

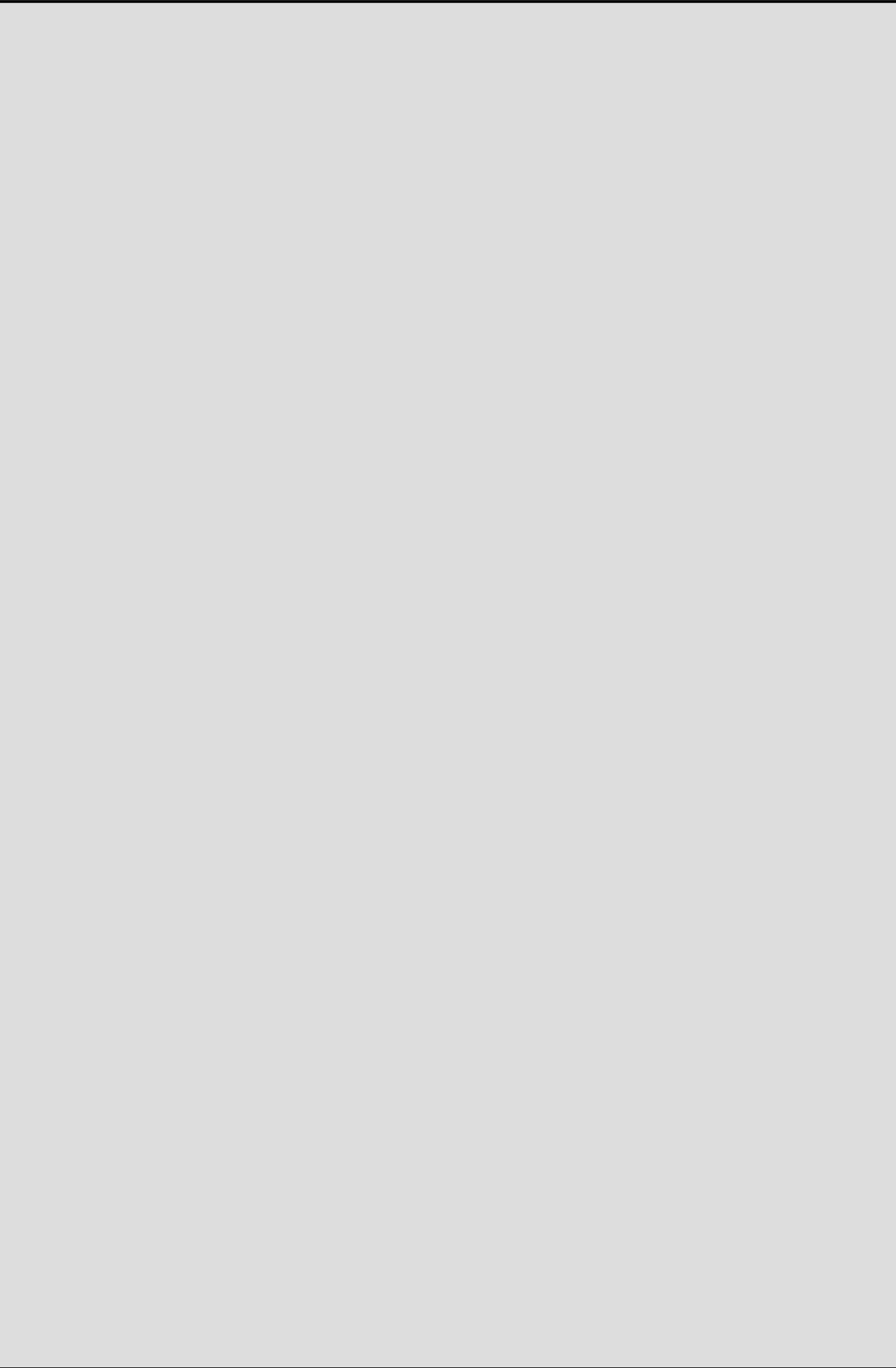
**SulAmérica Saúde PME
Referência
Condições Gerais**

Versão 03

Vigência agosto 2015

ANS – nº 006246

Contrato nº 0058.0088.0397



Índice**SulAmérica Saúde PME
Referência**

1.	Qualificação da Seguradora	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.	Plano de Seguro	6
10.	Contratação do Seguro.....	6
11.	Inclusão de Segurados	7
12.	Documentos necessários para a contratação do seguro e inclusão de segurados	9
13.	Formas de Inclusão	10
14.	Coberturas e Procedimentos Garantidos.....	10
15.	Exclusões de Cobertura	18
16.	Vigência e Condições de Renovação Automática	20
17.	Carência	20
18.	Doenças e Lesões Preexistentes	21
19.	Atendimento de Urgência e Emergência	23
20.	Reembolso.....	25
21.	Rede Referenciada.....	28
22.	Validação Prévia de Procedimentos – VPP	29
23.	Divergências Médicas.....	30
24.	Prêmio Mensal.....	31
25.	Reajuste do Prêmio do Seguro.....	32
26.	Variação do Prêmio por Mudança de Faixa Etária	36
27.	Extensão de Cobertura Assistencial para demitidos e aposentados	37
28.	Exclusão do Segurado.....	43
29.	Cancelamento do Seguro	44
30.	Disposições Gerais.....	45

31. SulAmérica Saúde Ativa	47
32. MECSAS.....	48
33. Glossário.....	54
34. Disposições Finais	58
35. Foro	58

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Condições Gerais

SulAmérica Saúde PME

Segmentação Referência

1. Qualificação da Seguradora

Sul América Companhia de Seguro Saúde, pessoa jurídica de direito privado, legalmente autorizada a operar Seguros de Assistência à Saúde, registrada sob o n.º 006246 na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, classificada como Seguradora Especializada em Seguro Saúde, inscrita no CNPJ n.º 01.685.053/0001-56, situada à Rua Beatriz Larragoiti Lucas, 121, Cidade Nova, Rio de Janeiro, RJ, CEP 20.211-903.

2. Qualificação do Contratante

Pessoa Jurídica devidamente identificada e qualificada na Proposta de Seguro, que é o documento preenchido com informações que qualificam o Estipulante e através do qual expressa a sua intenção de contratação do seguro. A Proposta de Seguro é parte integrante das Condições Gerais.

3. Objeto do Contrato

O objeto deste contrato, em conformidade com a Lei 9.656/98 visa a cobertura de custos assistenciais, com a finalidade de garantir a assistência à saúde pela faculdade de acesso e atendimento a profissionais escolhidos, pertencentes ou não da rede referenciada, nos termos e limites do plano contratado. Os custos assistenciais correspondem à cobertura médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão enfermagem, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vigente na 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 Seguro regido pela Lei n.º 9.656, de 1998. É contrato de adesão e bilateral, que gera direito e obrigações, a ele se aplicando o Código Civil Brasileiro, bem como o Código de Defesa do Consumidor, de forma subsidiária.

5. Tipo de Contratação

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

6. Tipo de Segmentação Assistencial

Garantia, ao Segurado da cobertura dos itens constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS na segmentação **Referência**.

7. Área Geográfica de Abrangência

Região estabelecida pela Seguradora para atendimento médico-hospitalar ao Segurado. A abrangência geográfica deste seguro, com base na Lei n.º 9.656/98 e sua regulamentação é **Nacional**.

8. Formação do Preço

A formação do preço deste seguro é preestabelecido, ou seja, o valor do prêmio é calculado antes da utilização das coberturas contratadas.

9. Plano de Seguro

O plano está devidamente registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS sob o n.º **469369138**, e tem como nome comercial **Referência Empresarial/PME REF QC**.

9.1 Os Segurados do plano Referência serão acomodados em quarto coletivo.

9.2 Em casos de indisponibilidade de leito hospitalar na rede referenciada na acomodação contratada é garantido ao Segurado o acesso à acomodação, em nível superior, sem ônus adicional, conforme determina a Lei nº 9.656/98.

9.3 O plano dos dependentes Segurados será sempre o mesmo do Segurado Titular, inclusive no que refere-se a acomodação hospitalar.

10. Contratação do Seguro

10.1 Este seguro destina-se a Grupos Segurados de até 29 (vinte e nove) vidas.

10.2 O Grupo Segurável definido para este seguro são pessoas vinculadas à pessoa jurídica contratante por relação empregatícia ou estatutária, podendo abranger ainda:

a) os sócios da pessoa jurídica contratante;

b) os administradores da pessoa jurídica contratante;

c) os demitidos 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 nº 9.656, de 1998;

d) estagiários e menores aprendizes;

10.3 Poderá ainda ser incluído como grupo familiar/dependente exclusivamente o cônjuge ou companheiro(a), filhos solteiros e netos cujo parto tenha sido pago por esta Seguradora, do Segurado Titular. Equiparam-se a filhos, o enteado e o

menor que esteja sob a guarda ou tutela do Segurado Titular por determinação judicial.

10.3.1 A adesão do grupo familiar dependerá exclusivamente da participação do Segurado Titular.

10.4 Todos os novos componentes que venham a fazer parte do Grupo Segurável definido na proposta de seguro deverão ser incluídos, respeitando as mesmas condições e valores vigentes.

10.5 Ao Estipulante cabe fornecer à Seguradora, quando da contratação e durante a vigência do seguro, lista com eventuais funcionários afastados das atividades regulares de trabalho e os motivos do afastamento, quando houver.

10.6 Não será aceita a inclusão de Proponente que não faça parte do Grupo Segurável definido na Proposta de Seguro.

10.7 A emissão do contrato de seguro será feita em até 10 (dez) dias da data do protocolo dos documentos entregues na Seguradora, definidos nestas Condições Gerais.

10.7.1 A documentação deverá ser entregue na Seguradora em até 72 (setenta e duas) horas da data da quitação da proposta.

10.7.2 Ultrapassado o prazo de 15 (quinze) dias da quitação, se não houver protocolo dos documentos, a Seguradora recusará a proposta de seguro por motivo técnico e devolverá o prêmio ao Estipulante, desde que não tenha ocorrido utilização do seguro.

10.8 O Estipulante é responsável pelas informações prestadas na Proposta de Seguro e Cartões Proposta do Grupo Segurado, ciente do que dispõe o Código Civil Brasileiro, (artigo 766, parágrafo único):

Artigo 766

Parágrafo único: “Se o Segurado, por si ou por seu representante, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio, perderá o direito à garantia, além de ficar obrigado ao prêmio vencido. Se a inexatidão ou omissão nas declarações não resultar de má-fé do Segurado, o Segurador terá direito a resolver o contrato, ou a cobrar, mesmo após o sinistro, a diferença do prêmio”.

11. Inclusão de segurados

11.1 O Segurado incluído dentro do prazo de 30 (trinta) dias da data da contratação, admissão, casamento ou outro evento que habilite seu ingresso no Seguro, terá como data de início de vigência a mesma data do evento que caracterizou sua condição de proponente ou dependente segurável e/ou o mesmo dia de vigência

do seguro, e respeitará os prazos de carência estabelecidos para o Grupo Segurado na ocasião da inclusão, e estará sujeito à Cobertura Parcial Temporária para doenças e lesões preexistentes.

- 11.2** O Segurado incluído após o prazo de 30 (trinta) dias da data da contratação, admissão, casamento, ou outro evento que habilite seu ingresso no Seguro, terá como data de início de vigência o mesmo dia de vigência do seguro no mês subsequente, e deverá cumprir os prazos de carência e estará sujeito a cobertura parcial temporária para doenças e/ou lesões preexistentes.
- 11.3** O filho natural e/ou adotivo recém-nascido do Segurado Titular, incluído no seguro em até 30 (trinta) dias do seu nascimento ou adoção, estará isento do cumprimento dos prazos de carência e cobertura parcial temporária para lesões e doenças preexistentes, desde que o Segurado Titular tenha isenção ou cumprido a carência de 180 (cento e oitenta) dias, respeitando as demais condições estabelecidas nesta proposta de seguro.
- 11.4** Quando o Segurado 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 Segurado Titular, e estará isento da cobertura parcial temporária para doenças e lesões preexistentes.
- 11.5** O filho adotivo, menor de 12 (doze) anos de idade, do Segurado Titular, poderá ser incluído no seguro com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo Segurado 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.
- 11.6** O filho menor de 12 (doze) anos cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente pode ser incluído no seguro em até 30 (trinta) dias do reconhecimento, e terá aproveitamento dos prazos de carência cumpridos pelo Segurado Titular pai, e estará isento de cobertura parcial temporária para doenças e/ou lesões preexistentes.
- 11.7** O neto recém-nascido do Segurado Titular, cujo parto tenha sido pago por esta seguradora, incluído no seguro em até 30 (trinta) dias do seu nascimento, estará isento do cumprimento dos prazos de carência e Cobertura Parcial Temporária, respeitando as demais condições estabelecidas nesta proposta de seguro.
- 11.7.1** Entende-se como parto pago, aquele em que a Seguradora efetua o pagamento das despesas, tanto na rede referenciada quanto pelo sistema de reembolso.
- 11.8** O filho natural e/ou adotivo recém-nascido e o neto recém-nascido cujo parto tenha sido pago por esta Seguradora, o filho adotivo menor de 12 (doze) anos e o filho menor de 12 (doze) anos cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente, incluído no seguro após 30 (trinta) dias do evento que caracterizou a sua condição de dependente segurável, deverão cumprir as carências estabelecidas nestas condições

gerais e estarão sujeitos à Cobertura Parcial Temporária, respeitando as demais condições estabelecidas nesta proposta de seguro.

11.9 O Estipulante deverá disponibilizar à Seguradora, sempre que for solicitado, toda e qualquer documentação necessária que comprove a legitimidade da pessoa jurídica contratante e a elegibilidade de todos os Segurados incluídos no seguro.

12. Documentos necessários para a contratação do seguro e inclusão dos segurados:

- a) Contrato Social, devidamente registrado no órgão competente;
- b) Proposta de Seguro, 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;
- c) Ficha de Compensação Quitada;
- d) Cartões-Proposta assinados pelo representante legal da empresa na forma de seus atos constitutivos ou mediante procuração registrada em cartório com poderes específicos para contratar e pelo Proponente;
- e) Cópia da relação atualizada de Fundo de Garantia por Tempo de Serviço – FGTS acompanhada da última Guia de Recolhimento quitada;
- f) Cópia do Contrato de Estágio assinado pelo estagiário e pelo representante legal da empresa na forma de seus atos constitutivos ou mediante procuração registrada em cartório com poderes específicos para contratar-e pela Instituição de ensino, todas sob carimbo;
- g) Cópia do Contrato de Aprendiz assinado pelo aprendiz e pelo representante legal da empresa na forma de seus atos constitutivos e/ou Registro de Empregado assinado pelo empregado e pelo empregador, na forma de seus atos constitutivos, ou em ambas as situações mediante procuração registrada em cartório com poderes específicos para contratar e documento que comprove a inscrição/matricula em Escola/Instituição de Ensino Técnico;
- h) Registro de Empregado em papel timbrado, certidão de nascimento, casamento, escritura declaratória lavrada em cartório, tutela ou guarda judicial, passaporte, RNE - Registro Nacional de Estrangeiros e outros documentos que a Seguradora julgar necessários;
- i) Outros documentos que a Seguradora julgar necessário, que comprovem oficialmente e financeiramente a constituição da Empresa, o vínculo entre o Grupo Segurado e o Estipulante e o vínculo entre Segurado e Dependentes.

13. Formas de Inclusão

13.1 Movimentação Eletrônica de Cadastro

A empresa ou corretor efetuará o registro da inclusão no sistema da Seguradora “MECSAS” e através das informações fornecidas será definido de forma automática o início de vigência. Ao efetivar a solicitação da inclusão, o aplicativo/sistema, indicará a necessidade do envio de documentos a Seguradora para liberação da inclusão.

13.2 Movimentação Manual de Cadastro

Quando não for possível a utilização do “MECSAS”, a Empresa utilizará a movimentação manual, oportunidade na qual deverá entregar à Seguradora na ocasião da inclusão do Segurado, o formulário fornecido pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado pelo representante legal do Estipulante, sob carimbo da empresa, com os documentos definidos pela Seguradora.

13.2.1 O formulário preenchido em desacordo com as condições estabelecidas e contratadas serão devolvidos ao Estipulante, que terá 10 (dez) dias para a regularização, contados a partir da data de devolução pela Seguradora.

13.2.2 Ultrapassado o prazo para regularização, a partir da reapresentação do formulário a Seguradora iniciará novo prazo de 15 (quinze) dias para análise da inclusão, considerando nova data para início de vigência do seguro.

14. 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 **Referência** 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.

14.1 Cobertura Assistencial

14.1.1 Cobertura da participação de profissional médico anestesiológico nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, caso haja indicação clínica.

14.1.2 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 do evento.

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

14.1.4 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, respeitados os prazos de carência e Cobertura Parcial Temporária – CPT.

14.1.4.1 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 obrigatoriedade de sua cobertura.

14.1.5 Cobertura dos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho.

14.1.6 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 à época do evento, de acordo com a segmentação contratada.

14.2 Cobertura Ambulatorial

14.2.1 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.

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

14.2.3 Cobertura de consulta e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo de acordo com número estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos da ANS, vigente à época do evento..

14.2.4 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.

14.2.5 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.

14.2.6 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.

14.2.7 Cobertura de hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;

14.2.8 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;

14.2.8.1 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.

14.2.9 Cobertura de medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso 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.

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

14.2.11 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.

14.2.12 Cobertura de hemoterapia ambulatorial.

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

14.3 Cobertura Hospitalar

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

14.3.1.1 Nos casos das internações exclusivamente psiquiátricas, quando ultrapassar 30 (trinta) dias de internação no transcorrer de 1 (um) ano de vigência do Segurado, haverá coparticipação de 50% (cinquenta por cento) ou o valor máximo permitido pela ANS, definido em normativos vigentes.

14.3.1.2 Em casos de indisponibilidade de leito hospitalar na rede referenciada, é garantido ao Segurado o acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional, conforme determina a Lei nº 9656/98.

- 14.3.2** 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.

- 14.3.3** Cobertura das despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação do Segurado, durante o período de internação.

14.3.3.1 Definem-se honorários médicos como aqueles honorários do cirurgião, auxiliares e anestesista, de acordo com os serviços realizados durante o período de internação do Segurado, bem como serviços gerais de enfermagem e alimentação.

- 14.3.4** Cobertura de honorários referentes à visita médica durante os períodos de internação hospitalar, conforme justificativa do médico assistente.

- 14.3.5** 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.

- 14.3.6** Cobertura do atendimento por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico assistente.

- 14.3.7** Cobertura de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos.

14.3.7.1 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.

14.3.7.2 O profissional requisitante deve, quando assim solicitado pela Seguradora, 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.

14.3.7.3 Em caso de divergência entre o profissional requisitante e a Seguradora, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com as despesas arcadas pela Seguradora, de acordo com o disposto na cláusula 23, Divergências Médicas.

14.3.8 Cobertura de diárias e taxas hospitalares, de acordo com o serviço realizado, incluindo os materiais cobertos utilizados, durante período de internação.

14.3.9 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 do 60 (sessenta) anos de idade, e pessoas portadoras de necessidades especiais. As despesas com alimentação somente serão cobertas quando fornecidas pelo hospital;

14.3.10 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.

14.3.11 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;

14.3.11.1 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; 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.

14.3.12 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.

14.3.13 Cobertura dos seguintes procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:

- a) Hemodiálise e diálise peritoneal CAPD;
- b) Quimioterapia oncológica ambulatorial, conforme cláusula 14.2.8 destas condições gerais;
- 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.

14.3.14 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;
- d) as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS;

14.3.14.1 O Segurado 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.

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

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

CID 10 da OMS	Diagnóstico
F10 e F14	Transtornos mentais e comportamentais devido 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.

14.3.16.1 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 Segurado a

mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar.

14.4 Cobertura Obstétrica

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

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

14.4.1.1 A cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do Segurado Titular ou dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias, ocorrerá desde que o Segurado Titular ou dependente 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 Segurado Titular ou dependente.

14.4.2 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 assegurado pela Lei 11.108, de 7 de abril de 2005, ou outra que venha substituí-la.

14.4.2.1 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.

14.5 Remoção

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

- a)** Quando o segurado 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 referenciado do plano contratado;
- b)** Quando o segurado estiver em hospital ou serviço de pronto atendimento privado não referenciado localizado dentro da área de atuação do plano para um hospital referenciado do plano contratado;
- c)** Quando o segurado estiver em hospital ou serviço de pronto atendimento referenciado 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 segurado na unidade de origem;

- d) Quando o segurado estiver em hospital ou serviço de pronto atendimento público ou privado não pertencente a rede referenciada, localizado fora da área de atuação do plano contratado, para um hospital referenciado 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 referenciada, conforme Resolução Normativa nº 259;
- e) Quando o segurado estiver em hospital ou serviço de pronto atendimento referenciado localizado dentro da área de atuação do plano contratado para outro hospital referenciado nos casos em que houver estabelecimento de saúde específico para determinados procedimentos indicados na relação da rede referenciada.

14.5.2 A remoção de Segurado que já tiver cumprido os períodos de carência não será obrigatória:

- a) Quando o segurado 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 referenciada conforme previsto na Resolução Normativa nº 259;
- b) Quando o segurado estiver em hospital ou serviço de pronto atendimento referenciado localizado dentro da área de atuação do plano contratado, e solicitar remoção para hospital privado não pertencente à rede referenciada.

15. Exclusões de Cobertura

Estão expressamente excluídas da cobertura deste seguro, as despesas relacionadas a seguir:

- 15.1 Tratamento médico e/ou hospitalar decorrente de casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;**
- 15.2 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;**
- 15.3 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 da ANS, vigente à época do evento;**

- 15.4 Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- 15.5 Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios, não ligados ao ato cirúrgico ou com finalidade estética;
- 15.6 Enfermagem particular, seja em hospital ou residência, assistência domiciliar de qualquer natureza, consultas domiciliares e Home Care, mesmo que as condições de saúde do Segurado exijam cuidados especiais ou extraordinários;
- 15.7 Consultas, avaliações, sessões, tratamentos e quaisquer outros procedimentos de Medicina Ortomolecular;
- 15.8 Tratamentos clínicos e/ou cirúrgicos com finalidade estética;
- 15.9 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;
- 15.10 Curativos, materiais e medicamentos 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;
- 15.11 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;
- 15.12 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 assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
- 15.13 Vacinas e autovacinas;
- 15.14 Inseminação artificial;
- 15.15 Internações clínicas ou cirúrgicas, exames e terapias não prescritos ou não solicitados pelo médico assistente;
- 15.16 Equipamentos e aparelhos, alugados ou adquiridos, após a alta concedida pelo médico assistente, mesmo que relacionados com o atendimento médico-hospitalar e/ou necessários a continuidade do tratamento do Segurado;
- 15.17 Quaisquer despesas extraordinárias não relacionadas com o atendimento médico-hospitalar do Segurado durante o período de Internação Hospitalar, tais como serviços telefônicos, itens do frigobar, jornais, TV, estacionamento, etc.;

15.18 Remoções realizadas por via aérea ou marítima.

15.19 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.

15.20 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 da ANS, vigente à época do evento, e ocorridos em regime de internação hospitalar;

15.21 Despesas com a internação após a alta hospitalar concedida pelo médico assistente;

15.22 Exames Admissionais, Periódicos e Demissionais, bem como aqueles para a prática de esportes, para academias de ginástica ou aquisição ou renovação da Carteira Nacional de Habilitação - CNH;

15.23 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.

15.24 Procedimentos que não constem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, para a Segmentação Referência, vigente na data de realização do evento;

16. Vigência e Condições de Renovação Automática

16.1 O período mínimo de vigência deste seguro é de 24 (vinte e quatro) meses, com início a partir da zero hora do dia subsequente à quitação bancária da 1ª (primeira) fatura do prêmio mensal.

16.2 Cumprida a vigência inicial, este seguro será renovado automaticamente por período indeterminado, salvo manifestação em contrário por escrito, com 60 (sessenta) dias de antecedência, de qualquer das partes.

16.3 Quando este seguro for renovado por período indeterminado, não haverá cobrança de qualquer taxa no ato da renovação.

17. Carência

Período durante o qual, mesmo ocorrendo o pagamento do prêmio mensal pelo Estipulante, o Segurado não tem direito a determinadas coberturas.

A carência somente será aplicada aos segurados elegíveis para esta condição.

As coberturas garantidas neste contrato de seguro, somente terão efeito após o cumprimento dos prazos descritos para o grupo de carência, contados a partir da vigência do Segurado.

17.1 Grupos de Carência

a) Grupo de carência 1:

15 (quinze) dias da data de vigência do segurado para consultas médicas, cirurgias ambulatoriais (porte anestésico zero), serviços auxiliares de diagnose em regime externo, fonoaudiologia, exceto os serviços descritos nos itens subsequentes;

b) Grupo de carência 2:

180 (cento e oitenta) dias da data de vigência do segurado para internações hospitalares, ultrassonografias com Doppler, ultrassonografias coloridas, tomografias computadorizadas, teste de função pulmonar, bioimpedanciometria, “tilt tests” e seus derivados, ressonância magnética, medicina nuclear (mapeamentos, cintilografias e terapias), ecocardiografias, eletrocardiografia dinâmica, estudo hemodinâmico, angiografias e arteriografias, endoscopias e laparoscopias, fisioterapia, oxigenoterapia hiperbárica, quimioterapia do câncer, radioterapia, medicamentos antineoplásicos orais definidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, litotripsias e todos os demais procedimentos cobertos pelo seguro, exceto os descritos para os grupos de carência subsequentes;

c) Grupo de carência 3:

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

d) Grupo de carência 4:

180 (cento e oitenta) dias da data de vigência do segurado para transplantes, implantes, próteses e órteses ligadas ao ato cirúrgico e as sem finalidade estética;

e) Grupo de carência 5:

180 (cento e oitenta) dias da data de vigência do segurado para internações psiquiátricas, diálise peritoneal, hemodiálise e cirrose hepática, cirurgias de refração em oftalmologia, acupuntura, psicoterapia e obesidade mórbida.

18. Doenças e Lesões Preexistentes

Doenças ou Lesões Preexistentes são aquelas, que o segurado ou seu representante legal, saiba ser portador ou sofedor, no momento da contratação ao seguro saúde.

18.1 O proponente deverá informar à Seguradora, 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.

- 18.2** 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 referenciada, sem qualquer ônus.
- 18.3** Caso o proponente opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede referenciada da Seguradora, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus financeiro dessa orientação.
- 18.4** 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 segurado saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ao seguro saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.
- 18.5** 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 Seguradora oferecerá a cobertura parcial temporária, e, reserva-se o direito de não oferecer o agravo.
- 18.6** Cobertura Parcial Temporária - CPT é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da vigência do segurado no seguro 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.
- 18.7** Na hipótese de Cobertura Parcial Temporária, a Seguradora 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.
- 18.7.1** Os Procedimentos de Alta Complexidade – PAC encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, disponível no site www.ans.gov.br.
- 18.8** Nos casos de Cobertura Parcial Temporária, findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses, contados a partir da vigência do segurado no seguro saúde, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme a segmentação Referência, prevista na Lei nº 9.656/1998.
- 18.9** Identificado indício de fraude por parte do Segurado, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da contratação do seguro saúde, a Seguradora deverá comunicar imediatamente a alegação

de omissão de informação ao Segurado através de Termo de Comunicação ao Segurado.

18.10 A Seguradora poderá oferecer Cobertura Parcial Temporária - CPT ao Segurado 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 seguro saúde.

18.11 A Seguradora solicitará abertura de processo administrativo junto à ANS, quando da identificação do indício de fraude.

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

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

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

18.14 Após julgamento, e acolhida a alegação da Seguradora pela ANS, o Segurado 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 Seguradora, bem como poderá ser excluído do contrato.

18.15 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.

18.16 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 Seguradora, com vistas à sua admissão no seguro saúde.

19. Atendimento de Urgência e Emergência

19.1 A partir do início de vigência do segurado e respeitadas as carências estabelecidas nestas Condições Gerais, a cobertura para os atendimentos de urgência e emergência será aquela estabelecida no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, para a segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia.

- 19.1.1** Emergência é o evento que implique em risco imediato de vida ou lesões irreparáveis para o Segurado, caracterizada em declaração do médico assistente.
- 19.1.2** Urgência é o evento resultante de Acidentes Pessoais ou complicações no processo gestacional que exija avaliação ou atendimento médico imediato.
- 19.2** É garantida a cobertura integral, ambulatorial e hospitalar para urgência e emergência.
- 19.3** Nos casos de emergência e urgência, quando houver acordo para Cobertura Parcial Temporária, o Segurado terá cobertura ambulatorial assegurada até as primeiras 12 (doze) horas de atendimento ou até que ocorra a necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados a Doenças e Lesões Preexistentes.
- 19.4** A partir da constatação da necessidade de realização de procedimentos exclusivos de internação e cobertura hospitalar para os segurados que estão em acordo para CPT e que o atendimento resultem 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 segurado para uma unidade do SUS.
- 19.5** Após atendimento de urgência e emergência será garantida a remoção quando necessária por indicação médica para outra unidade referenciada ou para o SUS, quando não há cobertura para a continuidade do tratamento.
- 19.6** Quando o Segurado ou seu responsável optar, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento numa unidade diferente da definida no subitem anterior, a Seguradora estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.
- 19.7** Caso não possa haver a remoção, em decorrência de risco de vida do Segurado, este ou seu responsável e o prestador do atendimento deverão negociar, entre si, a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando assim a Seguradora deste ônus.
- 19.8** Após atendimento de urgência e emergência será garantida a remoção do segurado para unidade da rede referenciada, quando caracterizada pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade do atendimento do segurado.
- 19.9** Nos casos em que não for possível o atendimento de urgência e emergência em unidade referenciada, será garantido o reembolso nos limites do plano. O valor do reembolso não será inferior ao valor praticado pela Seguradora à rede referenciada para o plano do segurado.
- 19.9.1** 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.

20. Reembolso

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

20.1.1 O reembolso também será garantido nos casos em que não for possível o atendimento de urgência e emergência na rede referenciada.

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

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

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

20.5 **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.

20.6 **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.

20.7 Medicamentos e Materiais

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

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

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

20.9 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 Seguradora.

20.9.1 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 Segurados na sede do Estipulante, e no website sulamerica.com.br/saudeonline de acordo com a segmentação **Referência**, disponibilizada para realizar download.

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

20.10.1 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.

20.10.2 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 19.10 Tabela de Múltiplos de Reembolso.

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

20.10.3.1 O valor da USR de reembolso poderá, eventualmente, ser reajustado 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 referenciada.

20.10.3.2 O reajuste do valor da USR deverá considerar exclusivamente a variação dos custos médicos e hospitalares dos procedimentos cobertos pelo presente contrato, não estando de qualquer forma vinculado ao índice de reajuste financeiro ou técnico da apólice.

20.11 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

20.12 Tabela de Múltiplos de Reembolso

Segurado não Internado			Segurado Internado		
Plano	Consulta	Exames/Terapias e Demais Procedimentos Ambulatoriais	Honorários Médicos	Diárias / Despesas Hospitalares	SADT*
Referência	1,5	0,6	0,6	0,6	0,6

20.13 O valor correspondente a coparticipação nas internação psiquiátrica, previsto na cobertura do seguro será deduzido do valor à ser reembolsado ao Segurado Titular.

20.14 O reembolso será efetuado diretamente ao Segurado Titular, em até 30 (trinta) dias contados a partir da data do recebimento dos documentos originais específicos para cada procedimento.

20.15 A Seguradora manterá em seu poder os recibos e notas fiscais originais referentes às despesas ressarcidas total ou parcialmente.

20.16 O valor reembolsado não será, sob nenhuma hipótese, superior ao valor efetivamente pago pelo segurado pelas respectivas despesas.

20.17 É facultado ao Segurado Titular solicitar a revisão dos valores de reembolso em até 180 (cento e oitenta) dias de seu efetivo pagamento pela Seguradora.

20.18 Antes do recebimento do Cartão SulAmérica Saúde para acesso à Rede Referenciada, será garantido ao Segurado, o reembolso das despesas cobertas realizadas, de acordo com o plano contratado.

20.19 Ainda que o Segurado tenha, na mesma Seguradora, mais de um seguro, em seu nome ou de outra pessoa, no qual seja incluído como dependente, ele terá direito a uma única cobertura, vedada, a acumulação. Nesse caso, serão aplicados os valores de reembolso do maior plano de Seguro, perdendo o Segurado o excesso de prêmios eventualmente pagos.

20.20 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.

20.21 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, e laudos de exames, se necessário, a critério da Seguradora;

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.

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

21. Rede Referenciada

21.1 A Rede Referenciada consiste no conjunto de médicos, laboratórios, clínicas, prontos socorros e hospitais, opcionalmente colocados à disposição dos

Segurados pela Seguradora, para prestar atendimento médico-hospitalar de acordo com o plano contratado.

21.2 A Seguradora efetuará, por conta e ordem do Segurado, o pagamento aos profissionais ou instituições da Rede Referenciada pelos serviços médico-hospitalares cobertos realizados, bem como de medicamentos e materiais cirúrgicos cobertos pelo presente seguro

21.3 Nestas situações, o segurado não desembolsará para os eventos cobertos, desde que observadas as condições do contrato, inclusive os casos previstos de Validação Prévia e o plano contratado.

21.4 As solicitações de serviços diagnósticos, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais podem ser solicitados por médico assistente ou cirurgião-dentista não pertencente à rede referenciada.

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

21.5.1 A relação contendo toda movimentação da rede referenciada estará disponível no site www.sulamerica.com.br, ou na Central de Serviços SulAmérica Saúde.

21.6 Os estabelecimentos hospitalares da Rede Referenciada são classificados por especialidade médica e disponibilizados aos Segurados de acordo com o plano contratado.

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

21.8 A relação da rede referenciada será disponibilizada por meio da website www.sulamerica.com.br, ou ainda por meio de telefone na Central de Serviços SulAmérica Saúde.

21.9 O Segurado, constatada qualquer dificuldade em seu atendimento diretamente pela rede referenciada, deverá contatar a Seguradora para fins de cumprimento dos prazos máximos para atendimento do Segurado, previstos na Resolução Normativa nº 259/2011 da Agência Nacional de Saúde Suplementar. É guardada também ao Segurado, a opção pela livre escolha do profissional/estabelecimento médico, procedendo-se dessa forma com o reembolso, nos termos e limites dispostos no item 20 dessas Condições Gerais.

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

22. Validação Prévia de Procedimentos – VPP

22.1 Para a realização dos procedimentos abaixo relacionados, será necessária a solicitação de validação prévia, a qual será concedida pela Seguradora após análise das solicitações especificadas pelo Médico Assistente.

22.1.1 Internações: clínicas, cirúrgicas, obstétricas ou psiquiátricas.

22.1.2 Remoções.

22.1.3 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.

22.1.4 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 da ANS, vigente à época da realização do evento.

22.2 Na Validação Prévia de Procedimentos 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 deverá ser solicitada e submetida à apreciação da Seguradora.

22.3 Para análise adequada da validação prévia de procedimentos, a Seguradora 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 Segurado anteriormente.

23. Divergências Médicas

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

- 23.1** O profissional solicitante poderá recusar até três nomes indicados pela Seguradora para composição da junta médica. Ocorrendo a recusa, o quarto nome indicado pela Seguradora, comporá a junta médica.
- 23.2** Na hipótese do profissional solicitante recusar a participar da junta médica ou se manter silente em relação à comunicação da Seguradora de instauração da junta médica, fica a Seguradora isenta da obrigatoriedade de cobertura do procedimento solicitado.
- 23.3** Na situação acima, havendo posterior consenso para a realização da junta médica, o procedimento solicitado será autorizado de acordo com o determinado pela junta médica.
- 23.4** Caso, realizada a junta médica, o terceiro desempataador também diverja do profissional solicitante, fica a Seguradora isenta da obrigatoriedade de cobertura do procedimento solicitado.
- 24. Prêmio Mensal**
- 24.1** A formação do preço deste seguro é preestabelecido, ou seja, o valor do prêmio é calculado antes da utilização das coberturas contratadas.
- 24.2** O prêmio mensal deverá ser pago pelo Estipulante à Seguradora antes da utilização das coberturas contratadas.
- 24.3** O Estipulante obriga-se a pagar à Seguradora, em pré-pagamento, os valores relacionados na Tabela de Preços, por segurado, para efeito de inscrição e prêmio mensal, através de emissão de faturas.
- 24.4** O vencimento dos prêmios mensais será sempre o mesmo dia da quitação bancária do 1º (primeiro) prêmio. Caso a data coincida com dias em que não haja expediente bancário, o pagamento deverá ser feito no 1º (primeiro) dia útil subsequente.
- 24.5** Os prêmios individuais e acertos de prêmio decorrentes de inclusões e exclusões de Segurados serão contabilizados no prêmio mensal do mês subsequente às movimentações, conforme os valores vigentes na data do faturamento, não existindo cobrança pró-rata.
- 24.6** As movimentações de Segurados ocorridas após o fechamento da fatura serão consideradas como acerto de prêmio no faturamento do prêmio mensal subsequente.
- 24.7** Se o Estipulante não receber documento que possibilite realizar o pagamento de sua obrigação até cinco dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente à Seguradora, para que não se sujeite a consequência da mora.
- 24.8** O valor do prêmio mensal em atraso será automaticamente acrescido de multa de 2% (dois por cento), além de correção monetária.

- 24.9** O atraso no pagamento do prêmio mensal implicará na suspensão automática do direito às coberturas do seguro a partir do 1º (primeiro) dia de inadimplência do Estipulante.
- 24.10** O direito às coberturas deste seguro será readquirido a partir da 0 (zero) hora do dia subsequente à regularização do pagamento do prêmio em atraso.
- 24.11** O atraso no pagamento do prêmio mensal por período superior a 30 (trinta) dias resultará no cancelamento do seguro e na cobrança de eventuais prêmios vencidos até a data do efetivo cancelamento, exceto nos casos em que o Estipulante solicitou o cancelamento do seguro com antecedência de 60 (sessenta) dias da data do vencimento do prêmio mensal.
- 24.12** O pagamento de prêmio mensal não quita eventuais débitos anteriores.
- 24.13** Se a Seguradora não identificar o pagamento de qualquer prêmio mensal vencido, poderá solicitar a comprovação do pagamento devidamente validada por estabelecimento bancário.

25. Reajuste do Prêmio do Seguro

25.1 Reajuste para Contratos com até 29 (vinte e nove) vidas

Caso a Empresa Contratante, na data da apuração, ou seja, na data de aniversário do contrato do ano anterior à aplicação do reajuste, possua até 29 (vinte e nove) Segurados, seu reajuste será calculado considerando todo o grupo de empresas na mesma condição e o percentual de reajuste apurado será aplicado igualmente para todo o grupo, independente do plano contratado.

25.1.1 Apuração da quantidade de vidas

As Empresas Contratantes terão como mês de referência para a primeira apuração da quantidade de vidas o mês de assinatura do contrato, sendo que as apurações subsequentes ocorrerão anualmente no mês de aniversário do contrato do ano anterior à aplicação do reajuste.

25.1.2 Cálculo do Percentual de Reajuste Único

Com o objetivo de manter o equilíbrio técnico atuarial dos contratos, o prêmio será reajustado anualmente com base no Percentual de Reajuste Único – PRU, composto pelos critérios abaixo, independentemente do reajuste aplicado automaticamente quando da mudança de faixa etária.

25.1.3 Reajuste Financeiro do Prêmio

O prêmio será reajustado com base na **Variação dos Custos Médico-Hospitalares - VCMH**, e de outras despesas incidentes sobre a operação do seguro, além de incorporações tecnológicas e coberturas adicionais.

25.1.3.1 A **VCMH**, que poderá ser ponderada por plano, região e sexo, é calculada por meio da variação do custo do sinistro per capita anual de dois períodos consecutivos compreendidos de março a fevereiro, considerando os sinistros pagos dos contratos que contemplem até 29 (vinte e nove) segurados, sendo o último período imediatamente anterior à data de referência.

Considera-se como data de referência o mês de maio do ano de início do ciclo de aplicação de reajuste.

25.1.3.2 Os sinistros dos 5 (cinco) primeiros meses de vigência dos contratos que compuserem a base de cálculo do reajuste serão substituídos pelo sinistro per capita dos demais meses de vigência do período de apuração desses contratos, o qual será multiplicado pela quantidade de segurados vigentes para cada mês substituído.

25.1.3.3 A variação encontrada, nos termos da apuração descrita, resultará no Índice de Variação dos Custos Médicos Hospitalares - **IVCMH**.

25.1.4 Reajuste do Prêmio em Função da Sinistralidade

25.1.4.1 O prêmio do seguro será reajustado sempre que o Índice de Reajuste de Sinistralidade - **IRS** apurado no agrupamento estiver acima de 0,65 (sessenta e cinco centésimos).

25.1.4.2 Serão considerados todos os contratos que contemplem até 29 (vinte e nove) segurados, conforme determinado por meio de Resolução Normativa - RN 309, sendo que para fins de enquadramento no agrupamento de contratos observaremos os segurados efetivamente faturados nos períodos descritos na cláusula 25.1.1.

25.1.4.3 Na apuração do índice de sinistralidade serão considerados os valores de sinistros e prêmios pagos dos últimos 12 (doze) meses, que compreende o período de março a fevereiro, imediatamente anterior à data de referência. Considera-se como data referência o mês de maio do ano do início do ciclo de reajuste.

25.1.4.4 Os sinistros dos 5 (cinco) primeiros meses de vigência dos contratos que compuserem a base de cálculo do reajuste serão substituídos pelo sinistro per capita dos demais meses de vigência do período de apuração desses contratos, o qual será multiplicado pela quantidade de segurados vigentes para cada mês substituído.

25.1.4.5 Não serão considerados os impostos e comissões incidentes sobre o valor do prêmio pago.

25.1.4.6 Os prêmios serão reajustados em função da sinistralidade, caso o índice da fórmula abaixo seja maior que 1 (um). Caso o índice seja menor que 1 deve ser utilizado 1 como resultado do **IRS**, que será utilizado na fórmula para compor o **Percentual de Reajuste Único – PRU**.

$$IRS = \left[\frac{\sum \text{Sinistros}}{\sum \text{Prêmios}} \right] / 0,65$$

Em que:

IRS = Índice de Reajuste por Sinistralidade;

∑ Sinistros = Soma dos sinistros pagos dos últimos 12 (doze) meses que compreende o período de março a fevereiro, imediatamente anterior à data referência. Considera-se como data referência o mês de maio do ano do início do ciclo de aplicação do reajuste.

Os sinistros dos 5 (cinco) primeiros meses de vigência dos contratos que compuserem a base de cálculo do reajuste serão substituídos pelo sinistro per capita dos demais meses de vigência do período de apuração desses contratos, o qual será multiplicado pela quantidade de segurados vigentes para cada mês substituído.

∑ Prêmios = Soma dos prêmios pagos líquidos de impostos e comissões dos últimos 12 (doze) meses que compreende o período de março a fevereiro, imediatamente anterior à data de referência. Considera-se como data de referência o mês de maio do ano do início do ciclo de aplicação do reajuste.

0,65= Índice Máximo de Sinistralidade.

25.1.5 Percentual de Reajuste Único - PRU

Desta forma, o PRU será obtido considerando a composição dos resultados encontrados pelas seguintes fórmulas:

25.1.5.1 Composição do Reajuste a ser aplicado aos contratos que foram considerados no agrupamento, sendo:

$$PRU = \left[(IVCMH * IRS) - 1 \right] * 100$$

Em que:

PRU = Percentual de Reajuste Único;

IVCMH = Índice de Variação dos Custos Médicos Hospitalares;

IRS = Índice de Reajuste por Sinistralidade dos contratos que fazem parte do agrupamento.

25.1.6 Aplicação do Percentual de Reajuste Único

O PRU (Percentual de Reajuste Único) será o máximo a ser aplicado ao prêmio mensal dos contratos que fizerem parte do agrupamento, entre os meses de maio de um ano a abril do ano seguinte, respeitada a data de

aniversário dos contratos e ou o intervalo de 12 (doze) meses do último reajuste.

25.1.7 Comunicação do Percentual de Reajuste Único

O percentual de reajuste a ser aplicado ao agrupamento de contratos será divulgado até o primeiro dia útil do mês de maio de cada ano no Portal Sul América Saúde Online, área logada, e será informado se a Empresa Contratante integrou o agrupamento de contratos, além de comunicar a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

25.2 Reajuste para Contratos com mais de 29 (vinte e nove) vidas

Serão considerados todos os contratos **exclusivamente do produto SulAmérica Saúde PME** que contemplem mais de 29 (vinte e nove vidas), e os critérios para o reajuste estão definidos a seguir.

25.2.1 Reajuste Financeiro do Prêmio

O prêmio será reajustado com base na **Variação dos Custos Médico-Hospitalares - VCMH**, e de outras despesas incidentes sobre a operação do seguro, além de incorporações tecnológicas e coberturas adicionais.

25.2.2 Reajustes do Prêmio em Função da Sinistralidade

O prêmio do seguro será reajustado sempre que o índice de sinistralidade apurado no grupo de empresas estiver **acima de 0,65 (sessenta e cinco centésimos)**.

- a) Na apuração do índice de sinistralidade serão considerados os valores de prêmios pagos e sinistros pagos, mais sinistros avisados e não pagos dos últimos 12 (doze) meses, que compreende o mês imediatamente anterior à data de apuração;
- b) Não serão considerados prêmios e sinistros dos três primeiros meses de vigência dos contratos;
- c) Os contratos que integrarão a base de cálculos devem ter mais que cinco meses de vigência;
- d) Não serão considerados os impostos e comissões incidentes sobre o valor do prêmio pago;
- e) Os prêmios serão reajustados em função da sinistralidade, caso o índice da fórmula abaixo seja maior que 1 (um). Caso o índice seja menor que 1 deve ser utilizado 1 como resultado do **IRS**, que será utilizado na fórmula abaixo para compor o percentual de reajuste.

$$IRS = \left[\frac{\sum \text{Sinistros}}{\sum \text{Prêmios}} \right] / 0,65$$

Em que:

IRS = Índice de Reajuste por Sinistralidade;

Σ **Sinistros** = Soma dos sinistros pagos mais sinistros avisados e não pagos dos últimos 12 meses imediatamente anterior a data de apuração

Σ **Prêmios** = Soma dos prêmios pagos dos últimos 12 meses imediatamente anterior a data de apuração

0,65 = Índice Máximo de Sinistralidade.

25.2.3. Composição do Reajuste a ser aplicado aos contratos que contemplem mais de 29 vidas

$$R = \left[(IVCMH * IRS) - 1 \right] * 100$$

Em que:

R = Reajuste

IVCMH = Índice de Variação dos Custos Médicos Hospitalares;

IRS = Índice de Reajuste por Sinistralidade dos contratos que fazem parte do agrupamento. Caso o índice seja menor que 1 deve ser utilizado 1 na aplicação da fórmula.

25.2.4 A comunicação do reajuste à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, será realizada em até 30 (trinta) dias após a sua aplicação.

26. Variação do Prêmio por Mudança de Faixa Etária

26.1 O valor do prêmio será adequado quando os Segurados mudarem de faixa etária, aplicando o percentual indicado na Tabela de Percentual por Mudança de Faixa Etária, sobre o valor do último prêmio individual. A adequação do prêmio ocorrerá no mês subsequente ao aniversário do Segurado.

26.2 Os percentuais da Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa Etária 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.

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

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

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

- 26.2.4** 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.

26.3 Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa Etária

- 26.3.1** Os percentuais estabelecidos para cada mudança de faixa etária nesta proposta de seguro são:

Faixa Etária	Percentuais
0 a 18 anos	0,00%
19 a 23 anos	25,00%
24 a 28 anos	24,00%
29 a 33 anos	11,00%
34 a 38 anos	7,00%
39 a 43 anos	16,00%
44 a 48 anos	19,54%
49 a 53 anos	17,20%
54 a 58 anos	19,05%
59 anos ou +	68,45%

27. Extensão de Cobertura Assistencial para Demitidos e Aposentados

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

27.1 Ex-empregado Demitido ou Exonerado sem Justa Causa

- 27.1.1** Ao ex-empregado, demitido ou exonerado sem justa causa, que contribuiu para o seguro-saúde, contratado na vigência da Lei nº 9656/98 ou a ela adaptado, 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.
- 27.1.2** O período de manutenção desta condição será de 1/3 (um terço) do tempo de permanência, em que tenha contribuído para o seguro-saúde, na vigência da Lei nº 9656/98, ou seus sucessores, com um mínimo assegurado de 6 (seis) e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses.
- 27.1.3** 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 seguro-saúde.

- 27.1.4** Esse benefício é obrigatoriamente extensivo ao grupo familiar inscrito, quando da vigência do contrato de trabalho.
- a)** Essa obrigatoriedade não impede que a condição de segurado seja mantida pelo ex-empregado, individualmente, ou com parte do seu grupo familiar.
 - b)** É permitida, ainda, ao Segurado Titular, durante ao período que faz jus à manutenção do benefício, a inclusão de novo cônjuge e filhos.
- 27.1.5** Em caso de morte do Segurado Titular na vigência do benefício, é garantido aos Segurados Dependentes, o direito de manter a condição de Segurados deste seguro-saúde, pelo período remanescente da extensão da cobertura, desde que continuem pagando integralmente os prêmios.
- 27.1.6** O direito de manutenção, assegurado no seguro saúde para ex-empregados, demitidos ou exonerados, sem justa causa, não exclui vantagens obtidas pelos empregados, decorrentes de negociações coletivas de trabalho ou acordos coletivos de trabalho.
- 27.1.7** A condição de Segurado, do ex-empregado, demitido ou exonerado, sem justa causa, deixará de existir quando da admissão do Segurado Titular em novo emprego, cancelamento do seguro pelo Estipulante, inadimplência superior ao prazo estipulado em contrato tanto pelo Estipulante quanto pelo Segurado ou pelo decurso do prazo previsto na cláusula 27.1.2.
- 27.1.8** A manutenção da condição de Segurado no mesmo seguro-saúde 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.

27.2 Ex-empregado Aposentado

- 27.2.1** Ao ex-empregado aposentado ou para o aposentado que continuou trabalhando na empresa e venha a se desligar, desde que tenha contribuído para o seguro-saúde, contratado na vigência da Lei nº 9656/98 ou a ela adaptado, em decorrência do vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de 10 (dez) anos, é assegurado o direito de manter sua condição de segurado, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava, quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral.
- 27.2.2** 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 seguro-saúde, por período inferior a 10 (dez) anos, é assegurada a permanência, no mesmo plano privado de assistência à saúde ou seu sucessor, desde que assuma o pagamento integral, à razão de 1 (um) ano para cada ano de contribuição.

- 27.2.3** 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 seguro-saúde.
- 27.2.4** Esse benefício é obrigatoriamente extensivo ao grupo familiar inscrito, quando da vigência do contrato de trabalho.
- a)** Essa obrigatoriedade não impede que a condição de segurado seja mantida pelo ex-empregado aposentado, individualmente, ou com parte do seu grupo familiar.
 - b)** É permitida, ainda, ao Segurado Titular, durante ao período que faz jus à manutenção do benefício, a inclusão de novo cônjuge e filhos.
- 27.2.5** Em caso de morte do Segurado Titular na vigência do benefício, é garantido aos Segurados Dependentes, o direito de manter a sua condição de Segurados deste seguro saúde, pelo período remanescente da extensão da cobertura, desde que continuem pagando integralmente os prêmios.
- 27.2.6** Ao aposentado que continuou trabalhando na mesma empresa, e veio a falecer antes de exercido o direito ao benefício, é garantido aos dependentes inscritos no seguro saúde, a manutenção deste plano, desde que continuem pagando integralmente os prêmios.
- 27.2.7** O direito de manutenção assegurado no seguro saúde, ao aposentado não exclui vantagens obtidas pelos empregados, decorrentes de negociações coletivas de trabalho ou acordos coletivos de trabalho.
- 27.2.8** A manutenção da condição de Segurado no mesmo seguro saúde 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.

27.3 Da Mudança de Operadora

- 27.3.1** No caso de oferecimento de plano privado de assistência à saúde pelo Estipulante, mediante a contratação sucessiva de mais de uma Operadora, serão considerados para fins de aplicação dos direitos previstos no art. 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 Estipulante 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.

- 27.3.2** 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 de saúde aos empregados ativos.

27.4 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.

27.5 Comunicação ao Segurado

Será de inteira responsabilidade do Estipulante, oferecer a Extensão de Cobertura do seguro-saúde ao ex-empregado, demitido ou exonerado sem justa causa e ao aposentado, que contribuíram a qualquer tempo com o benefício, de acordo com os critérios definidos neste documento e na Cartilha de Extensão de Benefício do Seguro Empresarial aos Segurados Contributários Demitidos ou Exonerados Sem Justa Causa e/ou Aposentados. Esta Cartilha está disponibilizada no Portal SulAmérica Saúde (www.sulamerica.com.br/saudeonline), módulo Empresa.

27.5.1 O Estipulante também deverá comunicar os dependentes do aposentado que continuou trabalhando na mesma empresa e veio a falecer, antes de ter adquirido o benefício, o direito à manutenção do seguro-saúde, desde que continuem pagando integralmente o prêmio mensal.

27.5.2 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 Segurado, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, em resposta à comunicação do Estipulante, formalizada no ato da rescisão contratual ou da data do óbito do aposentado.

27.5.2.1 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 Segurado, em equivalência àquelas que gozava quando da vigência do contrato de trabalho.

27.5.3 O valor do prêmio a ser pago 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 Segurados, quando da contratação do seguro.

27.5.4 A SulAmérica disponibilizará no Portal SulAmérica Saúde Online, nos módulos Empresa e Segurado, o valor correspondente ao custo por faixa

etária, mesmo que haja financiamento do Estipulante, conforme determina a Resolução Normativa nº 279/11.

27.6 Responsabilidades do Estipulante

27.6.1 O Estipulante 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 destas Condições Gerais.

27.6.2 O Estipulante deverá informar à Seguradora, no ato da exclusão de qualquer Segurado, por meio de formulário os dados definidos pela ANS, por meio da Resolução Normativa nº 279/11, os quais são:

- a)** Se o Segurado foi excluído por demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria;
- b)** Se o Segurado demitido ou exonerado sem justa causa se enquadra no disposto do artigo 22, da Resolução Normativa nº 279/11, que trata do aposentado que continuou trabalhando na mesma empresa;
- c)** Se o Segurado contribuía para o pagamento do seguro-saúde;
- d)** Por quanto tempo o Segurado contribuiu para o pagamento do seguro-saúde; e
- e)** Se o ex-empregado ou aposentado optou pela sua manutenção como beneficiário ou se recusou a manter esta condição.

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

27.6.2.2 A Seguradora disponibiliza formulário denominado Termo de Opção e Transferência do Seguro, sendo obrigatório o envio deste documento devidamente preenchido, para que a exclusão seja processada, quando o ex-empregado contribuiu a qualquer tempo com o seguro saúde, nesta Seguradora ou em Operadora anterior e optou pela extensão do benefício, nos termos dos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98.

27.6.3 O Estipulante deverá comunicar, por escrito, à Seguradora, em até 30 (trinta) dias após o desligamento, a opção do Segurado pela Extensão de Cobertura Assistencial, apresentando os seguintes documentos:

- a) Formulário denominado Termo de Opção e Transferência do Seguro, definido pela Seguradora, devidamente assinada pelo Estipulante e ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado, disponibilizado no Portal SulAmérica Saúde Online (www.sulamerica.com.br/saudeonline);
- 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.

27.7 O Estipulante, 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 Segurados contra a Seguradora, relacionados à incorreção das informações prestadas, pela Estipulante, no formulário ou meio eletrônico, para a exclusão e/ou transferência de Segurados, bem como, por irregularidade na correspondente documentação.

27.8 Disposições Gerais

- 27.8.1** É permitido ao empregador subsidiar o seguro-saúde ou promover a participação dos empregados ativos no seu financiamento, devendo o valor correspondente ser explicitado aos Segurados.
- 27.8.2** A cobrança direta do prêmio ao aposentado, exonerado ou demitido sem justa causa, quando da extensão do benefício, em razão dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98, poderá ser realizada pela Seguradora, desde que por conta e ordem do Estipulante.
- 27.8.3** Mesmo que haja acordo entre a Seguradora e Estipulante para que a cobrança deste benefício seja direta, por conta e ordem do Estipulante, os Segurados continuarão vinculados ao plano coletivo para todos os fins, dentre os quais, a apuração de sinistralidade na carteira de pequenas e médias empresas – PME.
- 27.8.4** Quando houver cancelamento do benefício, o Segurado poderá optar por um plano individual, no prazo de 30 (trinta) dias, com aproveitamento dos períodos de carência, desde que esta Seguradora, sob o registro nº 006246, esteja comercializando produto individual na ocasião.
- 27.8.5** 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 Segurado garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei 9.656, de 1998, poderão exercer a portabilidade especial de carências conforme previsto nas Resoluções Normativas publicadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

28. Exclusão do Segurado**28.1 O Segurado Titular será excluído do seguro nos seguintes casos:**

- a) Em caso de morte do Segurado Titular. A exclusão do Segurado deverá ser comunicada pelo Estipulante em até 30 (trinta) dias da data do seu falecimento, de forma a evitar cobrança de prêmio.
- b) Término do vínculo com o Estipulante, 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 Estipulante informar à Seguradora sobre a extinção do vínculo do Segurado Titular;
- c) Infrações ou fraudes comprovadas ou prática de conduta com o objetivo de obter vantagens ilícitas ou indevidas do seguro ou da Seguradora, praticadas por qualquer dos Segurados.
- d) Por falta de observação e cumprimento pelo Segurado e seus Dependentes às obrigações contratuais previstas no contrato ou no caso de declarações inexatas para a Seguradora;
- e) Cancelamento do Seguro pelo Estipulante

28.2 O Segurado Dependente será excluído do seguro nos casos de:

- a) Perda da condição de dependência definida nas Condições Gerais deste seguro
- b) Exclusão do Segurado Titular

28.3 Caberá tão somente ao Estipulante solicitar a suspensão ou exclusão do Segurado.**28.4 Somente ocorrerá exclusão ou suspensão da assistência à saúde dos Segurados, sem a anuência do Estipulante, nas seguintes hipóteses:**

- a) Fraude;
- b) Por perda do vínculo do titular com a Estipulante ou de dependência conforme o disposto no contrato, ressalvados os dispostos nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98 e RN 279/11.

28.5 Formas de Exclusão**28.5.1 Movimentação Eletrônica de Cadastro**

A empresa ou corretor efetuará o registro da exclusão no sistema da Seguradora “MECSAS” e através das informações fornecidas serão definidas de forma automática o fim de vigência, sendo obrigatório o envio

de documentos que comprovem a perda do vínculo com o Estipulante para que a exclusão seja processada.

28.5.2 Movimentação Manual de Cadastro

A empresa deverá entregar à Seguradora na ocasião da exclusão do Segurado, o formulário de exclusão fornecido pela Seguradora, denominado Manutenção de Beneficiário e o Termo de Opção e Transferência do Segurado, devidamente preenchido e assinado pelo representante legal do Estipulante, sob carimbo da empresa. O fim de vigência será o último dia do mês de competência da data da contratação do seguro com base no protocolo de entrega na Seguradora.

29. Cancelamento do Seguro

29.1 Cancelamento do seguro por iniciativa da Seguradora e/ou Estipulante

29.1.1 O cancelamento imotivado do seguro por iniciativa da Seguradora e/ou do Estipulante, sem direito a devolução dos prêmios pagos, somente poderá ocorrer após 12 (doze) meses de contrato e mediante comunicação por escrito por qualquer das partes, com no mínimo 60 (sessenta) dias de antecedência da data do efetivo cancelamento, e o pagamento dos prêmios deverá ocorrer neste período.

29.2 Cancelamento do seguro por iniciativa da Seguradora

29.2.1 O seguro estará sujeito ao cancelamento a qualquer momento por iniciativa da Seguradora, sem direito a devolução dos prêmios pagos, nas seguintes situações:

- a) Quando por critérios técnicos-atuariais a manutenção do Grupo Segurado tornar-se inviável, a Seguradora comunicará ao Estipulante por escrito com no mínimo 60 (sessenta) dias de antecedência.**
- b) Quando o Grupo Segurado reduzir-se a número inferior a 3 (três) vidas;**
- c) Inadimplência superior a 30 (trinta) dias;**
- d) Quando o Estipulante, Proponente ou seu responsável legal não fizer declarações verdadeiras e completas na Proposta de Seguro ou no Cartão Proposta/Declaração de Saúde, omitindo circunstâncias que possam influir na aceitação do seguro ou no valor do prêmio mensal, conforme estabelecido no Código Civil Brasileiro;**
- e) Quando for identificado pela Seguradora, infrações ou fraudes comprovadas ou prática de conduta com o objetivo de obter**

vantagens ilícitas ou indevidas do seguro ou da Seguradora, praticadas por qualquer dos Segurados.

- f) Quando for comprovada a distribuição da ação ou a decretação de falência, de Liquidação judicial/extrajudicial ou de recuperação judicial/extrajudicial, em face do Estipulante.

29.3 Cancelamento do Seguro antes do período inicial de 12 (doze) meses de contrato.

29.3.1 O Estipulante somente poderá solicitar o cancelamento de seu contrato antes de completado o período de 12 (doze) meses da contratação, no caso em que houver a decretação de sua falência, conforme descrito no item f da cláusula 28.2.1, devendo comunicar a Seguradora por escrito com 60 (sessenta) dias de antecedência da data do efetivo cancelamento, período este em que deverá ocorrer o pagamento dos prêmios mensais, todavia, exclusivamente nesta situação, não haverá cobrança do prêmio complementar previsto na cláusula 29.3.2.

29.3.2 Nos casos em que o Estipulante solicitar o cancelamento do seguro antes de completar o prazo de 12 (doze) meses da contratação, e que o motivo não for exclusivamente o item f na cláusula 29.2.1, deverá comunicar à Seguradora com 60 (sessenta) dias de antecedência da data do efetivo cancelamento, e o pagamento dos prêmios deverá ocorrer neste período.

29.3.2.1 O Estipulante, no caso de cancelamento do contrato antes de completar o prazo de 12 (doze) meses da contratação deverá pagar também prêmio complementar, equivalente a 3 (três) vezes o valor da média das faturas já emitidas durante o período em que o contrato esteve ativo.

29.3.3 O prêmio complementar também será cobrado nos casos em que a Seguradora cancelar o contrato pelos motivos definidos na cláusula 29.2.1, além da cobrança dos prêmios vencidos, adotando-se o mesmo parâmetro definido no item 29.3.2.1 acima para cálculo do valor a ser pago.

29.3.4 O pagamento da fatura correspondente ao prêmio complementar, deverá ocorrer até a data de vencimento indicada na fatura, sendo que no caso de atraso haverá incidência de multa e correção monetária, conforme previsto na cláusula de prêmio mensal.

30. Disposições Gerais

- 30.1** Fazem parte destas Condições Gerais, todos os formulários para inclusão e exclusão do Segurado, Carta de Orientação ao Segurado, Declaração de Saúde, Cartões SulAmérica Saúde, Guia Prático do Segurado, Proposta de Seguro, Manual de Orientação para Contratação do Plano – MPS e o Guia de Leitura Contratual.
- 30.2** Será de responsabilidade do Estipulante, 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 Segurado Titular o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde – MPS, previamente à sua inclusão no seguro;
 - b)** entregar, junto com o Cartão de Identificação do Segurado Titular o Guia de Leitura Contratual – GLC;
 - c)** disponibilizar sempre que solicitado pelo Segurado Titular cópia das Condições Gerais, contemplando, no mínimo, os temas referenciados no GLC.
- 30.3** O MPS e o GLC são instrumentos destinados a informar ao Segurado 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.
- 30.4** A Seguradora disponibiliza o MPS e o GLC por meio do website www.sulamerica.com.br, com o objetivo de facilitar o acesso pelo Estipulante e Segurado, e devem ser seguidos em sua íntegra, conforme determina a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.
- 30.5** O Estipulante será responsável pelo recolhimento e destruição dos Cartões SulAmérica Saúde nos casos de desligamento dos Segurados ou após o cancelamento do seguro.
- 30.6** O Estipulante será responsável pelo pagamento de todas as despesas médico-hospitalares efetuadas indevidamente após o desligamento do Segurado ou cancelamento do seguro, corrigidas pelo IGPM acumulado no período.
- 30.7** O Estipulante deverá disponibilizar à Seguradora 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 seguro, para preservar a integridade do contrato e validação do grupo segurável definido no momento da contratação.
- 30.7.1** Na ocorrência de constatação da divergência encontrada entre o Grupo Segurável previsto neste contrato e o Grupo Segurado efetivamente coberto, serão tomadas as providências a seguir:

30.7.1.1 O Estipulante será o responsável pelo pagamento do valor integral de todos os sinistros por atendimento em rede referenciada, reembolsos e validações prévias ocorridas durante o período de vigência deste Segurado, acrescidas de despesas administrativas e financeiras.

30.7.1.2 A Seguradora providenciará, imediatamente à constatação de divergências, a exclusão do Segurado que será para o último dia que antecede o dia da vigência do Estipulante.

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

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

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

30.9 O Estipulante se compromete, no caso de cancelamento do seguro saúde junto à Seguradora e realização de nova contratação com objeto similar ao do presente contrato junto a outra Operadora de seguro saúde, a transferir, integralmente, a massa de Segurados e respectivos dependentes, com todos os seus direitos e obrigações, Segurados autores de ações, com ou sem deferimento de liminares judiciais, bem como os Segurados na condição de demitidos e aposentados, ressarcindo à Seguradora, de imediato, na íntegra, todas as despesas ocorridas com os respectivos Segurados 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 Segurados e respectivos dependentes que impeçam a transferência destes ao novo seguro saúde contratado e/ou imponham à Seguradora o custeio de procedimentos após o final de vigência do contrato.

31. SulAmérica Saúde Ativa

31.1 A SulAmérica possui um conjunto de programas e ações de gestão com foco na promoção da saúde e bem-estar, gestão de doenças, gestão de condições de risco e gestão de casos complexos disponibilizados aos Segurados incluídos no seguro saúde.

31.2 A participação dos Segurados se dará por meio de adesão voluntária ao programa no qual ele seja elegível em participar, de acordo com a sua condição de saúde. O segurado poderá tomar conhecimento dos programas disponíveis pelo diversos canais de comunicação da SulAmérica, incluindo o contato direto.

31.3 As coberturas assistenciais ocorridas no âmbito do programa em que o Segurado seja participante, serão considerados como despesas médicas e comporão o cálculo de sinistro, conforme descrito na Cláusula de Reajuste.

32. MECSAS: Movimentação Eletrônica de Cadastro

O Meio Eletrônico de Cadastro SulAmérica – MECSAS, é um sistema disponibilizado pela Seguradora 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 A Estipulante poderá optar pela utilização da ferramenta e deverá assinalar esta opção na proposta de adesão, estabelecendo inclusive se a manutenção será feita pela própria ou pelo Corretor Nomeado.

32.1.1 A opção assinalada pela Estipulante na proposta de adesão 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 A Estipulante ou Administradora de Benefícios, doravante, denominada Contratante ou a Corretora, por ela designada, que receberá a denominação de Corretora Nomeada, declara-se ciente e de acordo de que a aplicação fornecida pela Contratada, Sul América Companhia de Seguro Saúde, 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 a 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 segurados 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 Seguradora, por meio de formulários próprios, preenchidos, assinados, carimbados e acompanhados da documentação de apoio.

32.3 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 a 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.

32.4 Direitos do Autor

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

32.4.2 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.

32.4.3 A 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.

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

32.5 Garantias e responsabilidades

32.5.1 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.

32.5.2 A Contratada expressa que esta licença para utilizar o MECSAS não infringe nenhum contrato prévio ou legislação atual.

32.5.3 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.

32.5.4 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.

32.5.5 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.

32.5.6 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.

32.5.7 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.

32.5.8 Após o preenchimento dos dados dos segurados (titulares e/ou dependentes), é de única e total responsabilidade da 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 Relatórios/Consultar Movimentações que disponibiliza o resultado dos arquivos de movimentos, que foram remetidos para processamento, pela Contratante. A conferência dos movimentos processados deve ser realizada, diariamente, pela 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.

- 32.5.9** 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.
- 32.5.10** A 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.
- 32.5.11** 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 Seguradora e/ ou o cancelamento da operação efetuada.
- 32.5.12** Havendo substituição ou desligamento do usuário master, a Contratada deverá receber notificação para troca do responsável e interromper o acesso do usuário anterior.
- 32.5.13** A Contratante, neste ato, responsabiliza-se, em caráter irretratável e irrevogável, por quaisquer reclamações ou outros atos de natureza administrativa ou judicial, que venham a ser intentados por seus segurados contra a Contratada, a qualquer tempo, relacionados à incorreção das informações prestadas pela 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.
- 32.5.14** Considerando que, nos termos da Resolução Normativa nº 279 da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, é de responsabilidade da Contratante a concessão do benefício de manutenção do plano de assistência à saúde aos ex-empregados, demitidos ou exonerados, sem justa causa e aposentados, e a alteração do segurado à condição de inativo é feita pela ferramenta MECSAS, a 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 segurados.
- 32.5.15** A Contratante ou a Corretora Nomeada compromete-se ainda:
- a)** A comunicar a 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 a Contratada, quando houver troca de Corretor, caso seja este o usuário do MECSAS, e enviar um novo termo assinado pela Contratante e a nova Corretora Nomeada.
- d) Neste ato, a 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 a 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.

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

32.6 Vigência

A vigência deste Termo tem início juntamente com a vigência do contrato. 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.

32.7 Elegibilidade

32.7.1 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 segurados 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 segurados 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 segurados, 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, pela 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.

32.7.2 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 segurados 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 pela Contratante ou Corretora Nomeada.

32.7.3 Ainda de acordo com a Resolução Normativa nº 279/11 da ANS (Agência Nacional de Saúde), além da exigência acima, a exclusão dossegurados , 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, a 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 31.7.4 do presente Termo.

32.7.4 O Contratante ou a Corretora Nomeada deverá manter em seu poder a documentação oficial que comprove a elegibilidade dos segurados 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 Segurados.

32.7.5 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.

32.8 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 Segurados.

32.8.1 No momento da contratação, a Contratante deverá optar pela utilização da ferramenta MECSAS WEB na Corretora e/ou Empresa, responsabilizando-a pelas movimentações descritas na cláusula **31.2.2**

32.8.2 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, a Contratante deverá formalizar à Contratada.

32.9 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 segurados a terceiros, exceto nas solicitações judiciais ou dos órgãos reguladores.

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

32.10 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 Seguradora para atendimento médico-hospitalar ao Segurado.

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 independentemente de qualquer outra causa, torne necessária a internação hospitalar ou o atendimento em regime ambulatorial do Segurado.

33.3 Assistência Domiciliar / Home Care

Assistência ao Segurado, 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 Carência

Período durante o qual, mesmo ocorrendo o pagamento do prêmio mensal pelo Estipulante, o Segurado não tem direito a determinadas coberturas.

33.6 Cartão Proposta

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

33.7 Cartão SulAmérica Saúde

Cartão individual e personalizado, que servirá para identificar o Segurado junto à Seguradora e Rede Referenciada.

33.8 Categoria Funcional

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

33.9 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.

33.10 Coparticipação

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

33.11 Corretor de Seguros

Profissional autônomo ou pessoa jurídica, habilitado pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, para intermediar e promover contratos de seguros. A escolha do corretor é da inteira e exclusiva responsabilidade do Estipulante, conforme previsto na Lei nº 4.594/64, Decreto-lei nº 73/66 e Decreto nº 60.459/67.

33.12 Dependentes Seguráveis

Exclusivamente o cônjuge ou companheiro(a), os filhos solteiros ou adotivos e netos cujo parto tenha sido pago por esta Seguradora, do Segurado Titular. Equiparam-se a filhos, o enteado e o menor que esteja sob a guarda ou tutela do Segurado Titular por determinação judicial.

33.13 Doenças e Lesões Preexistentes

Aquelas, inclusive as congênitas, que o Proponente ou seu responsável legal saiba ser portador ou sofredor na época de adesão ao seguro.

33.14 Entrevista Qualificada

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

33.15 Estipulante

Pessoa jurídica, legalmente constituída, que contrata o seguro com a Seguradora, responsável pelo pagamento dos prêmios mensais, investida dos poderes de representação dos Segurados perante a Seguradora.

33.16 Grupo Segurado

Conjunto de pessoas efetivamente incluído no seguro.

33.17 Grupo Segurável

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

33.18 Hospital-Dia

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

33.19 Internação Hospitalar

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

- a) **Internação Clínica:** motivada por uma causa não cirúrgica.
- b) **Internação Cirúrgica:** motivada por cirurgia ou que no decurso da internação clínica tenha sido necessária à realização de procedimento cirúrgico.

33.20 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.

33.21 Médico Assistente

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

33.22 Planos de Seguro

Conjunto composto pela abrangência geográfica, padrão de acomodação hospitalar, múltiplos de reembolso, rede referenciada e prêmio mensal.

33.23 Prêmio

É a importância paga mensal e antecipadamente pelo Estipulante à Seguradora, em moeda corrente nacional, para garantia ao Grupo Segurado do direito às coberturas contratualmente estabelecidas.

33.24 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.

33.25 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 seguro. Quando o Proponente for menor de idade, assim legalmente reconhecido, deverá ser representado por responsável legal.

33.26 Proposta de Seguro

Parte integrante das Condições Gerais do Seguro Saúde Coletivo Empresarial é o documento preenchido com informações que qualificam o Estipulante e através do qual expressa a sua intenção de contratação do seguro.

33.27 Rede Referenciada

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

33.28 Reembolso

Ressarcimento ao Segurado Titular das despesas médico-hospitalares cobertas pelo seguro, efetuadas e comprovadamente pagas por ele ou por seus Dependentes Segurados, com profissionais ou instituições que não façam parte da Rede Referenciada. O ressarcimento será de acordo com a Tabela SulAmérica Saúde e plano contratado.

33.29 Referência

Referência é o plano de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermagem, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 da Lei 9656/98.

33.30 Segurado

Pessoa física a favor da qual o Estipulante contrata com a Seguradora o Seguro Saúde PME, sendo:

a) Segurado Titular

Pessoa com vínculo concreto empregatício, bem como o sócio, o administrador/diretor, o estagiário e o aprendiz, devidamente incluída no seguro, responsável pelas informações prestadas no Cartão Proposta/Declaração de Saúde.

b) Segurado Dependente

Dependente Segurável efetivamente incluído no seguro.

33.31 Sinistralidade

Resultado da divisão do valor total dos sinistros pelo total de prêmios cobrados durante o período de apuração.

33.32 Sinistro

Toda despesa médico e/ou hospitalar efetuada pelo Segurado e coberta pelo seguro.

33.33 Validação Prévia de Procedimentos - VPP

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

34. Disposições Finais

A Seguradora 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 seguro, resguardando o direito ao Sigilo Médico previsto na legislação vigente.

35. Foro

Fica eleito o Foro da Comarca de domicílio do Estipulante para dirimir qualquer dúvida advinda do presente contrato de seguro.

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

Estipulante

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

Sul América Companhia de Seguro Saúde

Testemunha

Nome:

CPF:

RG:

Testemunha

Nome:

CPF:

RG: