 24 horas, em conjunto com os médicos responsáveis pelo atendimento, decidirão qual hospital da rede prestará o atendimento, respeitando as condições estabelecidas no contrato de seguro.
- b) Caso o segurado opte pela utilização de um hospital não referenciado, os gastos com o atendimento hospitalar serão de responsabilidade do segurado, podendo posteriormente solicitar o reembolso, respeitando as condições estabelecidas no contrato de seguro.
- c) Os atendimentos hospitalares decorrentes da remoção obedecem às condições contratuais, inclusive quanto aos prazos de carências e cobertura parcial temporária – CPT, quando houver.

O telefone para solicitação dos serviços acima, consta no Guia Prático do Segurado.

Os serviços estão excluídos nas seguintes situações:

- a) **Atendimentos em caso de conflitos, calamidade pública, comoções internas, guerras, revoluções, epidemias, envenenamento coletivo ou qualquer outra causa que atinja maciçamente a população, inclusive decorrentes de radiação e/ou emanações nucleares ou ionizantes;**
- b) **Na manutenção dos pacientes portadores de doenças crônicas em tratamento ambulatorial, tais como fisioterapia, hemodiálise, exames subsidiários e consultas;**

c) **Distúrbios neuro-vegetativos;**

d) **Pacientes crônicos em tratamento continuado, sem agudização do processo.**

6.3 Motorista Amigo da Saúde

Motorista para retorno do Beneficiário ao seu domicílio em situações em que o mesmo esteja sem condições de dirigir, limitado a 2 (duas) solicitações por ano de vigência do plano. O serviço será prestado nos municípios do Rio de Janeiro e São Paulo.

6.4 Remoção Especial

Ambulância simples para remoção do Beneficiário quando este não estiver em condições de saúde para utilizar transporte comum e necessitar realizar exame / consulta, limitado a 2 (duas) utilizações por ano de vigência do plano. O serviço será prestado nos municípios do Rio de Janeiro e de São Paulo.

6.5 Serviços de Courier

Serviço de retirada de documentos para solicitação de reembolso limitado a 24 (vinte e quatro) utilizações por ano de vigência do plano, nos municípios do Rio de Janeiro e São Paulo.

6.6 Coleta Domiciliar de Exames

Uso exclusivo na Rede Credenciada, nos Municípios do Rio de Janeiro e São Paulo.

6.7 Concierge

Consiste em atendimento telefônico 24 (vinte e quatro) horas para informações e indicações de prestadores de serviços para os Beneficiários.

Na impossibilidade de fornecimento da informação solicitada, por motivo de força maior ou por necessidade de pesquisa específica, o Beneficiário será orientado a deixar um telefone de contato, para que a Central de Informações possa retornar com as informações solicitadas. O tempo de resposta será informado ao Beneficiário e dependerá do tipo de pesquisa a ser efetuada.

Para os serviços que envolvem custos, estes correrão por conta exclusiva do Beneficiário.

Os serviços disponibilizados são:

a) Assistência para viagens

- Indicação de Hotel;
- Orientações sobre viagem com pet;
- Indicação de agências e/ou operadoras de viagens;
- Indicação de Sala Vip em aeroportos;
- Indicações sobre documentações, passaportes, requisitos de vistos, vistos de entradas, vacinas;

- Endereços e números de telefones de Embaixadas e Consulados Brasileiros

b) Informações de Eventos

- Informações sobre horários e ingressos para ópera, balé, teatros, concertos, museus, shows e outras atividades culturais;
- Informações sobre eventos esportivos;
- Informações sobre parques e locais para a prática de esportes;
- Indicações sobre bares e restaurantes locais;
- Informações sobre shows e eventos na região;
- Informações sobre passeios turísticos na região;
- Informações sobre meios de locomoção (taxi, ônibus, metrô, etc)

c) Indicação de Locadoras de:

- Veículos de passeio, luxo, esportivos, especiais e limousines;
- Imóveis de temporada, flats, castelos, ilhas;
- Helicópteros, embarcações, aviões

d) Indicação para compras e envio de presentes:

- Envio de flores, balões, cestas;
- Envio de bebidas finas, caixas de chocolate;
- Presentes tradicionais e originais;
- Envio de serenata, serestas;
- Telegrama animado, tele-mensagens, chuvas de pétalas.

e) Welcome Home

- Indicação de empresas de locação de utensílios de apoio a pacientes: camas especiais, cadeiras de rodas, etc.

f) Indicação de Médicos Especialistas, quando em viagem ao exterior.

6.8 Seguro Viagem Nacional - item 1.7.1 do Caderno de Benefícios Adicionais Seguro Viagem

6.9 Seguro Viagem Internacional - item 1.7.2 do Caderno de Benefícios Adicionais Seguro Viagem.

6.9.1 A quantidade máxima de dias cobertos por viagem é de 120 (cento e vinte) dias.

7. Permanecem válidas as demais condições estabelecidas nas Condições Gerais.

Características Essenciais Planos com coparticipação

SulAmérica Serviços de Saúde S.A
 Registro na ANS nº 416428

Exato Quarto Coletivo com coparticipação

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde Empresarial

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

Este documento é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Plano de Saúde, firmado com o Contratante indicado na proposta de plano por ocasião da contratação e ratifica as características essenciais do plano contratado.

1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS : Exato Administrado Trad.10 AHO QC COP
 Acomodação Hospitalar: Quarto Coletivo
 Número do Registro na ANS: 468720135

2. Reembolso

2.1 Tabela de Múltiplos de Reembolso

Beneficiário não Internado		Beneficiário Internado		
Consultas	Exames/Terapias e Demais Procedimentos Ambulatoriais	Honorários Médicos	Diárias / Despesas Hospitalares	SADT*
1,8	0,6	0,6	0,6	0,6

* SADT = Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia

3. Rede Credenciada

A Rede Credenciada está definida de acordo com o plano Exato na acomodação quarto coletivo e disponível no território nacional.

4. Coberturas Adicionais

Será garantida aos Beneficiários do SulAmérica Saúde plano Exato a cobertura para os itens a seguir conforme descrito no Termo de Coberturas Adicionais que é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Plano de Saúde.

- 4.1 **Terapias** - cláusula 1 do Termo de Coberturas Adicionais.
- 4.2 **Transplantes de órgãos** - cláusula 2 do Termo de Coberturas Adicionais.
5. **Benefícios Adicionais**
 - 5.1 **Seguro Viagem Nacional, desde que contratado, e indicado na Proposta Comercial do Plano, que é parte integrante destas Condições Gerais. Os benefícios estão descritos no Caderno de Benefícios Adicionais Seguro Viagem.**
6. **Coparticipação**

Haverá coparticipação financeira do Beneficiário na realização de procedimentos cobertos conforme descrito no item 25 das Condições Gerais do Plano. Os percentuais de coparticipação serão indicados na proposta de plano.
7. Permanecem válidas as demais condições estabelecidas nas Condições Gerais.

SulAmérica Serviços de Saúde S.A
 Registro na ANS nº 416428

Exato Apartamento com coparticipação

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde Empresarial

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

Este documento é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Plano de Saúde, firmado com o Contratante indicado na proposta de plano por ocasião da contratação e ratifica as características essenciais do plano contratado.

1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS : Exato Administrado Trad.10 AHO QP COP
 Acomodação Hospitalar: Apartamento
 Número do Registro na ANS: 466418123

2. Tabela de Múltiplos de Reembolso

Beneficiário não Internado		Beneficiário Internado		
Consultas	Exames/Terapias e Demais Procedimentos Ambulatoriais	Honorários Médicos	Diárias / Despesas Hospitalares	SADT*
1,8	0,6	1,2	0,6	0,6

* SADT = Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia

3. Rede Credenciada

A Rede Credenciada está definida de acordo com o plano Exato na acomodação apartamento e disponível no território nacional.

4. Coberturas Adicionais

Será garantida aos Beneficiários do SulAmérica Saúde plano Exato a cobertura para os itens a seguir conforme descrito no Termo de Coberturas Adicionais que é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Plano de Saúde.

- 4.1 **Terapias** - cláusula 1 do Termo de Coberturas Adicionais.
- 4.2 **Transplantes de órgãos** - cláusula 2 do Termo de Coberturas Adicionais.
5. **Benefícios Adicionais**
 - 5.1 **Seguro Viagem Nacional, desde que contratado, e indicado na Proposta Comercial do Plano, que é parte integrante destas Condições Gerais. Os benefícios estão descritos no Caderno de Benefícios Adicionais Seguro Viagem.**
6. **Coparticipação**

Haverá coparticipação financeira do Beneficiário na realização de procedimentos cobertos conforme descrito no item 25 das Condições Gerais do Plano.
Os percentuais de coparticipação serão indicados na proposta de plano.
7. Permanecem válidas as demais condições estabelecidas nas Condições Gerais.

SulAmérica Serviços de Saúde S.A
Registro na ANS nº 416428

Clássico Quarto Coletivo com coparticipação

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde Empresarial

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

Este documento é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Plano de Saúde, firmado com o Contratante indicado na proposta de plano por ocasião da contratação.

1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS : Clássico/Básico 10 Administrado Trad.10 AHO QC COP

Acomodação Hospitalar: Quarto Coletivo

Número do Registro na ANS: 466417125

2. Reembolso

2.1 Tabela de Múltiplos de Reembolso

Beneficiário não Internado		Beneficiário Internado		
Consultas	Exames/Terapias e Demais Procedimentos Ambulatoriais	Honorários Médicos	Diárias / Despesas Hospitalares	SADT*
2,3	0,6	0,6	0,6	0,6

* SADT = Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia

2.2 Será garantido aos Beneficiários do SulAmérica Saúde plano Clássico o reembolso das despesas médicas e hospitalares cobertas, realizadas no exterior, de acordo com o plano contratado e a Tabela SulAmérica Saúde, limitado aos custos médios praticados pelos hospitais constantes na Rede Credenciada ao plano contratado.

2.2.1 O reembolso das despesas médicas hospitalares, comprovadamente pagas, realizadas no Exterior, será feito em moeda corrente nacional. Para a conversão será utilizada a taxa de câmbio oficial de venda, vigente na data da quitação do atendimento realizado.

3. Rede Credenciada

A Rede Credenciada está definida de acordo com o plano Clássico na acomodação quarto coletivo e disponível no território nacional.

4. Coberturas Adicionais

Será garantida aos Beneficiários do SulAmérica Saúde plano Clássico a cobertura para os itens a seguir conforme descrito na Cláusula de Coberturas Adicionais que é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Plano de Saúde.

4.1 Terapias - cláusula 1 do Termo de Coberturas Adicionais.

4.2 Transplantes de órgãos - cláusula 2 do Termo de Coberturas Adicionais.

5. Benefícios Adicionais

5.1 Seguro Viagem Nacional, desde que contratado, e indicado na Proposta Comercial do Plano, que é parte integrante destas Condições Gerais. Os benefícios estão descritos no Caderno de Benefícios Adicionais Seguro Viagem.

6. Coparticipação

Haverá coparticipação financeira do Beneficiário na realização de procedimentos cobertos conforme descrito no item 25 das Condições Gerais do Plano. Os percentuais de coparticipação serão indicados na proposta de plano.

7. Permanecem válidas as demais condições estabelecidas nas Condições Gerais.

SulAmérica Serviços de Saúde S.A
 Registro na ANS nº 416428

Clássico Apartamento com coparticipação

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde Empresarial

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

Este documento é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Plano de Saúde, firmado com o Contratante indicado na proposta de plano por ocasião da contratação e ratifica as características essenciais do plano contratado.

1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS : Clássico Administrado Trad.10 AHO QP COP
 Acomodação Hospitalar: Apartamento
 Número do Registro na ANS: 466409124

2. Reembolso

2.1 Tabela de Múltiplos de Reembolso

Beneficiário não Internado		Beneficiário Internado		
Consultas	Exames/Terapias e Demais Procedimentos Ambulatoriais	Honorários Médicos	Diárias / Despesas Hospitalares	SADT*
2,3	0,6	1,2	0,6	0,6

* SADT = Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia

2.2 Será garantido aos Beneficiários do SulAmérica Saúde plano Clássico o reembolso das despesas médicas e hospitalares cobertas, realizadas no exterior, de acordo com o plano contratado e a Tabela SulAmérica Saúde, limitado aos custos médios praticados pelos hospitais constantes na Rede Credenciada ao plano contratado.

2.2.1 O reembolso das despesas médicas hospitalares, comprovadamente pagas, realizadas no Exterior, será feito em moeda corrente nacional. Para a conversão será utilizada a taxa de câmbio oficial de venda, vigente na data da quitação do atendimento realizado.

3. Rede Credenciada

A Rede Credenciada está definida de acordo com o plano Clássico na acomodação apartamento e disponível no território nacional.

4. Coberturas Adicionais

Será garantida aos Beneficiários do SulAmérica Saúde plano Clássico a cobertura para os itens a seguir conforme descrito na Cláusula de Coberturas Adicionais que é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Plano de Saúde.

4.1 Terapias - cláusula 1 do Termo de Coberturas Adicionais.

4.2 Transplantes de órgãos - cláusula 2 do Termo de Coberturas Adicionais.

5. Benefícios Adicionais

5.1 Seguro Viagem Nacional, desde que contratado, e indicado na Proposta Comercial do Plano, que é parte integrante destas Condições Gerais. Os benefícios estão descritos no Caderno de Benefícios Adicionais Seguro Viagem.

6. Coparticipação

Haverá coparticipação financeira do Beneficiário na realização de procedimentos cobertos conforme descrito no item 25 das Condições Gerais do Plano. Os percentuais de coparticipação serão indicados na proposta de plano.

7. Permanecem válidas as demais condições estabelecidas nas Condições Gerais.

SulAmérica Serviços de Saúde S.A
 Registro na ANS nº 416428

Especial 100 com coparticipação

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde Empresarial

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

Este documento é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Plano de Saúde, firmado com o Contratante indicado na proposta de plano por ocasião da contratação e ratifica as características essenciais do plano contratado.

1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS : Especial 100 Administrado Trad.10 AHO QP COP

Acomodação Hospitalar: Apartamento

Número do Registro na ANS: 466427122

2. Reembolso

2.1 Tabela de Múltiplos de Reembolso

Opções de Reembolso	Segurado não Internado		Segurado Internado		
	Consultas Médicas	Diagnose/Terapia e Demais Procedimentos Ambulatoriais	Honorários Médicos	Diárias e Despesas Hospitalares	SADT*
R1	3,4	1,0	2,0	1,0	1,0
R2	4,7	1,0	3,6	1,0	1,0
R3	6,7	3,0	5,3	1,0	3,0

* SADT = Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia

2.1.1 O Contratante poderá escolher uma das opções de reembolso disponíveis acima no momento da contratação, e deverá assinalar na proposta de plano.

2.1.2 A opção do reembolso definida para o Beneficiário titular, será a mesma para os Beneficiários dependentes.

2.2 Será garantido aos Beneficiários do SulAmérica Saúde plano Especial 100 o reembolso das despesas médicas e hospitalares cobertas, realizadas no exterior, de acordo com o plano contratado e a Tabela SulAmérica Saúde, limitado aos custos médios praticados pelos hospitais constantes na Rede Credenciada do plano Especial 100.

2.2.1 O reembolso das despesas médicas hospitalares, comprovadamente pagas, realizadas no Exterior, será feito em moeda corrente nacional. Para a conversão será utilizada a taxa de câmbio oficial de venda, vigente na data da quitação do atendimento realizado.

3. Rede Credenciada

A Rede Credenciada está definida de acordo com o plano Especial 100 na acomodação apartamento e disponível no território nacional.

4. Coberturas Adicionais

Será garantida aos Beneficiários do SulAmérica Saúde plano Especial 100 a cobertura para os itens a seguir conforme descrito na Cláusula de Coberturas Adicionais que é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Plano de Saúde.

4.1 Terapias - cláusula 1 do Termo de Coberturas Adicionais.

4.2 Transplantes de órgãos - cláusula 2 do Termo de Coberturas Adicionais.

5. Benefícios Adicionais

5.1 Seguro Viagem Nacional, desde que contratado, e indicado na Proposta Comercial do Plano, que é parte integrante destas Condições Gerais. Os benefícios estão descritos no Caderno de Benefícios Adicionais Seguro Viagem.

5.2 Seguro Viagem Internacional, desde que contratado, e indicado na Proposta Comercial do Plano, que é parte integrante destas Condições Gerais. Os benefícios estão descritos no Caderno de Benefícios Adicionais Seguro Viagem.

5.2.1 A quantidade máxima de dias cobertos por viagem é de 45 (quarenta e cinco) dias.

6. Coparticipação

Haverá coparticipação financeira do Beneficiário na realização de procedimentos cobertos conforme descrito no item 25 das Condições Gerais do Plano. Os percentuais de coparticipação serão indicados na proposta de plano.

7. Permanecem válidas as demais condições estabelecidas nas Condições Gerais.

SulAmérica Serviços de Saúde S.A
Registro na ANS nº 416428

Executivo com coparticipação

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde Empresarial

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

Este documento é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Plano de Saúde, firmado com o Contratante indicado na proposta de plano por ocasião da contratação.

1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS : Executivo Administrado Trad.10 AHO QP COP
Acomodação Hospitalar: Apartamento
Número do Registro na ANS: 466407128

2. Reembolso

2.1 Tabela de Múltiplos de Reembolso

Opções de Reembolso	Segurado não Internado		Segurado Internado		
	Consultas Médicas	Diagnose/Terapia e Demais Procedimentos Ambulatoriais	Honorários Médicos	Diárias e Despesas Hospitalares	SADT*
R1	7,5	3,0	5,3	4,0	3,0
R2	9,5	3,0	10,6	4,0	3,0
R3	12,7	4,0	12,7	4,0	4,0

* SADT = Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia

2.1.1 O Contratante poderá escolher uma das opções de reembolso disponíveis acima no momento da contratação, e deverá assinalar na proposta de plano.

2.1.2 A opção do reembolso definida para o Beneficiário titular, será a mesma para os Beneficiários dependentes.

2.2 Será garantido aos Beneficiários do SulAmérica Saúde plano Executivo o reembolso das despesas médicas e hospitalares cobertas, realizadas no exterior, de acordo com o plano contratado e a Tabela SulAmérica Saúde, limitado aos custos médios praticados pelos hospitais constantes na Rede Credenciada do plano Executivo.

2.2.1 O reembolso das despesas médicas hospitalares, comprovadamente pagas, realizadas no Exterior, será feito em moeda corrente nacional. Para a conversão será utilizada a taxa de câmbio oficial de venda, vigente na data da quitação do atendimento realizado.

3. Rede Credenciada

A Rede Credenciada está definida de acordo com o plano Executivo na acomodação apartamento e disponível no território nacional.

4. Coberturas Adicionais

Será garantida aos Beneficiários do SulAmérica Saúde plano Executivo a cobertura para os itens a seguir conforme descrito no Termo de Coberturas Adicionais que é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Plano de Saúde.

4.1 Terapias - cláusula 1 do Termo de Coberturas Adicionais.

4.2 Transplantes de órgãos - cláusula 2 do Termo de Coberturas Adicionais.

5. Benefícios Adicionais

5.1 Seguro Viagem Nacional, desde que contratado, e indicado na Proposta Comercial do Plano, que é parte integrante destas Condições Gerais. Os benefícios estão descritos no Caderno de Benefícios Adicionais Seguro Viagem.

5.2 Seguro Viagem Internacional, desde que contratado, e indicado na Proposta Comercial do Plano, que é parte integrante destas Condições Gerais. Os benefícios estão descritos no Caderno de Benefícios Adicionais Seguro Viagem.

5.2.1 A quantidade máxima de dias cobertos por viagem é de 45 (quarenta e cinco) dias.

6. Benefício Opcional

6.1 Check-Up

Check-Up Preventivo Anual em rede credenciada sem necessidade de solicitação médica, exclusivamente para o Beneficiário Titular com idade igual ou superior a 29 (vinte e nove) anos, sendo um por ano de vigência do Beneficiário, desde que contratado e indicado na Proposta de Plano que é parte integrante destas Condições Gerais.

7. Coparticipação

Haverá coparticipação financeira do Beneficiário na realização de procedimentos cobertos conforme descrito no item 25 das Condições Gerais do Plano. Os percentuais de coparticipação serão indicados na proposta de plano.

8. Permanecem válidas as demais condições estabelecidas nas Condições Gerais.

SulAmérica Serviços de Saúde S.A
Registro na ANS nº 416428

Prestige com coparticipação

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde Empresarial

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

Este documento é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Plano de Saúde, firmado com o Contratante indicado na proposta de plano por ocasião da contratação e ratifica as características essenciais do plano contratado.

1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS : Prestige Administrado Trad.10 AHO QP COP
Acomodação Hospitalar: Apartamento
Número do Registro na ANS: 468718133

2. Reembolso

2.1 Tabela de Múltiplos de Reembolso

Beneficiário não Internado		Beneficiário Internado		
Consultas	Exames/Terapias e Demais Procedimentos Ambulatoriais	Honorários Médicos	Diárias / Despesas Hospitalares	SADT*
18,0	5,0	15,0	15,0	5,0

* SADT = Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia

2.2 Será garantido aos Beneficiários do SulAmérica Saúde plano Prestige o reembolso das despesas médicas e hospitalares cobertas, realizadas no exterior, de acordo com o plano contratado e a Tabela SulAmérica Saúde, limitado aos custos médios praticados pelos hospitais constantes na Rede Credenciada ao plano contratado.

2.2.1 O reembolso das despesas médicas hospitalares, comprovadamente pagas, realizadas no Exterior, será feito em moeda corrente nacional. Para

a conversão será utilizada a taxa de câmbio oficial de venda, vigente na data da quitação do atendimento realizado.

3. Rede Credenciada

A Rede Credenciada está definida de acordo com o plano Prestige na acomodação apartamento e disponível no território nacional.

4. Coberturas Adicionais

Será garantida aos Beneficiários do SulAmérica Saúde plano Prestige a cobertura para os itens a seguir conforme descrito na Cláusula de Coberturas Adicionais que é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Plano de Saúde.

4.1 Terapias (Psicomotricidade, Fonoaudiologia e Escleroterapia - sem limite de sessão) - cláusula 1 do Termo de Coberturas Adicionais.

4.2 Transplantes de órgãos - cláusula 2 do Termo de Coberturas Adicionais.

4.3 Consulta e Fisioterapia domiciliar exclusivamente por reembolso nos limites do plano - cláusula 3 da Cláusula de Coberturas Adicionais.

4.4 Cirurgia Refrativa sem limite de grau - cláusula 4 do Termo de Coberturas Adicionais.

4.5 Check-Up - cláusula 5 do Termo de Coberturas Adicionais.

4.6 Vacinas - cláusula 6 do Termo de Coberturas Adicionais.

4.7 Consulta ao Viajante - cláusula 7 do Termo de Coberturas Adicionais.

5. Carências

Além das carências descritas na cláusula 18, ficam acrescidas as coberturas adicionais e suas respectivas carências conforme abaixo:

a) **Grupo de carência 1:**

15 (quinze) dias da data de vigência do beneficiário para vacinas.

b) **Grupo de carência 2:**

180 (cento e oitenta) dias da data de vigência do beneficiário titular para check-up

6. Benefícios Adicionais

Os Benefícios abaixo relacionados serão prestados por meio de Empresas Prestadoras de Serviços contratadas pela SulAmérica Saúde, as quais deverão cumprir todas as obrigações contidas a seguir.

Por tratar-se de Benefícios, a SulAmérica reserva-se o direito de substituir as empresas contratadas bem como alterar os serviços a qualquer tempo, sem prévio aviso ao Contratante.

Os Benefícios adicionais não são uma obrigatoriedade contratual, sendo uma concessão da SulAmérica Saúde e, por este motivo, poderão ser cancelados a qualquer tempo, garantindo-se ao Contratante o aviso prévio com 30 (trinta) dias de antecedência do efetivo cancelamento.

6.1 Aconselhamento Médico Telefônico

Profissionais da área da saúde à disposição do segurado 24 (vinte e quatro) horas por dia, para orientação ao segurado por telefone sobre a melhor providência a ser tomada em situações de urgência e emergência, esclarecimento de dúvidas sobre dosagens de medicamentos, interpretação de exames, orientação sobre a especialidade médica a ser consultada de acordo com a necessidade do segurado, entre outros.

6.2 Emergência Médica Domiciliar

Nos casos de urgência e emergência, identificados durante o Aconselhamento Médico Telefônico, poderá ser disponibilizado o atendimento no domicílio do segurado, e se necessário for, a sua remoção por via terrestre até o hospital da rede referenciada. Este benefício está disponível nas capitais dos estados de São Paulo e Rio de Janeiro e poderão ser alterados a qualquer tempo, sem aviso prévio, pois podem variar de acordo com a Empresa Prestadora dos Serviços na ocasião da solicitação.

- a) Caso seja necessária a remoção do segurado para um hospital ou centro médico, a central de Emergências Médicas 24 horas, em conjunto com os médicos responsáveis pelo atendimento, decidirão qual hospital da rede prestará o atendimento, respeitando as condições estabelecidas no contrato de seguro.
- b) Caso o segurado opte pela utilização de um hospital não referenciado, os gastos com o atendimento hospitalar serão de responsabilidade do segurado, podendo posteriormente solicitar o reembolso, respeitando as condições estabelecidas no contrato de seguro.
- c) Os atendimentos hospitalares decorrentes da remoção obedecem às condições contratuais, inclusive quanto aos prazos de carências e cobertura parcial temporária – CPT, quando houver.

O telefone para solicitação dos serviços acima, consta no Guia Prático do Segurado.

Os serviços estão excluídos nas seguintes situações:

- a) **Atendimentos em caso de conflitos, calamidade pública, comoções internas, guerras, revoluções, epidemias, envenenamento coletivo ou qualquer outra causa que atinja maciçamente a população, inclusive decorrentes de radiação e/ou emanações nucleares ou ionizantes;**

- b) Na manutenção dos pacientes portadores de doenças crônicas em tratamento ambulatorial, tais como fisioterapia, hemodiálise, exames subsidiários e consultas;
- c) Distúrbios neuro-vegetativos;
- d) Pacientes crônicos em tratamento continuado, sem agudização do processo.

6.3 Motorista Amigo da Saúde

Motorista para retorno do Beneficiário ao seu domicílio em situações em que o mesmo esteja sem condições de dirigir, limitado a 2 (duas) solicitações por ano de vigência do plano. O serviço será prestado nos municípios do Rio de Janeiro e São Paulo.

6.4 Remoção Especial

Ambulância simples para remoção do Beneficiário quando este não estiver em condições de saúde para utilizar transporte comum e necessitar realizar exame / consulta, limitado a 2 (duas) utilizações por ano de vigência do plano. O serviço será prestado nos municípios do Rio de Janeiro e de São Paulo.

6.5 Serviços de Courier

Serviço de retirada de documentos para solicitação de reembolso limitado a 24 (vinte e quatro) utilizações por ano de vigência do plano, nos municípios do Rio de Janeiro e São Paulo.

6.6 Coleta Domiciliar de Exames

Uso exclusivo na Rede Credenciada, nos Municípios do Rio de Janeiro e São Paulo.

6.7 Concierge

Consiste em atendimento telefônico 24 (vinte e quatro) horas para informações e indicações de prestadores de serviços para os Beneficiários.

Na impossibilidade de fornecimento da informação solicitada, por motivo de força maior ou por necessidade de pesquisa específica, o Beneficiário será orientado a deixar um telefone de contato, para que a Central de Informações possa retornar com as informações solicitadas. O tempo de resposta será informado ao Beneficiário e dependerá do tipo de pesquisa a ser efetuada.

Para os serviços que envolvem custos, estes correrão por conta exclusiva do Beneficiário.

Os serviços disponibilizados são:

a) Assistência para viagens

- Indicação de Hotel;
- Orientações sobre viagem com pet;
- Indicação de agências e/ou operadoras de viagens;

- Indicação de Sala Vip em aeroportos;
- Indicações sobre documentações, passaportes, requisitos de vistos, vistos de entradas, vacinas;
- Endereços e números de telefones de Embaixadas e Consulados Brasileiros

b) Informações de Eventos

- Informações sobre horários e ingressos para ópera, balé, teatros, concertos, museus, shows e outras atividades culturais;
- Informações sobre eventos esportivos;
- Informações sobre parques e locais para a prática de esportes;
- Indicações sobre bares e restaurantes locais;
- Informações sobre shows e eventos na região;
- Informações sobre passeios turísticos na região;
- Informações sobre meios de locomoção (taxi, ônibus, metrô, etc)

c) Indicação de Locadoras de:

- Veículos de passeio, luxo, esportivos, especiais e limousines;
- Imóveis de temporada, flats, castelos, ilhas;
- Helicópteros, embarcações, aviões

d) Indicação para compras e envio de presentes:

- Envio de flores, balões, cestas;
- Envio de bebidas finas, caixas de chocolate;
- Presentes tradicionais e originais;
- Envio de serenata, serestas;
- Telegrama animado, tele-mensagens, chuvas de pétalas.

e) Welcome Home

- Indicação de empresas de locação de utensílios de apoio a pacientes: camas especiais, cadeiras de rodas, etc.

f) Indicação de Médicos Especialistas, quando em viagem ao exterior.**6.8 Seguro Viagem Nacional** - item 1.7.1 do Caderno de Benefícios Adicionais Seguro Viagem

6.9 Seguro Viagem Internacional - item 1.7.2 do Caderno de Benefícios Adicionais Seguro Viagem.

..6.9.1 A quantidade máxima de dias cobertos por viagem é de 120 (cento e vinte) dias.

7. Coparticipação

Haverá coparticipação financeira do Beneficiário na realização de procedimentos cobertos conforme descrito no item 25 das Condições Gerais do Plano. Os percentuais de coparticipação serão indicados na proposta de plano.

8. Permanecem válidas as demais condições estabelecidas nas Condições Gerais.