



# CÂMARA MUNICIPAL DE CAIEIRAS

Estado de São Paulo

## **PROJETO DE LEI Nº 4.818/2010**

(de 03 de agosto de 2010)

**DISPÕE SOBRE: AUTORIZA A MESA DA CÂMARA MUNICIPAL A FIRMAR CONVÊNIO COM EMPRESA DE PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA QUE ESPECIFICA E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.**

A CÂMARA MUNICIPAL DE CAIEIRAS APROVA:

Art. 1º - Fica a Mesa da Câmara autorizada a firmar Convênio com a empresa Plena Saúde Ltda, inscrita no CNPJ sob nº 00.338.763/0001-47, registrada no Registro Provisório na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS Nº 34.883-0, com Central de Atendimento à Avenida Raimundo Pereira de Magalhães, nº 12.575 – Parada de Taipas, SP., para atendimento dos Servidores Ativos e Inativos do Legislativo e seus dependentes.

Art. 2º - O valor da mensalidade cobrada será descontado em folha de pagamento do servidor e repassada à empresa prestadora do serviço.

Art. 3º - Os servidores que desejarem aderir ao plano de assistência médica deverão firmar termo de autorização junto ao Departamento de Recursos Humanos do Legislativo.

Art. 4º - Os cofres do Legislativo não serão onerados em virtude do presente Convênio.

Art. 5º - Esta lei entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

..... Câmara Municipal de Caieiras, 03 de agosto de 2010.

**CONTRATO  
DE  
PLANO PRIVADO  
DE  
ASSISTÊNCIA À SAÚDE**

**SEGMENTAÇÃO: AMBULATORIAL +  
HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA**

**CONTRATAÇÃO: COLETIVO POR  
ADESÃO**

**NÚMERO DO REGISTRO DA OPERADORA  
NA  
AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR -  
ANS**

**34.883-0**

| <b>NÚMERO DO REGISTRO DE PRODUTO<br/>NA<br/>AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS</b> |                     |                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-----------------------------------------|
| <b>PLANO</b>                                                                                | <b>Nº REGISTRO</b>  | <b>ACOMODAÇÃO</b>                       |
| <b>PLANO EXECUTIVO I</b>                                                                    | <b>433.124/00-9</b> | <b>ENFERMARIA –<br/>Quarto Coletivo</b> |

## **I – DAS PARTES – DA CONTRATADA**

1.1 O presente instrumento denominado Contrato de Plano Privado de Assistência à Saúde, tendo, de um lado, como **CONTRATADA – PLENA SAUDE LTDA**, inscrita no C.N.P.J/M.F. sob o nº 00.338.763/0001-47, sob Registro Provisório na AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS nº 34.883-0, classificada como Medicina de Grupo, registrada no Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo sob o nº 17.156, sediada no Município de Santana de Parnaíba sito a Alameda Pintado, nº 440 - Alphaville - SP e com Central de Atendimento à Avenida Raimundo Pereira de Magalhães, nº 12.575 – Parada de Taipas - SP, neste ato legalmente representada na forma de seus atos constitutivos.

## **II – DAS PARTES – DO CONTRATANTE**

2.1 E de outro lado como CONTRATANTE – Pessoa Jurídica, devidamente identificada e qualificada (Razão Social, C.N.P.J/M.F., Inscrição no CCM, Endereço Completo) constante na Proposta de Contratação, anexa ao presente instrumento e dele parte integrante.

## **III – DO OBJETO DO CONTRATO**

3.1 A CONTRATADA que é qualificada como Operadora de Planos Privados de Assistência à Saúde, de acordo com o inciso I do §1º, do artigo 1º da Lei nº 9656/98, compromete-se a prestação continuada de serviços médico-hospitalar visando a assistência à saúde ao (a) CONTRATANTE e aos seus respectivos dependentes, que venham expressamente qualificados na Proposta de Admissão, através de Rede Própria e Credenciada restrita ao Plano escolhido e informada no Manual de Orientação, obedecendo a abrangência geográfica contratual e os parâmetros estabelecidos pela legislação vigente e dentro das condições, exclusões e limites definidos neste Contrato.

## **IV – NATUREZA DO CONTRATO**

4.1 O presente Contrato reveste-se de característica bilateral, gerando direitos e obrigações individuais para as partes, considerando-se, ainda, esta avença, como um Contrato Aleatório, assumindo o CONTRATANTE o risco de não vir a existir a cobertura da referida assistência, pela inocorrência do evento do qual será gerada a obrigação da CONTRATADA em garanti-la.

4.1.1 Reiterando, ainda, que este Contrato se sujeita às normas estatuídas na Lei Federal nº 9656/98 e Resoluções do CONSU e da AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS - vigentes na época da sua celebração.

## **V – NOME COMERCIAL E NÚMERO DO REGISTRO DO PLANO NA ANS**

5.1 O Plano contratado pelo presente instrumento é o:

| <b>PLANO</b>           | <b>REGISTRO PROVISÓRIO</b> | <b>ACOMODAÇÃO</b>            |
|------------------------|----------------------------|------------------------------|
| PLANO EXECUTIVO I - PJ | 433.124/00-9               | Enfermaria Coletivo - Quarto |

5.2 O tipo de plano e a respectiva acomodação hospitalar, consta, obrigatoriamente, da Proposta de Admissão, parte integrante deste Contrato e do documento de identificação do plano (Carteirinha).

5.3 Caso o CONTRATANTE e/ou dependentes queira mudar de categoria de plano, somente poderá fazê-lo decorridos 12 (doze) meses da sua admissão ao plano da CONTRATADA ou transferência de outra categoria, exceto em caso de hospitalização anterior, quando a mudança somente será efetivada após 12 (doze) meses da última alta hospitalar do titular e/ou dependente.

5.3.1 A solicitação referida no item anterior, deverá ser feita por escrito a CONTRATADA, e estará obrigatoriamente condicionada à transferência de todo grupo familiar inscrito no plano.

5.3.2 Se a categoria de plano pretendida for superior, e implicar na mudança de acomodação para padrão superior e novas coberturas bem como ampliação de rede credenciada, o novo padrão de acomodação só estará garantido 180 (cento e oitenta) dias após a mudança do padrão para casos de internações e 300 (trezentos) dias para os casos de parto), ficando assegurada o padrão anterior caso haja internação em tempo inferior ao previsto, sendo que as coberturas novas obedecerão os prazos de carência previstos neste contrato.

## **VI – TIPO DE CONTRATAÇÃO**

6.1 A contratação do presente instrumento far-se-á por Pessoa Jurídica devidamente qualificada na Proposta de Contratação que faz parte integrante do presente instrumento.

6.1.1 A contratação é do tipo Coletiva por Adesão, ou seja, oferecida por pessoa jurídica para massa delimitada de BENEFICIÁRIOS, tem adesão apenas espontânea e opcional de funcionários, associados ou sindicalizados, com ou sem a opção de inclusão do grupo familiar ou dependentes.

6.1.2. Para a efetivação deste Contrato, serão respeitadas e consideradas as informações constantes da Proposta de Contratação e Ficha de Inscrição e Declaração de Saúde dos respectivos BENEFICIÁRIOS, que acompanham o presente Contrato e que, assinadas pelas partes, são peças integrantes deste instrumento contratual, para todos os fins e efeitos de direito.

6.1.3. Fazem parte deste Contrato, como se nele estivessem transcritos, a Proposta de Contratação, Ficha de Inscrição, Declaração de Saúde, Aditivos Contratuais, Recibo de Pagamento e o Manual de Orientação, contendo a Rede Credenciada específica do Plano contratado.

## **VII – TIPO DE SEGMENTAÇÃO**

### **AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRICIA**

7.1 A Segmentação do presente contrato é AMBULATORIAL+ HOSPITALAR COM OBSTETRICIA, que consiste na assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamento, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de acomodação de acordo com o plano escolhido, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária à internação

hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas

## **VIII – ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA DO PLANO**

8.1 As partes reconhecem, para os devidos fins de direito, que a área geográfica de abrangência do presente Contrato é **GRUPO DE MUNICÍPIOS**, composta pelos Municípios de: Barueri, Caieiras, Cotia, Franco da Rocha, Guarulhos, Osasco, São Caetano do Sul e São Paulo, todos dentro da mesma Unidade da Federação de São Paulo.

8.1.1 Os municípios relacionados no item anterior ficam vinculados ao Plano escolhido pelo CONTRATANTE.

## **IX – PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO**

9.1 O Plano BRONZE PJ, disposto no presente instrumento possui como Padrão de Acomodação para Internação, ENFERMARIA também denominada de Quarto Coletivo.

9.1.1 Em casos de comprovada indisponibilidade de leito hospitalar no padrão de acomodação previsto neste Contrato, em estabelecimentos hospitalares próprios e/ou credenciados pela CONTRATADA, o paciente terá acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional ou será removido para outra instituição hospitalar credenciada ou própria para ter assegurado a continuidade do atendimento na acomodação contratada.

## **X – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO**

10.1 Serão admitidos no presente Contrato, os BENEFICIARIOS indicados pela CONTRATANTE mediante as seguintes condições:

- a) Preenchimento completo e sem rasuras da Ficha de Admissão;
- b) Preenchimento da Entrevista Qualificada com ou sem orientação médica, a escolha do CONTRATANTE;
- c) Formalização da Opção de Cobertura a Doenças e Lesões Pré-existentes declarada, exceto, para planos coletivos com numero de participantes igual ou superior a 50 (cinquenta);
- d) Pré-pagamento da taxa de inscrição de acordo com tabela comercial vigente a data da contratação;
- e) Pré-pagamento de mensalidade, cobrada por cada BENEFICIÁRIO em valor correspondente a respectiva faixa etária e plano escolhido de acordo com a tabela comercial vigente.
- f) Comprovação do vínculo à CONTRATANTE;

10.1.1. Satisfeitas as condições previstas no item anterior o CONTRATANTE e/ou respectivos dependentes descritos na Proposta de Admissão serão inscritos no Plano escolhido.

10.2 Serão admitidos no Plano, durante a vigência contratual, filho adotivo, menor de doze anos de idade, aproveitando os períodos de carência já cumpridos pelo BENEFICIARIO adotante, desde que a inscrição ocorra no prazo de até 30 (trinta) dias da data da adoção, mediante Preenchimento de Proposta de Admissão e apresentação

dos documentos da adoção concomitante ao pagamento da taxa de inscrição e da pré-mensalidade.

10.3 Estará ainda assegurada no plano que incluir atendimento obstétrico, a inscrição de recém nascido sem a exigência do cumprimento de qualquer período de carência, Cobertura Parcial Temporária ou Agravo, mediante preenchimento de Proposta de Admissão no prazo de até 30 (trinta) dias pós a data do nascimento, concomitante ao pagamento da Taxa de Inscrição e pré-mensalidade.

10.4 A CONTRATADA fornecerá para cada BENEFICIÁRIO admitido neste Contrato, Carteira de Identificação, de propriedade da CONTRATADA, cuja exibição será obrigatória juntamente com o documento de identidade oficial, sempre que os serviços ora contratados forem ser utilizados.

10.5.1 A CONTRATADA não cobrará pelo fornecimento da primeira via da Carteira de Identificação aos BENEFICIÁRIOS.

10.5.1.1 No caso de perda ou extravio da Carteira de Identificação, a CONTRATADA deverá ser comunicada imediatamente por escrito. A utilização indevida da documentação será de exclusiva responsabilidade do BENEFICIÁRIO até que seja efetuada a comunicação da perda ou extravio a CONTRATADA.

**Parágrafo Único:** Em caso de contratação sem carência, será necessário que o BENEFICIÁRIO seja incluso ao plano no período de até 30 (trinta) dias ao evento que originou o vínculo a CONTRATATE, ou seja, da data da admissão ou contratação.

## **XI – COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS**

### **AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRICIA**

11.1 Está compreendido neste Contrato o atendimento AMBULATORIAL a todas as doenças relacionadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, cujo rol de procedimentos se encontra em Resolução da Agência Nacional de Saúde Suplementar, disponível na Central de Atendimento da CONTRATADA.

11.1.1 Estão incluídas, no referido atendimento, as CONSULTAS MÉDICAS, SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO, TRATAMENTOS E DEMAIS PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS, solicitados pelo médico assistente, em consultórios médicos e clínicas básicas e especializadas, reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina, expressamente indicados no Manual de Orientação, parte integrante deste Contrato.

11.1.2 Os BENEFICIÁRIOS deste Contrato terão direito à cobertura de INTERNAÇÕES HOSPITALARES, desde que solicitadas pelo médico assistente e mediante guia de encaminhamento previamente emitida pela CONTRATADA, sem limites de prazo, valor máximo e quantidade, em hospitais e clínicas básicas e especializadas, para procedimentos clínicos ou cirúrgicos reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina, relacionados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, cujo rol é divulgado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

11.1.3 Estão incluídas no presente Contrato, em caso de INTERNAÇÃO HOSPITALAR:

a) cobertura de internações hospitalares inclusive em centros de terapia intensiva, ou similares, sem limites de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;

b) cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e serviços de nutrição e dietética prescritos pelo médico assistente;

c) 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;

d) cobertura para os seguintes procedimentos especiais:

- hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;
- nutrição parenteral ou enteral;
- procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
- embolizações e radiologia intervencionista;
- exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- fisioterapia;

e) cobertura de toda e qualquer taxa de sala de cirurgia, incluindo materiais utilizados;

f) remoção do paciente, comprovadamente necessário a critério do médico assistente, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no presente Contrato;

g) cobertura de despesas de alimentação e acomodação de acompanhante, no caso de pacientes menores de dezoito anos e de 60 (sessenta) anos ou mais;

h) a cirurgia plástica reparadora somente terá cobertura prevista neste Contrato, quando efetuada, exclusivamente, para restauração de funções em órgãos, membros e regiões atingidas, sendo coberta a 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 do câncer.

i) cirurgias buco-maxilo-facial que necessitem de ambiente hospitalar;

j) cirurgias cardíacas e hemodinâmica;

j.1) As próteses cardíacas, autorizadas pela CONTRATADA, são as de natureza biológica e de fabricação nacional, exceto na hipótese em que haja necessidade, incontestável, reconhecida pela equipe médica, de utilização de prótese mecânica.

#### 11.1.4 TRANSPLANTES:

Os BENEFICIÁRIOS do presente Contrato terão direito, igualmente, a cirurgias de transplantes de CÓRNEA e de RIM, encontrando-se incluídas nesta cobertura todas as despesas com procedimentos vinculados e as necessárias à realização do transplante, tais como: despesas assistenciais com doadores vivos, medicamentos utilizados durante a internação, acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção, despesas com captação, transporte e

preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS;

11.1.4.1 Os BENEFICIÁRIOS, candidatos a transplantes de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica, deverão obrigatoriamente, estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de órgãos - CNCDO, e estarão sujeitos ao critério de fila única de espera e de seleção, observando-se que a lista de espera é única e nacional, gerenciada pelo Ministério da saúde e coordenada em caráter regional pelas CNCDO's, integrantes do Sistema Nacional de Transplantes (SNT).

11.1.5 SERVIÇOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTOS ESPECIALIZADOS: os BENEFICIÁRIOS deste Contrato terão direito aos serviços de apoio diagnóstico e tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, integrante do corpo clínico próprio ou credenciado pela CONTRATADA, relacionados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) cujo rol de procedimentos se encontra no anexo I da Resolução RDC no 67, de 07 de maio de 2.001, e suas posteriores alterações, disponível na Central de Atendimento da CONTRATADA.

11.1.6 ASSISTÊNCIA AO PARTO E AO RECÉM-NASCIDO: direito à assistência pré-natal, compreendendo consultas periódicas e exames complementares necessários; assistência ao parto, cirúrgico ou não, por equipe especializada integrante do corpo clínico próprio e/ou credenciado da CONTRATADA; assistência neonatal, compreendendo assistência imediata aos recém-nascidos, filhos naturais ou adotivos, no berçário, no centro de tratamento intensivo ou similar, a qualquer hora do dia ou da noite, durante o período máximo de 30 (trinta) dias contados do nascimento ou da adoção;

11.1.6.1 Até o término do prazo de 30 (trinta) dias previsto no item anterior cessará a responsabilidade da CONTRATADA no custeio das despesas assistenciais com consultas, exames, tratamentos e/ou internações caso não ocorra a inscrição do BENEFICIÁRIO nos termos estabelecido neste contrato.

11.1.6.2 Qualquer inclusão efetuada fora dos prazos supra mencionados, sujeitará o novo BENEFICIÁRIO ao preenchimento da Declaração de Saúde, ficando sujeito a Cobertura Parcial Temporária ou Agravado, e ainda ao cumprimento de todas as carências previstas neste Contrato, independentemente dos prazos já cumpridos pelos demais BENEFICIÁRIOS já inscritos neste Contrato.

11.1.7 TRATAMENTO DE TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS: estão cobertos pelo presente Contrato os tratamentos básicos (em regime ambulatorial) e de internação (em regime hospitalar) de todos os transtornos psiquiátricos codificados pela Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-infringidas.

11.1.7.1 No regime AMBULATORIAL estão cobertos:

a) atendimentos às emergências, assim consideradas as situações que impliquem em risco de morte ou de danos físicos ao paciente ou a terceiros (inclusive ameaças, tentativas de suicídio e auto-agressão) e/ou risco de danos morais e patrimoniais importantes;

b) atendimentos à psicoterapia de crise, entendida esta como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, com duração máxima de 12 (doze) semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência, limitados a 12 (doze) sessões por ano contratual, não cumuláveis;

c) tratamento básico, prestado por médico, em número ilimitado de consultas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo médico assistente, integrante do corpo clínico próprio e/ou credenciado pela CONTRATADA.

11.1.7.2 Em regime HOSPITALAR estão cobertas as internações abaixo especificadas e nos limites estabelecidos, que se realizarão, sempre, em hospitais especializados ou unidades psiquiátricas de hospitais gerais:

a) o custeio integral de 30 (trinta) dias de internação, por ano, não cumuláveis, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para casos de transtornos psiquiátricos em situação de crise;

b) o custeio integral de 15 (quinze) dias de internação, por ano, não cumuláveis, em hospital geral, para casos de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química, que ensejem internação hospitalar.

11.7.1.3 Estão cobertos, por este Contrato, além da cobertura prevista no item anterior, mais 8 (oito) semanas, por ano contratual, não cumuláveis, de tratamento em regime de hospital-dia, sendo que para os diagnósticos:

**F00 a F09 – Transtornos Mentais Orgânicos, inclusive os sintomáticos:**

F00 Demência por doença de Alzheimer;

F01 – Demência vascular;

F02 – Demência em outras doenças classificadas em outra parte;

F03 – Demência não especificada;

F04 – Síndrome amnésica orgânica não induzida pelo álcool ou por substâncias psicoativas;

F05 – Delírium não induzidas pelo álcool ou por substâncias psicoativas;

F06- Outros transtornos mentais devido a lesão e disfunção cerebral e a doença física;

F07 – Transtornos de personalidade e do comportamento devido a doenças e lesão e disfunção cerebral;

F09 – Transtorno Mental Orgânico ou sintomático não especificado;

**F20 a F29 – Esquizofrenia, Transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes:**

F20 – Esquizofrenia;

F21 – Transtorno Esquizotípico;

F22 – Transtorno delirantes persistentes;

F23 – Transtornos psicóticos agudos e transitórios;

F24 – Transtorno delirante induzido;

F25 – Transtornos esquizoafetivos;

F28 – Outros transtornos psicóticos não orgânicos;

F29 – Psicose não orgânica não especificada;

**F70 a F79 – Retardo Mental**

F70 – Retardo mental leve;  
F71 – Retardo mental moderado;  
F72 – Retardo mental grave;  
F73 – Retardo mental profundo;  
F78 – Outro retardo mental;  
F79 – Retardo mental, não especificado;

**F90 a F98 – Transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência.**

F90 – Distúrbios da atividade da atividade e da atenção;  
F91 – Distúrbios de conduta;  
F92 – Transtornos mistos de conduta e das emoções;  
F93 – Transtornos emocionais com início especificamente na infância;  
F94 – Transtornos de funcionamento social com início especificamente durante a infância ou a adolescência;  
F95 – Tiques;  
F98 – Outros transtornos comportamentais e emocionais com início habitualmente durante a infância ou a adolescência;  
F99 – Transtorno mental, não especificado em outra parte;

**Parágrafo Único:** Todos os diagnósticos supra descritos estão relacionados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), a cobertura será de 180 (cento e oitenta) dias por ano contratual, não cumuláveis, em regime de hospital-dia.

## **XII – EXCLUSÕES DE COBERTURA**

### **SEGMENTAÇÃO AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA**

12.1 Conforme previsto na legislação vigente, fica excluído deste Contrato o atendimento ou a cobertura de custos ou ressarcimento para os eventos abaixo enumerados:

- a) tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- b) procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como orteses e próteses para o mesmo fim;
- c) inseminação artificial, com exceção aos procedimentos previstos no rol de cobertura obrigatória;
- d) tratamento de rejuvenescimento e de emagrecimento com finalidade estética;
- e) fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;
- f) fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;
- g) fornecimento de próteses, orteses e seus acessórios, não ligados ao ato cirúrgico;
- h) tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

- i) casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- j) transplantes, exceto de córnea e de rim;
- l) consultas domiciliares;
- m) procedimentos ou tratamentos odontológicos, exceto aquele que vise cirurgia buco-maxilo-facial, na abrangência do Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente na época do evento e que requeira obrigatoriamente ambiente hospitalar;
- n) tratamentos em clínicas de emagrecimento (exceto para tratamentos da obesidade mórbida), clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- o) despesas de acompanhantes, salvo no caso de pacientes menores de 18 (dezoito) anos e com 60 (sessenta) anos ou mais, não abrangendo as despesas extraordinárias;
- p) dieta não recomendada pelo médico, decorações, rádio, aparelhos de televisão, despesas de toalete, frigobar e outras despesas extraordinárias;
- q) exames admissionais, periódicos e demissionais;
- r) logopedia e terapia ocupacional e outras especialidades paramédicas, com exceção dos procedimentos fisioterápicos reconhecidos pelo CFM Conselho Federal de Medicina e constantes do Rol de Procedimentos estabelecido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar e vigente na data do evento.
- g) procedimentos não previstos na segmentação contratada e no rol de coberturas obrigatórias;

### **XIII – DA VIGÊNCIA CONTRATUAL**

13.1 O presente Contrato terá duração mínima de 12 (doze) meses, a partir do início da vigência;

13.1.1 O início de vigência deste contrato será o da data da assinatura da Proposta de Contratação.

13.1.2 Os prazos de cumprimento de carências serão calculados a partir do início da vigência individual de cada BENEFICIÁRIO;

### **XIV – CONDIÇÕES DE RENOVAÇÃO CONTRATUAL**

14.1 O presente contrato será automaticamente renovado por períodos iguais e sucessivos, isentando o CONTRATANTE e seus BENEFICIÁRIOS indicados na Ficha de Admissão, do pagamento de quaisquer taxas ou valores a título de renovação, bem como do cumprimento de novas carências, com exceção daquelas contratualmente pactuadas.

## **XV – PERÍODOS DE CARENÇA**

15. As coberturas previstas neste contrato começam a vigorar após os prazos, definidos como carência, indicados na tabela descrita a seguir, estarem cumpridos, e serão contados a partir do início da vigência individual de cada BENEFICIÁRIO:

| Item | Horas | Dias | Coberturas                                                                                  |
|------|-------|------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| A    | 24    |      | Acidentes Pessoais. Urgência e Emergência (nos termos da Resolução de nº 13 do CONSU)       |
| B    |       | 180  | Consultas Médicas em quaisquer especialidades previstas pelo CFM:                           |
| C    |       | 180  | Exames, Terapias, Tratamentos e demais procedimentos;                                       |
| D    |       | 180  | Internações Clínicas e Cirúrgicas, inclusive em hospital-dia, transplantes de rim e córnea; |
| E    |       | 300  | Parto a Termo.                                                                              |

## **XVI – DAS DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES**

16.1 DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES: são aquelas que o CONTRATANTE e/ou seus Dependentes saibam ser portadores ou sofredores, à época da contratação de Plano Privado de Assistência à Saúde;

### **DA ENTREVISTA QUALIFICADA**

16.1.1 Na contratação coletiva por adesão com até 49 (quarenta e nove) participantes, quando do preenchimento da Proposta de Admissão ao Contrato de Plano Privado de Saúde ou da inclusão de BENEFICIÁRIO no Plano, fica o BENEFICIÁRIO e/ou dependentes obrigado a informar à CONTRATADA, a condição sabida de doença ou lesão preexistente, previamente à assinatura do contrato, sob pena de imputação de fraude, sujeito à suspensão ou denúncia do contrato, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do artigo 13 da Lei n.º 9.656/98.

16.1.2 A declaração do conhecimento prévio de Doença ou Lesão Pré-existente será firmada pelo consumidor através de Entrevista Qualificada com ou sem orientação médica, a sua livre escolha.

16.1.2.1 A entrevista qualificada se constitui no preenchimento de um formulário de declaração de saúde que tem como objetivo principal relacionar, se for o caso, todas as doenças de conhecimento prévio do consumidor em relação a ele próprio e a todos os dependentes integrantes de seu contrato.

16.1.2.2 Optando pela Entrevista Qualificada com orientação médica, será escolhido pelo consumidor, um médico, pertencente à lista de profissionais médicos da rede de prestadores referenciados pela CONTRATADA, sem qualquer ônus e caso o consumidor opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da CONTRATADA, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus dessa entrevista.

16.1.3 Para a entrevista qualificada com médicos referenciados o consumidor deverá agendar dia e horário com o médico escolhido através da Central de Atendimento da CONTRATADA.

16.1.3.1 Na entrevista qualificada será ofertada ao consumidor as opções de Cobertura relacionadas às doenças e lesões pré-existentes declaradas, sendo estas: COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA ou AGRAVO.

#### **DAS OPÇÕES DE COBERTURA**

16.1.4 As opções de Cobertura a Doenças e Lesões Pré-existentes estão previstas na RESOLUÇÃO DO CONSU DE Nº 02 e em consonância com referida Resolução e para fins deste contrato define-se Cobertura Parcial Temporária como suspensão, por prazo determinado (máximo 24 meses), da cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, relacionados às doenças e lesões pré-existentes e Agravos qualquer acréscimo no valor da Taxa Mensal, adotado como compensação pela não aplicação da Cobertura Parcial Temporária.

#### **DA COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA**

16.1.5 Optando pela Cobertura Parcial Temporária durante o prazo de 24 (vinte e quatro) meses estarão suspensas as coberturas para internação cirúrgica, Leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados no rol divulgado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar e neste casos, estarão assegurados atendimentos, EM REGIME AMBULATORIAL, durante as primeiras 12 (doze) horas de atendimento, sem prejuízo da remoção ao SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE nos termos deste contrato.

16.1.5.1 Decorridos os primeiros 24 (vinte e quatro) meses contratuais, a cobertura à doença ou lesão preexistente será integral, cessando-se a Cobertura Parcial Temporária, caso assim tenha o CONTRATANTE optado.

#### **DO AGRAVO**

16.1.6 O Agravos consiste no acréscimo do valor da mensalidade e será apresentado ao CONTRATANTE e/ou dependentes através de cálculo elaborado por metodologia atuarial e com comparativos de valor para apreciação e livre escolha.

16.1.6.1 Optando pelo Agravos o CONTRATANTE e/ou dependentes terá assegurado cobertura integral às doenças e lesões pré-existentes, respeitados os prazos de carência previstos no presente Contrato.

16.1.6.2 A CONTRATADA poderá comprovar o conhecimento prévio do CONTRATANTE e/ou dependentes sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão, durante o período de 24 (vinte e quatro) meses, podendo a omissão dessa informação ser caracterizada como comportamento fraudulento, sujeitando as penalidades cabíveis.

16.1.6.3 O CONTRATANTE e/ou dependente será comunicado imediatamente da alegação de doença ou lesão pré-existente não declarada por ocasião da contratação do plano ou seguro para que se manifeste e em não concordando com a alegação da CONTRATADA a documentação pertinente será encaminhada à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, requerendo abertura de processo administrativo, para verificação da sua procedência ou não nos termos da Resolução Normativa - RN nº 55 ou outra que venha substituir ou alterar esta.

**Parágrafo Primeiro:** As coberturas contratuais estarão asseguradas durante tramite do processo administrativo e sendo a decisão favorável a Operadora o contrato será rescindido por fraude sem prejuízo da cobrança dos serviços prestados relativos a doença e lesão pré-existente omitida.

**Parágrafo Segundo:** Às crianças nascidas de parto coberto pela operadora, não caberá qualquer alegação de doença ou lesão pré-existente, sendo-lhes garantida a assistência durante os 30 (trinta) primeiros dias de vida dentro da cobertura do plano do titular, assim como estará garantida a sua inscrição na operadora sem a necessidade de cumprimento de qualquer período de carência.

## **XVII – DO ATENDIMENTO DE URGENCIA E EMERGENCIA**

17.1. Estão cobertos pelo presente Contrato os atendimentos de Urgência e Emergência em regime ambulatorial e de internação; caracterizando-se para fins deste Contrato, e nos termos da Lei, por Emergência, todos aqueles casos que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o BENEFICIÁRIO assim caracterizado por declaração do médico assistente; e, por Urgência, todos aqueles casos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

17.1.1. Os BENEFICIÁRIOS, incluídos no presente Contrato, terão direito ao atendimento de Urgência e Emergência, depois de decorridas 24 (vinte e quatro) horas do início da vigência do Contrato.

17.1.2. Os casos de Urgência e Emergência ocorridos durante o cumprimento de prazos de carência e de Cobertura Parcial Temporária terão cobertura, EM REGIME AMBULATORIAL, durante as primeiras 12 (doze) horas de atendimento; quando se fizer necessária, para a continuidade do atendimento de Urgência e Emergência, a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e em tempo menor que 12 (doze) horas, o CONTRATANTE e/ou seus Dependentes, terão direito, à remoção para uma unidade de atendimento do SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS, sob responsabilidade e ônus da CONTRATADA, cessando a responsabilidade da referida quando efetuado o registro do paciente na Unidade do SUS.

17.1.3. Não sendo possível a remoção por risco de vida, ou não desejando a remoção ao SUS, o CONTRATANTE e o prestador de serviços deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando assim a CONTRATADA.

17.1.4. Em situações de Urgência e/ou Emergência, quando da impossibilidade de utilização, pelo CONTRATANTE e/ ou seus BENEFICIÁRIOS, dos serviços próprios ou credenciados pela CONTRATADA, para atendimento de assistência à saúde, relativos aos procedimentos cobertos pelo presente Contrato, observada a sua área de Abrangência Geográfica vigente, a CONTRATADA procederá ao reembolso das despesas experimentadas pelo Titular e/ou pelo Dependente, devidamente inscrito no presente Contrato, de acordo com a Tabela de Reembolso a seguir, e que será reajustada, anualmente, através do mesmo percentual de reajuste aplicado à Taxa Mensal de Manutenção do presente Contrato.

| TABELA DE REEMBOLSO    |                                              |
|------------------------|----------------------------------------------|
| PROCEDIMENTO           | EXECUTIVO PF                                 |
| Honorários Médicos     | 1 x Tabela AMB/90                            |
| Exames                 | 1 x Tabela AMB/90                            |
| Despesas Hospitalares  | 1 x Tabela do Recurso Próprio ou equivalente |
| Medicamento e Material | Brasíndice<br>(Preço de Aquisição)           |

17.1.6. O reembolso das despesas, a que alude o presente item, será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a entrega à CONTRATADA, pelo CONTRATANTE, da seguinte documentação:

- a) relatório do médico assistente contendo diagnóstico, tratamento realizado, data do atendimento e as condições que caracterizaram a urgência e/ou emergência;
- b) conta hospitalar discriminada, inclusive relação de materiais e medicamentos utilizados, apresentando Nota Fiscal quitada, facultado à CONTRATADA periciar os prontuários médicos, resguardadas as normas éticas;
- c) recibos quitados dos honorários de médicos assistentes, auxiliares e anestesistas. Quando se tratar de pessoa jurídica, Nota Fiscal quitada. Em ambos os casos, deverá ser discriminado o nº do CNPJ/CPF, CRM, CNES, e as funções e o evento a que se refere.

**Parágrafo Primeiro:** O coeficiente de honorários usado para reembolso será de R\$ 0,27 (VINTE E SETE) centavos de real.

**Parágrafo Segundo:** O valor do reembolso não excederá o valor em que a CONTRATADA repassaria ao recurso credenciado nas imediações onde ocorreu o atendimento.

**Parágrafo Terceiro:** A apresentação incompleta dos documentos requeridos na presente cláusula ensejará o indeferimento do reembolso sendo que a reapresentação dos documentos incidirá em nova contagem de prazo.

**Parágrafo Quarto:** Os valores constantes da tabela de reembolso, vigentes a data de início de vigência deste contrato, serão reajustados anualmente, na mesma proporção dos reajustes anuais aplicados às mensalidades.

**Parágrafo Quinto:** A tabela de honorários médicos de Reembolso adotada pela Operadora é baseada na Tabela de Honorários médicos da Associação Médica Brasileira – Versão 1990, sendo certo que os procedimentos não previstos nesta versão, serão remunerados pela versão subsequente ficando ainda assegurado que os procedimentos médicos não constantes na tabela AMB, mas constantes no Rol de Procedimentos estabelecidos pelo CONSU, alterados por Resoluções Normativas da ANS, serão reembolsados ao BENEFICIÁRIO no mesmo valor que seria remunerada a rede credenciada

## CONVÊNIO MÉDICO

São Paulo, 15 de julho de 2010

À  
**CÂMARA MUNICIPAL DE CAIEIRAS**  
A/C Exmo.Sr. Presidente

*Prezados Senhores,*

Através desta trazemos ao conhecimento de V.Sas., nossa proposta para atendimento Médico-Hospitalar e Serviços Complementares de Diagnóstico, aos vossos Funcionários e respectivos dependentes.

### **Quem Somos**

A **Plena Saúde**, estabelecida na Região Oeste de São Paulo há 20 anos, dispõe de uma Rede Própria de atendimento composta por: Centros Médicos com especialidades para atender todas as necessidades básicas de Saúde de seus usuários por profissionais altamente capacitados; Prontos Socorros, Hospitais e Centros de Diagnósticos preparados com os mais modernos equipamentos, que permite uma melhor identificação e diagnóstico das doenças, através de exames computadorizados, bem como uma Ampla Rede Credenciada, permitindo assim que o usuário não tenha que se deslocar grandes distâncias para receber atendimento com qualidade e eficácia.

## **Atuação em outras localidades – Serviços Credenciados**

### ***Alguns Hospitais – Clínicas e Centros de Diagnóstico:***

- Hospital Diadema
- Hospital Geral e Maternidade Saúde Guarulhos
- Hospital Montreal
- Hospital e Maternidade Santo André
- Cemint – Centro Médico Integrado - Guarulhos
- Clínica São João – Jandira
- Amel Assistência Médica – Santo André
- Grupo Paulista de Medicina – Santo André
- Neuroclin – Osasco
- Semic - Método Diagnóstico – Osasco
- Neolabor – São Bernardo
- Assistência Médica São Jorge – Diadema

### **01) Universo:**

Proposta especialmente preparada para atender os funcionários de sua empresa e seus dependentes legais.

### **02) Coberturas:**

- Consultas Médicas em todas especialidades.
- Serviços Complementares de Diagnósticos.
- Pronto Socorro 24 Horas
- Internações Clínicas e Cirúrgicas (sem limites de dias)
- Remoções via terrestre (Hospital/Hospital).
- UTI sem limites
- Parto Normal ou Cirúrgico
- Transplantes e implantes

### ***Algumas Clínicas;***

- Corpe Clin Assistência Médica
- Policlínica Rela
- MIG Serviços Médicos
- CEMEI Centro Médico Imirim
- Centro Terapêutico Médico Rafael
- Centro Médico Jardim São Paulo
- Clínica UNI Neo
- Vipcor Centro de Avaliação Cardiovascular
- Clínica Santa Mônica
- Clínica Médica Pró-Life
- Clínica Médica Santa Fé
- Clínica Médica Joaquim Antunes
- Centro Médico Menino João de Assis
- Clínica de Pediatria e Nefrologia Dr. Walter Aschilis
- Clínica Professor Fava Neto

### ***Alguns Laboratórios e Centros de Diagnósticos:***

- UPO – Unidade Paulista de Oftalmologia
- Centro de Patologia Clínica Campana
- CEDIL Centro de Diagnósticos Médicos Lapa
- Centro Médico Caetano Carezzato
- Bio Exacta e Pesquisas Clínicas
- Instituto Campinas de Diagnósticos
- ALAMO Centro de Diagnósticos
- Sidmagem Centro Diagnóstico e Imagens
- NASA Laboratório Bioclínico
- Clínica Schimillevitch
- Mello Laboratório de Análises Clínicas
- Laboramed Análises Clínicas
- CELAC Laboratório de Análises Clínicas

## **Atuação em São Paulo – Serviços Credenciados**

### ***Alguns Hospitais***

- Hospital São Paulo
- Hospital Albert Sabin
- Hospital Panamericano
- Hospital São Leopoldo
- Hospital Vasco da Gama
- Hospital Mauá
- Hospital Brasil de Guarulhos
- Hospital Evaldo Foz
- Hospital Paulista
- Hospital e Maternidade Jardins
- Hospital e Maternidade Santo Expedito
- Hospital e Maternidade Guaianazes
- Hospital e Maternidade Sorocabana
- Hospital Saúde Guarulhos
- Casa de Saúde N. Sra. Do Caminho
- Hospital e Maternidade Baeta Neves
- Hospital e Maternidade Ceam
- Hospital e Maternidade Márcia Braido
- HPS – Hospital Paulo Sacramento – Polvilho
- HPS – Hospital Paulo Sacramento – Jordanésia
- HPS – Hospital Paulo Sacramento – Caieiras
- Hospital Bandeirantes – somente executivo

## Principais Regiões de Atuação:

### **Francisco Morato**

|                           |              |
|---------------------------|--------------|
| Clinica de Especialidades | Rede Própria |
| Diagnósticos Básicos      | Rede Própria |
| Laboratório               | Rede Própria |

### **Franco da Rocha**

|                                 |              |
|---------------------------------|--------------|
| Hospital Ceam                   | Rede Própria |
| Pronto Atendimento ( 24 horas ) | Rede Própria |
| Clinica de Especialidades       | Rede Própria |
| Centro de Diagnóstico           | Rede Própria |

### **Perus**

|                                           |              |
|-------------------------------------------|--------------|
| Clinica de Especialidades – Centro Médico | Rede Própria |
| Laboratório                               | Rede Própria |

### **Parada de taipas**

|                           |              |
|---------------------------|--------------|
| Hospital Dia              | Rede Própria |
| Pronto Atendimento        | Rede Própria |
| Clinica de Especialidades | Rede Própria |
| Centro de Diagnóstico     | Rede Própria |
| Laboratório               | Rede Própria |

### **Caieiras**

|                           |              |
|---------------------------|--------------|
| Clinica de Especialidades | Rede Própria |
| Diagnósticos Básicos      | Rede Própria |
| Laboratório               | Rede Própria |

### **Cachoeirinha(em fase de montagem)**

|                           |              |
|---------------------------|--------------|
| Clinica de Especialidades | Rede Própria |
| Diagnósticos Básicos      | Rede Própria |
| Laboratório               | Rede Própria |

### 03) Carências:

#### a) Para grupos com menos de 30 vidas:

**Carência “ZERO” para: Consultas, Exames Simples de Laboratório e RX Simples.**

| CARÊNCIAS PARA UTILIZAÇÃO DO CONVÊNIO MÉDICO |          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|----------------------------------------------|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Grupo                                        | Prazo    | Procedimento/ Eventos Médicos e/ou Hospitalares Cobertos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 0                                            | 24 Horas | Atendimentos, em prontos-socorros casos de emergência ou de urgência (quando resultante de acidente pessoal, de complicações no processo gestacional);                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 1                                            | 24 Horas | Consultas médicas eletivas, exceto Psiquiatria e Geriatria;                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|                                              |          | Exames de: análises clínicas em bioquímica, hematologia, fezes e urina ; eletrocardiografia; radiologia simples                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 2                                            | 24 Horas | Exames de análises clínicas não previstos no item anterior.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|                                              |          | Ultrassom sem Doppler; eletroencefalograma; colposcopia; mamografia; endoscopia digestiva, laringoscopia, teste ergométrico, mapeamento de retina, testes ortópticos;                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 3                                            | 24 Horas | Cirurgias ambulatoriais de porte zero (com anestesia local); exames de anatomia patológica, colpocitologia e citopatologia; exames endoscópicos (cistoscopia, colonoscopia, broncoscopia, retossigmoidoscopia); provas de função pulmonar; líquido; mapeamento de retina; exames angiológicos de Doppler; fluxometria e investigação vascular ultrassônica; ecocardiografia; Holter; eletroneuromiografia; exames de citologia oncológica (papanicolau); densitometria óssea; exames radiológicos contrastados; |
| 4                                            | 90 Dias  | Fisioterapia ortopédica; radiologia intervencionista; ultrassom com Doppler; amniocenteses; laparoscopia diagnóstica; monitoragem cardiotetral;                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 5                                            | 120 Dias | Consultas na especialidade de: Psiquiatria e Geriatria; internações, clínicas e cirurgias; procedimentos, clínicos ou cirúrgicos, relacionados a transplantes (rim e córnea) ou implantes e suas consequências, desde que não pré-existent; demais exames, tratamentos e procedimentos não previstos no item anterior;                                                                                                                                                                                          |
| 6                                            | 300 Dias | Além dos procedimentos/eventos descritos nos itens anteriores a beneficiária, titular ou dependente, adquire o direito à cobertura de parto a termo.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

b) Para grupos com mais de 30 vidas:

**Totalmente isento de carências**

#### 04) Planos Propostos:

- a) **Plano Referência:** Com direito a todos os atendimentos contratuais dentro da rede de serviços indicada, bem como Internações em enfermaria com Quarto de 02 ou 03 leitos sem acompanhante.
- b) **Plano Executivo:** Com direito a todos os atendimentos contratuais dentro da rede de serviços indicada, bem como internação em Apartamento Individual com acompanhante.

#### 05) Das Contribuições Mensais:

Oferecemos para a vossa empresa as seguintes condições especiais para funcionários+dependentes :

**Para grupos com mais de 50 vidas:**

##### a) Taxa individual

| Faixa Etária                                                                   | Plano Referência Master<br>(acomodação em enfermaria) | Plano Executivo:<br>(acomodação – apartamento) | Taxa de Inscrição |
|--------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------|
|                                                                                | Valor Mensal                                          | Valor Mensal                                   | (por usuário)     |
| FUNCIONÁRIOS<br>DEPENDENTES diretos<br>(esposa-filhos-enteados<br>companheira) | R\$ 50,00                                             | R\$ 98,00                                      | isento            |

| Faixa Etária | Plano ODONTOLÓGICO | DEPENDENTES  | Taxa   |
|--------------|--------------------|--------------|--------|
|              | Valor Mensal       | Valor Mensal |        |
| FUNCIONÁRIOS | R\$ 15,00          | R\$ 14,00    | isento |

#### **06) Dos reajustes:**

Todos os valores previstos serão reajustados a cada 12 (doze) meses, contados a partir da assinatura do Contrato e de acordo com o índice IGPM (FGV) ou qualquer outro que venha substituí-lo, ou ainda por cálculo atuarial do setor, desde que justificado e acordado.

#### **07) Validade da Proposta:**

Esta proposta tem validade de 30 (trinta) dias.

#### **Estaremos enviando oportunamente material informativo complementar.**

Sendo o que tínhamos para o momento, nos colocamos a disposição para solucionar quaisquer dúvidas que possam surgir sobre nossa proposta.

Cordialmente,

**Paulo Moraes**

*Gerente de Negócios*

Tel. (11) 3948.8283 / 9464.7169

[paulomoraes@plenasaude.com.br](mailto:paulomoraes@plenasaude.com.br)

#### **Diferenciais Plena Saúde**

- Controle e redução de Atestados Médicos não justificados
- Relações Empresariais para acompanhamento diário do atendimento



- Sistema de prioridade para chefias e diretoria para agilizar tempo disponível
- Agendamento de funcionários aos sábados evitando desperdício de horas
- Campanha informativa para gestantes
- Preventivo de orientação nos cuidados com Pressão Alta
- Campanha esclarecedora dos problemas com má alimentação para Diabéticos, Cardíacos e Hipertensos
- Preventivo para problemas freqüentes em Ortopedia
- Quatro Pronto Atendimentos há apenas 10 minutos da empresa
- Carência ZERO para consultas, exames, internações, cirurgias e UTI
- Diversos hospitais em toda São Paulo e grande São Paulo
- Inauguração de novíssimo Centro Clínico com ampliação da Internação já existente e implantação de Moderno Pronto Socorro e UTI (90 dias - Franco da Rocha e Caieiras)
- Negociação simples e direta com gerências e diretoria da Plena Saúde, mantendo um canal aberto de comunicação constante.

#### **IMPORTANTE**

CONSULTE OS SITES DO GRUPO PLENA E CONHEÇA NOSSOS SERVIÇOS:

[www.plenasaude.com.br](http://www.plenasaude.com.br)

[www.hospitalprevina.com.br](http://www.hospitalprevina.com.br)

[www.hospitalceam.com.br](http://www.hospitalceam.com.br)

## **XVIII – DA REMOÇÃO**

18.1. Está coberto pelo presente contrato remoção por ambulância, via terrestre, para uma unidade de atendimento do SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS, sob responsabilidade e ônus da CONTRATADA, nos seguintes casos:

a) Quando houver necessidade de internação para os BENEFICIÁRIOS que estejam em cumprimento de prazos de Carência e/ou Cobertura Parcial Temporária;

18.1.1 Estará também coberto por este contrato, despesas com remoção inter-hospitalar (de hospital para hospital) do BENEFICIÁRIO em ambulância, por via terrestre e por recomendação médica expressa, quando satisfeitas as seguintes condições:

- a) seja a remoção decorrente de evento coberto pelo contrato;
- b) impossibilidade de locomoção do paciente por outro meio de transporte, a critério médico;
- c) seja destinada a fornecer ao BENEFICIÁRIO as condições ou recursos médico-hospitalares indispensáveis ao seu tratamento, não disponíveis no local em que se encontre;
- d) estejam os locais de partida e de destino compreendidos na área de abrangência geográfica da cobertura contratual, conforme definido neste contrato.

**Parágrafo Primeiro:** Nos casos de remoção decorrente de cumprimento de prazo de Carência e/ou Cobertura Parcial Temporária, quando não puder haver remoção por risco de vida, o BENEFICIÁRIO e/ou responsável e o prestador de serviço deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando assim a CONTRATADA.

**Parágrafo Segundo:** Quando o BENEFICIÁRIO/ paciente e/ou responsáveis optarem, mediante assinatura de Termo de Responsabilidade, pela continuidade do atendimento em Unidade que não seja do SUS, a CONTRATADA estará desobrigada do ônus médico e financeiro da assistência e ou remoção.

## **XIX – ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES**

Os serviços são disponibilizados exclusivamente por Rede Própria e Credenciada, não havendo livre escolha.

## **XX – DO GERENCIAMENTO DAS AÇÕES DE SAÚDE**

### **20.1 DA HABILITAÇÃO AO ATENDIMENTO**

20.1 A CONTRATADA colocará a disposição dos BENEFICIÁRIOS do Plano Privado de Assistência à Saúde a que alude este Contrato, de acordo com a segmentação contratada, centros médicos, ambulatorios, consultórios, laboratórios, hospitais, médicos e respectivos profissionais da saúde por Rede Própria ou Credenciada, constantes no Orientador Médico, anexo ao presente Contrato, que dele faz parte integrante para todos os efeitos legais.

20.1.1 Os atendimentos serão realizados por médicos integrantes do corpo clínico próprio ou dos credenciados da CONTRATADA para o Plano escolhido e em estabelecimento de saúde, indicados no Orientador Médico.

20.1.1.1 Para o acesso a rede de prestadores de serviços constante no Orientador Médico, o BENEFICIÁRIO deverá apresentar:

- a) Proposta de Admissão nos primeiros 30 (trinta) dias subsequentes a admissão;
- b) Carteira de Identificação do Plano;
- c) Documento de identificação (Cédula de Identidade, carteira Profissional, Certidão de Nascimento);
- d) Autorização prévia nos casos previstos neste instrumento;
- e) Boleto de mensalidade, tendo validade o boleto de pagamento com até 60 (sessenta) dias do vencimento;

20.1.1.2 A ausência de um ou mais itens descritos no item anterior não resultarão na ausência de atendimento, sendo que neste caso o prestador de serviço contatará a Central de Atendimento para autorização.

## **20.2 DO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

20.2.1.1 O acesso do BENEFICIÁRIO é livre ao rol de prestadores de serviços próprio e credenciado constante no ORIENTADOR MÉDICO em casos de atendimentos decorrentes de Urgência e Emergência.

## **20.3 DAS CONSULTAS ELETIVAS**

20.3.1 O acesso às especialidades médicas ocorrerá exclusivamente por recurso próprio e ou credenciado observados os prazos de carência previstos neste instrumento.

## **20.4 DO GERENCIAMENTO DAS AÇÕES DE SAÚDE**

20.4 As ações de saúde dos BENEFICIÁRIOS serão gerenciados através de mecanismos de controle em todas as fases de utilização do serviço de assistência à saúde, previstos neste contrato.

20.4.1 O gerenciamento será efetuado através de Protocolos Médicos, Guias de Autorizações, Auditoria Médica, Programa de Medicina Preventiva, Administração de Casos e Direcionamento de acesso dentro da rede para os locais de atendimento preferencial da CONTRATADA.

20.4.2 A CONTRATADA irá direcionar para a Rede Preferencial, a critério da Coordenadoria Médica, todos os procedimentos e doenças que julgar necessário, de o acordo com a Resolução nº 8 do CONSU, tais como: Transplantes (rim e córnea); Quimioterapia e Radioterapia; Doenças do Aparelho Cardio-circulatório; Insuficiência Renal; Hemodiálise; Doenças relacionadas ao HIV e suas complicações; Oncologia; Doenças psiquiátricas e tratamentos de dependência química; Litotripsia; Cirurgias eletivas, em especial; Cirurgia Cardíaca e Hemodinâmica; Cirurgias Ortopédicas; Cirurgias Neurológicas; Cirurgias Vasculares; Cirurgias Cardíacas Congênitas; Cirurgia Bariátrica; Cirurgias Oftalmológicas e Otorrinolaringológicas; Internações Clínicas e em UTI; Internações Pediátricas e Neonatais e os Exames de Alta Complexidade.

## **20.5 DA AUTORIZAÇÃO PRÉVIA**

20.5.1 Para a realização de exames, terapias, tratamentos, internações e demais serviços previstos neste contrato será necessário a obtenção de AUTORIZAÇÃO PRÉVIA através de GUIA.

20.5.2 O pedido médico deverá ser apresentado na Central de Emissão de Guias da CONTRATADA que emitirá a autorização pós análise das carências e visto da Coordenadoria Médica, podendo fazer o direcionamento ou gerenciamento para prestador preferencial de acordo com os critérios estabelecidos nos itens supra-citados.

20.5.3 Todos os casos de internações eletivas e exames de alta complexidade prescindem de autorização da CONTRATADA, com antecedência, devendo ocorrer o agendamento somente de posse da autorização. Os procedimentos deverão ser solicitados pelo médico assistente em formulário específico e disponibilizado pela CONTRATADA, ou quando não credenciado em Receituário Timbrado, contendo dados do BENEFICIÁRIO, descrição dos exames e especificação de acordo com CID.

20.5.4 As solicitações de exames, terapias e/ou procedimentos requisitadas por médicos não credenciados deverão ser submetidos a análise e aprovação da Coordenadoria Médica, sendo certo que nestes casos os honorários médicos dos profissionais não pertencentes a rede preferencial, credenciada ou própria da CONTRATADA ou do plano escolhido, correrão por conta do CONTRATANTE.

## **20.6 DA JUNTA MÉDICA**

20.6.1 As divergências e dúvidas de natureza médica, relacionadas aos serviços objeto deste Contrato, serão dirimidas por Junta Médica composta de três membros, sendo um nomeado pela CONTRATANTE, outro pela CONTRATADA, e o terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados;

20.6.2. Não havendo consenso sobre a escolha do médico desempatador, a sua designação será solicitada ao presidente de uma das Sociedades Médicas reconhecidas pelo Conselho Regional de Medicina na mesma localidade da CONTRATADA;

20.6.3. Cada uma das partes pagará os honorários e despesas do médico que nomear, sendo que os do terceiro desempatador serão pagos pela CONTRATADA, conforme previsto no artigo 4º, parágrafo V, da Resolução CONSU nº 08, de 03 de novembro de 1998.

## **20.7 DO PROGRAMA DE MEDICINA PREVENTIVA – SAÚDE PLENA**

20.7.1 A CONTRATADA mantém, dentro de suas possibilidades técnicas, um serviço de prevenção e orientação médica para promover a Qualidade de Vida de seus BENEFICIÁRIOS, implementando ações coordenadas em todos os campos que sustentam a saúde desses BENEFICIÁRIOS, implementando ações coordenadas em todos os campos que sustentam a saúde desses BENEFICIÁRIOS. Para tanto, são realizadas ações preventivas, curativas e de promoção da saúde, dirigidas às populações de risco. São identificados três segmentos de promoção:

1º - **PRIMÁRIO**: reduz a susceptibilidade das pessoas as doenças;

2º - **SECUNDÁRIO:** diagnóstico precoce e tratamento das doenças, antes que se produzam danos irreversíveis;

3º - **TERCIÁRIO:** é a administração das doenças estabelecidas, de modo a minimizar suas conseqüências reabilitando ou recuperando as funções normais.

20.7.1.1 O Segmento Primário é facultado a todos os BENEFICIÁRIOS e ocorre mensalmente através de Palestras e Orientações de Saúde sob temas diversos.

20.7.1.2 O Segmento Secundário é realizado através de campanhas de acesso a todos os BENEFICIÁRIOS para diagnóstico precoce e tratamento das doenças.

20.7.1.3 O Segmento Terciário consiste no acompanhamento multidisciplinar de BENEFICIÁRIOS que necessitam de avaliação constante.

**PARÁGRAFO ÚNICO:** As ações preventivas da CONTRATADA são comunicadas aos BENEFICIÁRIOS periodicamente.

## **20.8 DA REDE DE PRESTADORES DE SERVIÇOS**

20.8.1 - CONTRATADA manterá recursos médicos e hospitalares próprios onde os BENEFICIÁRIOS serão atendidos prioritariamente, sem quaisquer ônus nos casos comprovadamente cobertos.

20.8.1.1 – Complementarmente a CONTRATADA, credenciará prestadores de serviços médicos e hospitalares, cuja, utilização será facultada aos BENEFICIÁRIOS, de acordo com o Plano Contratado, sendo que em caso de utilização, o pagamento das despesas cobertas e realizadas será efetuada pela Operadora diretamente à pessoa física ou jurídica prestadora dos serviços.

20.8.2 A CONTRATADA poderá proceder à substituição de um ou de todos os recursos constantes no mencionado Orientador Médico, sendo certo que a substituição deverá ser feita por novos credenciados com qualificações técnicas equivalentes às dos substitutos de acordo com normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar, sem que isso gere qualquer obrigação de indenização por parte da CONTRATADA.

20.8.2.1 Caso a entidade hospitalar credenciada solicite descredenciamento, o BENEFICIÁRIO que se encontrar em regime de internação hospitalar, será, com indicação do médico assistente, imediatamente transferido, sem qualquer ônus para outra entidade hospitalar credenciada equivalente para a sua categoria de plano.

20.8.2.2 Caso o descredenciamento ocorra por parte da CONTRATADA, o BENEFICIÁRIO, regularmente inscrito no presente contrato, permanecerá internado, até a indicação da alta hospitalar, sendo certo que as despesas até então apuradas correrão por conta da CONTRATADA.

20.8.2.3 Em razão de cometimento de infração às normas sanitárias em vigor, durante o período de internação hospitalar, a CONTRATADA responsabilizar-se-á pela transferência do BENEFICIÁRIO hospitalizado para outro estabelecimento equivalente, sem qualquer ônus adicional para o CONTRATANTE.

20.8.2.4 A CONTRATADA dará ciência, por escrito, das substituições processadas, ao (à) CONTRATANTE e à AGENCIA NACIONAL DE SAUDE SUPLEMENTAR – ANS com

antecedência mínima de 30 (trinta) dias, ressalvados deste prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias.

20.8.2.5 A CONTRATADA poderá ainda proceder ao redimensionamento de rede credenciada com absorção dos atendimentos por outros credenciados desde que em consonância as normas vigentes e aprovação da AGENCIA NACIONAL DE SAUDE SUPLEMENTAR, sem que isso gere qualquer obrigação de indenização por parte da CONTRATADA ou redução no valor da taxa mensal do plano contratado.

## **XXI – DA FORMAÇÃO DE PREÇO**

21.1 O CONTRATANTE pagará à CONTRATADA, decorrente deste Contrato, Taxa Mensal de Manutenção, que será devida por si e pelos demais BENEFICIÁRIOS, individualmente, inscritos no presente Contrato, cujo valor, nesta data, corresponde ao indicado na Proposta de Contratação respectiva, parte integrante deste Contrato, respeitadas as faixas etárias dos BENEFICIÁRIOS inscritos e sua proporção na taxa global.

21.1.1 A Taxa Mensal de Manutenção, expressa em reais, será cobrada pelo sistema de PRÉ-PAGAMENTO, com vencimentos sucessivos, a partir do início da vigência constante na Proposta de Contratação.

## **XXII – PAGAMENTO DA MENSALIDADE**

22.1. Os pagamentos deverão ser efetuados até a data de início da vigência, definida na Proposta de Admissão e, assim, sucessivamente, através de instrumento de cobrança, na rede bancária indicada pela CONTRATADA, sendo reconhecido como comprovante de pagamento.

22.1.1 A falta do instrumento de cobrança não desobriga o CONTRATANTE de efetuar o seu pagamento no prazo de vencimento mensal, devendo este, para tanto, dirigir-se à CONTRATADA ou informar-se no Serviço de Atendimento ao Cliente, mencionado no Manual de Orientação, sobre o procedimento cabível.

22.1.2 O pagamento antecipado da Taxa Mensal de Manutenção não elimina nem reduz os prazos de carência deste Contrato.

22.1.3 Em caso de atraso no pagamento, a regularização se fará por meio de cobrança de multa de 2% (dois) por cento, acrescida da atualização do valor da Taxa Mensal de Manutenção pelos índices aplicáveis aos débitos judiciais civis, ou outro índice que venha a substituí-lo e juros de mora de 1% (um) por cento ao mês;

22.1.4 O recebimento pela CONTRATADA de parcelas em atraso constituirá mera tolerância, não implicando em novação contratual ou transação.

22.1.5 O pagamento da Taxa Mensal de Manutenção referente a um determinado mês não significa estarem pagos ou quitados os débitos anteriores.

## **XXIII – DO REAJUSTE**

23.1. Em conformidade com o que está definido na Proposta Contratual Coletiva por Adesão e/ou no Aditivo Contratual a Taxa Mensal de Manutenção, expressa em reais, será cobrada pelo sistema de PRÉ-PAGAMENTO, no vencimento indicado na mesma,

corrigida nos termos da Lei 9.069/95 e legislação subsequente, com a menor periodicidade legalmente permitida com base na variação percentual acumulada no período de apuração do IGP-M (Índice Geral de Preços do Mercado), da Fundação Getulio Vargas, ou anualmente em Índice análogo ao divulgado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar aos planos de contratação individual/familiar.

**23.2** Poderá ainda ocorrer a revisão dos valores mensais, devido à alteração do nível de sinistralidade do Plano de Assistência à Saúde quando este atingir níveis superiores a 70% (setenta por cento). Para a apuração do aumento em decorrência da sinistralidade, a CONTRATADA procederá pós 12 (doze) meses de vigência deste contrato e, a partir daí, semestralmente à reavaliação técnica das mensalidades, através da apuração das receitas e despesas havidas no período de 12 (doze) meses imediatamente anteriores à data do recalcule para todos os planos contratados.

**23.3** Além da modalidade de reajuste estipulado nos itens anteriores fica pactuado que a Taxa Mensal de Manutenção sofrerá, ainda as seguintes majorações:

**23.3.1** Aumento decorrente da impactação, na estrutura de custo da CONTRATADA de fatores incontrolláveis que incidam sobre aquisição de insumos básicos para a execução dos serviços cobertos pelo presente Contrato, ou de novos procedimentos inseridos na medicina, ou também, de novos métodos de diagnóstico e terapia; e avanços tecnológicos do setor, além daqueles advindos da mudança de legislação, tributária ou não, mas com repercussão financeira e de aumento imprevisível da frequência ou da utilização dos serviços. A adaptação do percentual dessa impactação será feita anualmente, de acordo com a legislação vigente.

**Parágrafo Único:** Havendo a rescisão contratual serão devidos os valores referente as despesas assistenciais que ultrapassaram o percentual de 70% (setenta por cento).

#### **XXIV – DO REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXAS ETÁRIAS**

24.1 Em havendo alteração de faixa etária de qualquer BENEFICIÁRIO inscrito no presente Contrato, a Taxa Mensal de Manutenção será reajustada, de acordo com a tabela abaixo:

| <b>REAJUSTES</b>            |                                |               |
|-----------------------------|--------------------------------|---------------|
| <b>Faixa Etária</b>         | <b>Percentuais de Reajuste</b> |               |
| <b>0 a 18 anos</b>          |                                |               |
| <b>Ao completar 19 anos</b> | <b>Acréscimo de</b>            | <b>14,81%</b> |
| <b>Ao completar 24 anos</b> | <b>Acréscimo de</b>            | <b>7,78%</b>  |
| <b>Ao completar 29 anos</b> | <b>Acréscimo de</b>            | <b>13,41%</b> |
| <b>Ao completar 34 anos</b> | <b>Acréscimo de</b>            | <b>6,36%</b>  |
| <b>Ao completar 39 anos</b> | <b>Acréscimo de</b>            | <b>32,49%</b> |

|                             |                     |               |
|-----------------------------|---------------------|---------------|
| <b>Ao completar 44 anos</b> | <b>Acréscimo de</b> | <b>26,44%</b> |
| <b>Ao completar 49 anos</b> | <b>Acréscimo de</b> | <b>22,45%</b> |
| <b>Ao completar 54 anos</b> | <b>Acréscimo de</b> | <b>25,01%</b> |
| <b>Ao completar 59 anos</b> | <b>Acréscimo de</b> | <b>56,76%</b> |

**Parágrafo Primeiro:** Caso coincidam os meses de reajuste normal das mensalidades do Contrato com o mês de mudança de faixa etária, primeiro será corrigida a Taxa Mensal de Manutenção, e, a seguir, serão aplicados sobre os valores encontrados os percentuais de aumento da nova faixa etária conforme a tabela prevista acima.

**Parágrafo Segundo:** A CONTRATADA poderá isentar a CONTRATANTE do Reajuste por variação de Faixa Etária dos BENEFICIARIOS inscritos, através de Aditivo Contratual.

## **XXV – BÔNUS - DESCONTOS**

25.1 Este instrumento não prevê bônus ou concessões de desconto.

## **XXVI – CONDIÇÕES DE VINCULO DO BENEFICIARIO EM PLANO COLETIVO**

**26.1.** A CONTRATANTE poderá inscrever individualmente no presente Contrato, os EMPREGADOS/FUNCIONARIOS, com vinculo empregatício ativo ou inativo com a CONTRATANTE e seus respectivos dependentes.

26.1.1 Os Beneficiários do Plano são as pessoas identificadas expressamente na Proposta de Inclusão de Beneficiários Coletiva por Adesão e na Declaração de Saúde, se houver, e que deverão obedecer às condições previstas no presente Contrato Coletivo.

26.1.2 Fica estabelecido que cada novo Beneficiário poderá ser cadastrado em até 30 (trinta) dias, contados a partir da data de sua admissão/filiação/contratação, ou no caso de dependente, do evento que originou essa condição.

26.1.2.1. Documentos necessários a inclusão dos Beneficiários:

- a) Proposta de Inclusão de Beneficiário Coletiva por Adesão Preenchida e Declaração de Saúde;
- b) Documentos que comprovem a condição de dependência, quando da inclusão de dependentes.

26.1.2.1.2. Nenhuma inclusão de dependente será efetivada sem a apresentação dos documentos que comprove essa condição;

26.1.2.1.3 Quaisquer inclusões de beneficiários somente terão validade quando for solicitada por escrito pela CONTRATANTE à CONTRATADA, tendo a sua vigência contada a partir da aceitação da inclusão pela CONTRATANTE sendo que a aceitação se dará mediante a satisfação dos quesitos de admissão presente no referido instrumento no prazo de até 48 (quarenta e oito) horas a contar do comprovado recebimento da solicitação de inclusão.

26.1.2.1.4 Os Beneficiários inscritos posteriormente ao prazo de 30 (trinta) dias da data de admissão ou da condição de dependente somente terão direito à Cobertura assistencial após a sua inclusão, mediante o cumprimento das respectivas carências ou opções de cobertura previstas no presente Contrato, exceto em casos de isenção expressa pela CONTRATADA.

26.1.2.5. Nenhuma inclusão de Dependentes ou Agregado será válida sem a prévia aprovação da CONTRATADA.

26.1.3 Por ocasião da inclusão dos Beneficiários, o CONTRATANTE deverá estabelecer a categoria de Plano para cada Beneficiário Titular, condicionada a todo grupo familiar, e informar todos os dados necessários para o cadastramento em sistema da CONTRATADA.

26.1.4. A CONTRATANTE obriga-se a fornecer os documentos, abaixo relacionados, assim como de seus Beneficiários Titulares e Dependentes, necessários a comprovação de sua qualificação completa, para a efetiva demonstração da condição legal desses últimos:

- A) Guia de Recolhimento do FGTS;
- B) Relação de empregados admitidos e demitidos;
- C) Cópia do contrato social e última alteração;
- D) Relação de empregados afastados por auxílio doença;
- E) Cópia do CNPJ;

26.1.5 No início da vigência deste Contrato, o Beneficiário Titular que se encontrar afastado de suas atividades profissionais por motivo de tratamento de saúde e/ou no gozo de auxílio doença, bem como os seus respectivos Dependentes, poderão ser incluídos em até 30 (trinta) dias do regresso do Beneficiário Titular ao Trabalho.

26.1.6. A CONTRATADA se compromete a fornecer formulários próprios para cadastramento de todos os Beneficiários, orientando a CONTRATANTE sobre como proceder nas suas movimentações cadastrais, comprometendo-se ainda, a fornecer completa assistência e orientação sobre as rotinas operacionais para correta utilização dos serviços contratados.

26.1.7 A movimentação cadastral dos beneficiários da CONTRATANTE será encerrada no período constante na Proposta de Contratação e/ou Aditivo, e o número apurado nesta data, no cadastro da CONTRATADA, será utilizado para cálculo do faturamento do mês seguinte;

26.1.7.1 Os BENEFICIARIOS inscritos pós o início da vigência do Contrato, terão direito a cobertura assistencial após o cumprimento dos prazos de carência, se houver, sendo que as coberturas se iniciarão a partir do aceite da Ficha de Admissão.

26.1.7.2 A cobrança dos Beneficiários Titulares e seus respectivos Dependentes, a que se refere o item anterior serão efetuadas PRO-RATA.

## **XXVII – CONDIÇÕES DE PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO**

27.1 O CONTRATANTE e/ou BENEFICIARIOS e respectivos dependentes inscritos no plano perderá a qualidade de BENEFICIARIO da CONTRATADA, nas seguintes ocasiões:

- a) Por demissão com justa causa;
- b) Por abandono de emprego devidamente comprovado;
- c) Por óbito;
- d) Por exclusão contratual requerida pela CONTRATANTE a pedido do BENEFICIARIO devidamente formalizado;
- e) Por rescisão contratual pela CONTRATANTE;
- f) Perda do vínculo com a CONTRATANTE e/ou beneficiário titular;
- g) Pela comprovação de inexistência de vínculo contratual com a CONTRATANTE quando do ingresso no plano;

**Parágrafo Único:** Nos casos de demissão sem justa causa, aposentadoria, ou rescisão contratual pela CONTRATADA, será facultada aos BENEFICIARIOS a continuidade no plano nas condições e limites estabelecido neste contrato de acordo com a legislação vigente.

## **XXVIII – DAS CONDIÇÕES DE PERMANÊNCIA NO PLANO**

28.1 Ao BENEFICIÁRIO Titular, com vínculo empregatício com a CONTRATANTE, que tenha contribuído para o pagamento da taxa mensal de manutenção do presente plano, desligado do quadro da empresa por haver sido dispensado, sem justa causa, é assegurado o direito de manutenção, como BENEFICIÁRIO, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral do mesmo (inclusive o pagamento de parcela de responsabilidade patronal), obrigatoriamente junto com seus Dependentes, inscritos como tal, e obedeça aos reajustes anuais previstos neste contrato. A referida permanência no Plano estará vinculada aos seguintes prazos:

28.1.1 A permanência no Plano prevista no item anterior, será por período igual a um terço do tempo de contribuição para o Plano, sendo assegurado ao BENEFICIÁRIO um período mínimo de 06 (seis) meses e máximo de 24 (vinte e quatro) meses.

28.2 Ao BENEFICIÁRIO Titular com vínculo empregatício com a CONTRATANTE, que tenha contribuído para o presente plano e tenha sido desligado do quadro de pessoal por haver adquirido direito à aposentadoria, é assegurado o direito de manutenção, como BENEFICIÁRIO, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho (inclusive o pagamento de parcela de responsabilidade patronal), obrigatoriamente junto com seus Dependentes, inscritos como tal, e obedeça aos reajustes previstos no item anterior. A referida permanência no Plano está vinculada aos seguintes prazos:

28.2.1 Se o aposentado contribuiu para o custeio da Taxa Mensal de Manutenção do presente Plano por período igual ou superior a 10 (dez) anos, terá o direito de permanecer no plano, juntamente com seus Dependentes, como BENEFICIÁRIO, por prazo indeterminado;

28.2.2. Se o aposentado contribuiu para o custeio da Taxa Mensal de manutenção do presente Plano por período inferior a 10 (dez) anos, terá o direito de permanecer no plano, juntamente com seus dependentes, à razão de um ano para cada ano de

contribuição;

28.3 A opção por permanecer no presente Contrato, nos termos dos itens anteriores, deixará de existir quando da admissão do BENEFICIÁRIO Titular em outro emprego.

28.4 Em caso de morte do BENEFICIÁRIO Titular, os seus Dependentes, cobertos pelo Plano, terão direito de permanência, no período fixado nos itens anteriores mediante o pagamento da respectiva Taxa de Manutenção a eles correspondentes.

28.4.1 Os BENEFICIÁRIOS e dependentes, mencionados no item anterior, sofrerão os reajustes previstos no contrato da CONTRATANTE.

28.5. As condições de permanência previstas nesta cláusula, e seus respectivos subitens, somente prevalecerão enquanto vigorar o presente Contrato, sendo certo, que em rescisão de contrato por vontade da CONTRATANTE está assegurado ao empregado e respectivos dependentes devidamente inscritos no plano da CONTRATADA a opção de continuidade em plano de contratação individual /familiar sem necessidade de cumprimento de novos prazos de carência, desde que assumam o valor referente as mensalidades relativas a cada BENEFICIÁRIO de acordo com a faixa etária e o valor comercial vigente do plano escolhido a época da opção.

28.5.1 A continuidade no plano aos ex-empregados, aposentados ou por ocasião de rescisão contratual da CONTRATANTE, deverá ser requerida formalmente à CONTRATADA no prazo de até 30 (trinta) dias a contar da demissão, do desligamento do aposentado ou da rescisão contratual, mediante os seguintes requisitos:

- a) Assinatura de Requerimento de Continuidade de Assistência Médico-Hospitalar;
- b) Cópia do documento de demissão, desligamento ou rescisão;
- c) Pré-pagamento da mensalidade contratual;

## **XXIX – DA RESCISÃO CONTRATUAL**

29.1 Sem prejuízo das penalidades previstas em lei, além das infrações especificamente previstas nesta avença, o presente Contrato também poderá ser suspenso ou rescindido de pleno direito, independentemente de notificação e/ou interpelação judicial ou extrajudicial, sem que caiba direito a qualquer indenização, a qualquer tempo, nas hipóteses seguintes:

**29.1.1** A qualquer tempo, mediante Notificação por escrito com 30 (trinta) dias de Aviso Prévio, observado o período mínimo de vigência contratual que é de 12 (doze) meses.

**29.1.1.2** Após o termino do período de aviso prévio de rescisão contratual, cessa, para todos os efeitos legais, a responsabilidade da CONTRATADA pelos atendimentos, encerrando-se, na mesma data, as contas hospitalares e de honorários médicos, passando imediatamente à responsabilidade da CONTRATANTE, todas as despesas incorridas;

**29.1.2** O presente Contrato poderá ser rescindido ou suspenso, de imediato, pelo não cumprimento de quaisquer disposições previstas no mesmo, assim, como pelo não pagamento da Taxa mensal de manutenção;

29.1.3 Caso a CONTRATANTE se torne insolvente, concordatária ou falida, poderá a CONTRATADA a seu critério, rescindir o presente Contrato mediante comunicação prévia, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

29.1.4 No caso de rescisão contratual, a CONTRATANTE se responsabilizará pelo recolhimento de todo documento de identificação entregue aos Beneficiários do Plano destinado ao uso dos serviços deste contrato, ficando a cargo da CONTRATADA, desde já autorizada a cobrar todos os valores decorrentes do uso indevido dessa documentação.

29.1.5 sempre que, por fraude, omissão ou dolo obtiver o **CONTRATANTE** e/ou seus **Dependentes**, qualquer vantagem indevida, causadora ou não de lesões aos direitos da **CONTRATADA**;

29.1.5.1. qualquer fraude em documento ou informação, devidamente comprovada, acarretará a imediata suspensão ou rescisão do presente Contrato com a exclusão do **CONTRATANTE** e seus **Dependentes**, não lhes assistindo direito a quaisquer dos benefícios previstos neste Contrato, **nem mesmo devolução de qualquer quantia paga.**

29.1.6 A rescisão contratual, por iniciativa da **CONTRATANTE**, somente poderá se dar mediante solicitação, por escrito, encaminhada à **CONTRATADA obrigando o CONTRATANTE** e os respectivos **Dependentes ao pagamento das mensalidades vencidas até a data da solicitação, observado o período mínimo da cláusula 15.1.1. e à devolução à CONTRATADA** de todo documento de identificação destinado ao uso dos serviços deste Contrato, ficando a **CONTRATADA**, desde já, autorizada a cobrar todos os valores decorrentes do uso indevido dessa documentação.

### **XXX – SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS**

30.1 Não há serviços ou coberturas adicionais previstos neste instrumento, tão somente os constantes na Clausula de Coberturas em consonância com o Rol de Coberturas normativo vigente.

### **XXXI – DISPOSIÇÕES GERAIS**

31.1. Salvo qualquer disposição em contrário, todas as comunicações entre as partes deverão ser feitas por escrito e enviadas para os endereços indicados na Proposta de Admissão e no Manual de Orientação, sendo reputadas como efetuadas na data do seu efetivo recebimento.

31.2. Deverão ser comunicadas à CONTRATADA pelo CONTRATANTE, as mudanças de endereço para correspondência e/ou cobrança, imediatamente após a ocorrência do evento.

31.3. A CONTRATADA não se responsabiliza por qualquer informação ou promessa que não esteja assinada por pessoa autorizada, nem mesmo por informações, promessa, promoções ou outros comprometimentos que não sejam deste Contrato, exceto se previamente por ela aprovados por escrito.

31.4. Nos termos do disposto no artigo 6º da Resolução RDC nº 64, de 10 de abril de 2.001, da AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS, as partes contratantes se comprometem a agir de acordo com os princípios éticos, estabelecidos

na Resolução CFM nº 1.246/88, de 08 de janeiro de 1.988, principalmente no que se refere ao sigilo médico.

31.5. O CONTRATANTE, por si e em nome de seus Dependentes, autoriza a CONTRATADA a ter acesso aos prontuários médicos decorrentes dos atendimentos realizados em qualquer hospital, clínica, consultório, laboratório etc., inclusive com referência a período anterior à presente contratação.

31.6. São intransferíveis, a qualquer título e sob qualquer fundamento que seja, os direitos emanados desta avença.

#### **XXXII – ELEIÇÃO DE FORO**

32.1. Fica eleito o Foro de domicílio do CONTRATANTE, para dirimir as questões oriundas do presente Contrato.

15 de julho de 2010.

---

CONTRATANTE  
CÂMARA MUNICIPAL DE CAIEIRAS  
CNPJ No

---

CONTRATADA  
PLENA SAÚDE LTDA  
CNPJ/MF nº 00.338.763./0001-47