

instrumento de assistência à saúde

condições gerais

CARE 50

Enfermaria Reg. ANS 490.317/21-0

Apartamento Reg. ANS 490.316/21-1

Trasmontano
Saúde

Versão 003 | Novembro 2022

CENTRAL DE ATENDIMENTO

São Paulo

(11) 3293 1515

CENTRAL DE RELACIONAMENTO

0800 770 4333

atendimento@trasmontano.com.br

Sugestões, reclamações, cancelamentos
e informações gerais.

Informações de Rede Credenciada:

rededeatendimento@trasmontano.com.br

guiaseletivas@trasmontano.com.br

Solicitação de internação eletiva.

1. QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA

CENTRO TRASMONTANO DE SÃO PAULO, inscrito no CNPJ/MF sob nº 62.638.374/0001-94, Operadora de planos de saúde, na modalidade de medicina de grupo, devidamente registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar, sob o nº 30362-3, com sede no Centro da Capital do Estado de São Paulo à Rua Tabatinguera n.º 294, CEP: 01020-903, doravante denominado **TRASMONTANO**.

2. QUALIFICAÇÃO DA CONTRATANTE

Será considerada **CONTRATANTE**, a pessoa natural devidamente qualificada e indicada como **BENEFICIÁRIO** na Proposta de Admissão, assistida ou representada nos termos da lei, a qual faz parte integrante deste instrumento, doravante denominado **BENEFICIÁRIO**.

3. ATRIBUTOS DO CONTRATO

O presente contrato tem por objetivo, sob o regime de mensalidade pré-fixada, a prestação continuada de serviços na forma de Plano Privado de Assistência à Saúde médico-hospitalar, excluída a obstetrícia, conforme previsto no inciso I, art. 1º da Lei 9.656/98, abrangendo a cobertura descrita na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, CID 10, as especialidades definidas pelo Conselho Federal de Medicina, bem como no Rol de Procedimentos Médicos editados pela ANS, vigente à época do evento, aos Beneficiários regularmente inscritos, na forma e condições deste instrumento, que se dará na REDE PRÓPRIA oferecida pelo **TRASMONTANO** ou, se necessário, na rede credenciada por ele indicada.

O presente contrato se caracteriza pela contratação individual/familiar, sendo de adesão, bilateral, gerando direitos e obrigações para as partes, conforme dispõe o Código Civil Brasileiro, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

3.1 Tipo de Segmentação Assistencial do Plano de Saúde

Ambulatorial e Hospitalar sem obstetrícia.

3.2 Padrão de Acomodação em Internação

Acomodação Individual (Apartamento) e Acomodação Coletiva (Enfermaria).

4. ÁREA DE ABRANGÊNCIA, NOME COMERCIAL E Nº DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

PLANO	ACOMODAÇÃO	REGISTRO ANS	ABRANGÊNCIA DE COBERTURA MUNICÍPIOS
Care 50 Enfermaria	Coletiva	490.317/21-0	São Paulo
Care 50 Apartamento	Individual	490.316/21-1	

4.1 As coberturas, contidas neste instrumento, serão prestadas pelo **TRASMONTANO**, EXCLUSIVAMENTE POR MEIO DE REDE CREDENCIADA E/OU REDE PRÓPRIA NO MUNICÍPIO DE SUA ÁREA DE COBERTURA, DE ACORDO COM O PLANO CONTRATADO PELO BENEFICIÁRIO.

5. CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

São considerados como **BENEFICIÁRIO** deste Contrato o **BENEFICIÁRIO** indicado na Proposta de Adesão anexa.

5.1 De acordo com as normas editadas pela ANS, para efetivação da contratação, o **BENEFICIÁRIO**, deverá encaminhar cópia dos documentos abaixo relacionados.

- a) Cópia do cartão de inscrição no CPF;
- b) Cópia do documento de identificação civil (RG, habilitação, etc);
- c) Cópia do comprovante de endereço;
- d) Cópia do cartão SUS.

6. COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

Respeitados os prazos de carência, as exclusões e as coberturas estabelecidos nestas Condições Gerais, para o **BENEFICIÁRIO**, este contrato tem por objetivo cobrir despesas ambulatoriais e hospitalares, exames complementares e serviços auxiliares listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e suas atualizações posteriores, disponível para consulta em www.ans.gov.br, bem como as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde (CID 10) art. 10 da lei 9656/98, vigentes à época do evento.

6.1 Cobertura Ambulatorial

Compreende consultas médicas, atendimento ambulatorial e serviços de apoio diagnóstico.

Consultas Médicas

Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

Nas consultas de rotina, o **BENEFICIÁRIO** será atendido pelo médico, no horário normal de consulta, competindo ao **BENEFICIÁRIO** exercer a escolha dentre os médicos integrantes prioritariamente da REDE PRÓPRIA ou, se necessário, quando esta não dispor do serviço ou especialidade, em rede credenciada indicada pelo **TRASMONTANO**.

a) A cobertura ambulatorial assegura as atividades profissionais descritas a seguir, observadas as limitações quanto as respectivas quantidades de consultas e sessões por ano, constantes no Rol de Procedimentos e Eventos de Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento.

I) Consulta com nutricionista – com número de consultas limitadas pelo Rol de Procedimentos e Eventos de Saúde, editado pela ANS e suas atualizações;

II) Consulta/sessão de terapia ocupacional – com número de sessões limitadas pelo Rol de Procedimentos e Eventos de Saúde, editado pela ANS e suas atualizações;

III) Sessão de psicoterapia – com número de sessões limitadas pelo Rol de Procedimentos e Eventos de Saúde, editado pela ANS e suas atualizações;

IV) Consulta/sessão de fonoaudiologia – com número de sessões limitadas pelo Rol de Procedimentos e Eventos de Saúde, editado pela ANS e suas atualizações.

b) As atividades profissionais relacionadas nas letras informadas no item anterior serão prestadas, exclusivamente pela rede própria, ou se necessário, pela rede credenciada, e em todos os casos dependerão de autorização prévia.

c) Cobertura de medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar de acordo com as Diretrizes de Utilização estabelecidas no Rol de Procedimentos vigente, respeitando preferencialmente as seguintes características:

I) Medicamento Genérico: Medicamento similar a um produto de referência ou inovador, que se pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após 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;

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

d) A continuidade do atendimento após a cobertura assegurada pelo **TRASMONTANO**, nos termos do Rol de Procedimentos e Eventos de Saúde, editado pela ANS, deverá ser acordada, diretamente, entre o **BENEFICIÁRIO** o prestador de serviço, estando o **TRASMONTANO** desobrigado, da responsabilidade de custeio e de intermediação de qualquer negociação.

e) Ficam asseguradas também as ações de planejamento familiar nas dimensões de concepção e anticoncepção envolvendo atividades de educação, aconselhamento e atendimento clínico conforme definido na RN 338/2013 da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

6.2 Serviços de Apoio Diagnóstico

Compreendem a cobertura para tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico ou cirurgião-dentista, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não caracterizado como internação e limitados aos procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, disponível para consulta em www.ans.gov.br.

a) Os serviços de apoio diagnóstico a seguir deverão observar as Diretrizes de Utilização publicadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, disponível em www.ans.gov.br, e indicações estabelecidas pelo Ministério da Saúde:

I) A análise de DNA para diversas doenças genéticas, conforme previsto no rol vigente **não inclui a realização para fins de investigação de paternidade;**

II) Os exames de Fator V Leiden, Análise de mutação; Hepatite B, Teste quantitativo; Hepatite C - Genotipagem; HIV, Genotipagem e Dímero D devem seguir as diretrizes indicadas no Anexo 11 da RN 162/07 da Agência Nacional de Saúde Suplementar;

III) A Mamografia digital é indicada para mulheres com idade inferior a 50 (cinquenta) anos, mamas densas e em fase pré ou peri-menopáusia.

b) São considerados procedimentos vinculados aos de natureza odontológica todos aqueles executados pelo cirurgião-dentista buco-maxilo-facial, habilitado pelo conselho profissional, bem como os recursos, exames e técnicas auxiliares solicitados com a finalidade de complementar o diagnóstico do paciente.

c) A cobertura prevista na cláusula anterior apresenta **EXCLUSÃO** para:

I) Honorários profissionais do cirurgião-dentista;

II) Materiais pertinentes ao procedimento, quando não relacionados à especialidade buco-maxilo-facial.

d) Os **BENEFICIÁRIOS** terão direito à cobertura ambulatorial para os seguintes procedimentos considerados especiais:

I) hemodiálise e diálise peritoneal ambulatorial contínua - CAPD;

II) quimioterapia ambulatorial;

III) radioterapia (megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletroterapia);

IV) hemoterapia ambulatorial;

V) cirurgias oftalmológicas ambulatoriais;

VI) betaterapia e terapia conformacional de acordo com o rol da ANS;

VII) 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 segmento ambulatorial;

VIII) cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos, desde que realizados por fisiatra ou por fisioterapeuta, em número ilimitado de sessões por ano.

e) A cobertura aos procedimentos elencados no item anterior depende de prévia solicitação e autorização pelo TRASMONTANO.

6.3 COBERTURA HOSPITALAR

Compreende as Internações Hospitalares, conforme padrão de acomodação contratado, sem limitação de prazo, desde que, devidamente justificadas através de relatório médico, e que seja, exclusivamente na rede credenciada para os procedimentos clínicos ou cirúrgicos reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, e aqueles considerados de alta complexidade, assim identificados por ato da ANS, não incluindo os procedimentos obstétricos.

a) A cobertura hospitalar compreende as despesas com diárias hospitalares, honorários médicos, enfermagem e alimentação do paciente, exames diagnósticos indispensáveis para o controle da evolução e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, sessões de quimioterapia e radioterapia, Unidade de Terapia Intensiva, toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados na internação do **BENEFICIÁRIO**, conforme prescrição médica e desde que, realizados exclusivamente na rede credenciada do plano contratado, incluindo os procedimentos

a seguir, considerados especiais conforme Rol de Procedimentos estabelecido pela ANS, disponível para consulta em www.ans.gov.br:

- I) hemodiálise e diálise peritoneal ambulatorial contínua - CAPD;
- II) quimioterapia;
- III) radioterapia incluindo radiomoldagem, radioimplante e braquiterapia;
- IV) hemoterapia;
- V) nutrição parenteral e enteral;
- VI) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
- VII) embolizações e radiologia intervencionista;
- VIII) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- IX) procedimentos de fisioterapia;
- X) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos a transplante de Rim;
- XI) córnea, exceto medicação de manutenção.

b) A opção do BENEFICIÁRIO pela utilização de médico particular não pertencente à rede credenciada indicada para o plano contratado, implicará no pagamento das despesas respectivas, tais como honorários médicos, honorários da equipe de anestesia e auxiliares, direta e exclusivamente, pelo BENEFICIÁRIO.

c) Os planos do TRASMONTANO não preveem livre escolha e reembolso.

d) Se o BENEFICIÁRIO optar pela utilização de médico particular, caberá ao TRASMONTANO a cobertura somente das despesas hospitalares (diárias, taxas, materiais e medicamentos).

e) Os procedimentos buco-maxilo-faciais que necessitem de internação hospitalar estão cobertos, independentemente da contratação de plano com cobertura odontológica.

f) Os procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, tem a cobertura garantida, incluindo os exames complementares solicitado, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar, bem como órteses e próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico, ficando excluídos os honorários e materiais utilizados pelo cirurgião dentista, à exceção dos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos de Saúde da ANS.

g) Na hipótese de BENEFICIÁRIOS menores de 18 anos ou com idade a partir de 60 anos ou portadores de necessidades especiais a internação compreenderá além da cobertura prevista neste contrato de um acompanhante dentro dos limites do contrato.

h) A cobertura hospitalar passa a garantir os PROCEDIMENTOS DE ANTICONCEPÇÃO consistentes na Inserção do DIU – Dispositivo Intra Uterino e nas cirurgias de vasectomia e laqueadura tubária.

i) Cobertura para implante de DIU, hormonal ou não hormonal, com finalidade contraceptiva.

j) Para os procedimentos de laqueadura tubária e vasectomia devem ser observados os seguintes requisitos:

- I) capacidade civil;
- II) idade superior a 25 (vinte e cinco) anos ou com, pelo menos, dois filhos vivos;
- III) prazo mínimo de 60 (sessenta) dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico;
- IV) em caso de casais, tanto a vasectomia, quanto a laqueadura dependem do consentimento expresso de ambos os cônjuges em documento escrito e firmado.

k) Os BENEFICIÁRIOS terão direito a transplantes de Rim, Córnea e Autóloga de Medula Óssea, bem como as despesas com os procedimentos a eles vinculados, nos limites deste instrumento.

l) Entendem-se como despesas com procedimentos vinculados, todas aquelas necessárias a realização do transplante, incluindo:

- I) Despesas assistenciais com doadores vivos;
- II) Medicamentos utilizados durante a internação;
- III) Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, sendo excluído da cobertura os medicamentos de manutenção;
- IV) Despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.

m) Os BENEFICIÁRIOS candidatos a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica, deverão obrigatoriamente estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de seleção.

n) A lista de receptores é nacional, gerenciada pelo Ministério da Saúde e coordenada em caráter regional pelas Centrais de Notificações, Captação e Distribuição de Órgãos – CNCDOs integrantes do Sistema Nacional de Transplante SNT.

o) As entidades privadas e equipes especializadas interessadas na realização de transplantes deverão observar o regulamento técnico - portaria GM n. o 3407 de 05/08/98 do Ministério da Saúde, que dispõe quanto à forma e autorização e cadastro junto ao Sistema Nacional de Transplante - SNT.

p) É de competência privativa das Centrais de Notificação, Capacitação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs, dentro das funções de gerenciamento que lhes são atribuídas pela legislação em vigor:

- I) Determinar o encaminhamento de equipe especializada;
- II) Providenciar o transporte de tecidos e órgãos ao estabelecimento de saúde autorizado em que se encontre o receptor.

q) Os BENEFICIÁRIOS terão cobertura para o fornecimento de Prótese e Órtese, bem como de seus respectivos acessórios, desde que ligados ao ato cirúrgico, listados no rol de procedimentos.

r) Os BENEFICIÁRIOS terão direito a cirurgia plástica reconstrutiva de mama, exclusivamente para o tratamento decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer.

s) As internações deverão ser autorizadas pelo TRASMONTANO sem limitação de prazo, respeitando-se as coberturas contratuais, a rede credenciada e o padrão de acomodação do plano de Assistência à Saúde contratado, competindo ao médico credenciado definir e justificar os períodos de internação.

t) Cobertura obrigatória para os procedimentos, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:

- I) Hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- II) Quimioterapia oncológica;
- III) Procedimentos radioterápicos, previstos no Rol de procedimentos vigente à época do evento;
- IV) Hemoterapia;
- V) Nutrição parenteral ou enteral;
- VI) Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica, conforme RN 338 bem como suas atualizações;
- VII) Embolizações listadas no Rol de procedimentos vigente à época do evento;
- VIII) Radiologia intervencionista;
- IX) Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- X) Procedimento de reeducação e reabilitação física nos termos previstos no Rol de procedimentos vigente à época do evento.

6.4 COBERTURA PARA TRATAMENTO DE TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS

Os serviços de saúde mental serão prestados de acordo com os seguintes limites:

- I) 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 e sendo limitada a 12 (doze) sessões por ano de ingresso no quadro associativo, não cumulativas;
- II) Atendimento às emergências, assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos para o próprio paciente ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativa de suicí-

dio e autoagressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes.

Cobertura de hospital-dia para transtornos mentais, de acordo com as Diretrizes de Utilização previstas no Rol de procedimentos vigente à época do evento.

6.5 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Nos casos de urgência ou emergência, após cumprido o período de carência de 24 (vinte e quatro) horas, os **BENEFICIÁRIOS** poderão obter atendimento, **EXCLUSIVAMENTE**, na rede credenciada, observadas as limitações contidas nas cláusulas abaixo listadas, conforme previsto na Resolução CONSU nº. 13/98 e Resolução CONSU 15/98, devendo, para tanto, se identificar como **BENEFICIÁRIO** por meio da apresentação da respectiva carteira de identificação.

Os atendimentos de urgência relacionados aos casos de acidentes pessoais comprovados não sofrerão restrição, com exceção da carência de 24 horas prevista na cláusula 9 e na Lei 9656/98.

Os atendimentos de emergência, que impliquem risco imediato de vida ou lesões irreparáveis devidamente comprovados em declaração do médico e também quanto às urgências decorrentes de complicações do processo gestacional, deverão observar as disposições a seguir:

a) Nas situações de emergência e urgência, estando o **BENEFICIÁRIO** em período de carência para internação ou cobertura parcial temporária, ser-lhe-á garantida a cobertura do atendimento ambulatorial somente até as 12 (doze) primeiras horas, contadas a partir do atendimento, conforme dispõe a resolução CONSU nº13/98.

b) Garantia dos atendimentos de urgência e emergência referente ao processo gestacional, limitados às primeiras 12 (doze) horas independente ou não do cumprimento dos períodos de carência.

c) Sendo necessária para a continuidade do atendimento de urgência / emergência a realização de procedimentos exclusivos de cobertura hospitalar ou ainda a internação do **BENEFICIÁRIO** para a continuidade do tratamento, ainda que na mesma unidade prestadora do atendimento, mesmo que em período inferior às 12 (doze) primeiras horas, a cobertura cessará, passando a responsabilidade financeira a ser do **BENEFICIÁRIO**, não cabendo nenhum ônus ao **TRASMONTANO**.

d) Caso o **BENEFICIÁRIO** opte pela remoção a uma Unidade do Sistema Único de Saúde - SUS que disponha dos recursos necessários à garantia da continuidade do atendimento, a respectiva remoção será realizada pelo **TRASMONTANO** através de ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, cessando a responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na Unidade SUS.

e) Nos casos em que houver risco de vida que impeça a remoção do paciente ou quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente, o **TRASMONTANO** estará desobrigado da responsabilidade com as despesas médicas e hospitalares, bem como do ônus financeiro da remoção.

6.6 DA REMOÇÃO

a) A remoção do **BENEFICIÁRIO** será garantida pelo **TRASMONTANO** nas seguintes hipóteses:

I. Quando Caracterizadas pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente, para outra unidade de atendimento da rede do plano;

II. Quando o **BENEFICIÁRIO** estiver cumprindo períodos de carências para internação, para uma unidade do SUS;

III. Quando houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e houver a necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças e lesões Preexistentes, para uma unidade do SUS.

6.7 DA REMOÇÃO PARA O SUS

a) Ao **TRASMONTANO** caberá o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do

SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento.

b) Quando não puder haver remoção por risco de vida, o **BENEFICIÁRIO** e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, o **TRASMONTANO** desse ônus.

c) O **TRASMONTANO** deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS.

d) Se o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade que, ainda que pertencente ao SUS, não disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento, ficará o **TRASMONTANO** desobrigado da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

6.8 DO REEMBOLSO

Será garantido ao **BENEFICIÁRIO** o reembolso das despesas decorrentes dos atendimentos nos casos de urgência e emergência quando comprovada a impossibilidade de utilização dos serviços na rede credenciada, observada a área geográfica de abrangência de cobertura do Plano, conforme artigo 12, inciso VI da lei nº 9.656/98.

O **BENEFICIÁRIO** terá o prazo de 1 (um) ano para solicitar o reembolso, devendo para tanto apresentar ao **TRASMONTANO** os seguintes documentos:

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

b) Conta hospitalar discriminada, inclusive relação de materiais e medicamentos utilizados, apresentando nota fiscal quitada, facultado ao **TRASMONTANO** periciar os prontuários médicos, resguardadas as normas éticas;

c) Comprovante de pagamento original dos honorários médicos, assistentes, auxiliares, anestesistas e outros. Que deverá conter: o número do CRM, CNPJ/CPF, as funções e o evento a que se refere.

O reembolso será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento da documentação completa pelo **TRASMONTANO**, e seu valor não poderá ser inferior ao praticado por esta junto à rede assistencial do presente plano.

7. EXCLUSÕES DE COBERTURA

Para fins de aplicação do art. 10 da Lei de nº. 9.656/98, consideram-se **EXCLUÍDOS E NÃO COBERTOS** pelo **PLANO**, os seguintes serviços e procedimentos:

a) Tratamento ilícitos ou antiéticos assim definidos sob o aspecto médico ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

b) Tratamento clínico ou cirúrgico experimental; isto é, aquele que:

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

II) é considerado experimental pelo Conselho Federal de Medicina – CFM ou pelo Conselho Federal de Odontologia - CFO; ou não possui as indicações descritas na bula/manual registrado na ANVISA (uso off-label);

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

d) Fornecimento de medicamentos e produtos importados não nacionalizados, ou seja, produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA;

e) Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, isto é, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, com exceção dos medicamentos antineoplásicos orais constantes do Anexo II do Rol de Procedimentos vigente, ressalvado o disposto RN 339, bem como suas alterações;

f) Fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde - CITEC;

g) Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico; entendendo-se por prótese como qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido. Órtese é entendida como qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido;

h) Quaisquer atendimentos em casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;

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

j) Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética (exceto para tratamento da obesidade mórbida); clínicas de repouso; estâncias hidrominerais; clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;

k) Tratamentos odontológicos, exceto cirurgias odontológicas buco-maxilo-faciais, que necessitem de ambiente hospitalar e a estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar;

l) Despesas com hospitais, médicos e entidades não credenciadas e não relacionadas no Manual de Orientação oferecido pela OPERADORA, exceto nos casos de urgência e emergência, nos termos previstos neste instrumento;

m) Atendimento a domicílio dos USUÁRIOS;

n) Cirurgias plásticas em geral, com finalidade estética;

o) Transplantes, à exceção de córnea e rim, e dos transplantes autólogos;

p) Especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

q) Procedimentos não previstos no Rol de Procedimentos vigente à época do evento mantidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS;

r) Cobertura obstétrica compreendendo os procedimentos relativos à assistência ao parto e puerpério.

8. DURAÇÃO DO CONTRATO

Este contrato terá vigência inicial de 1 (um) ano, sendo seu início a partir da assinatura do mesmo ou da assinatura da proposta de adesão ou do pagamento da primeira mensalidade, o que ocorrer primeiro. Após esse prazo, a renovação do contrato será por tempo indeterminado. Não haverá cobrança de qualquer taxa no ato da renovação.

9. PERÍODOS DE CARÊNCIA

As coberturas previstas pelo plano contratado somente passam a vigorar depois de cumpridos os prazos de carência a seguir descritos:

- I) 24 (vinte e quatro) horas para Urgência e Emergência;
- II) 180 (cento e oitenta) dias para Consultas, Exames, Tratamentos Básicos e Especializados e Procedimentos Ambulatoriais;
- III) 180 (cento e oitenta) dias para Exames de Grande Porte, Internações de Urgência ou Eletivas, Cirúrgicas ou Clínicas (incluindo leito de UTI);
- IV) 180 (cento e oitenta) dias para Transtornos Psiquiátricos;
- V) 720 (setecentos e vinte) dias para doença preexistente com opção de cobertura parcial temporária.

As carências explicitadas neste tema serão contadas a partir da data da vigência contratual, ou seja, a partir da assinatura da proposta de adesão, da assinatura do contrato ou do primeiro pagamento, o que ocorrer primeiro.

10. DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

O **BENEFICIÁRIO** deverá informar o **TRASMONTANO**, quando expressamente solicitado na documentação contratual por meio da Declaração de Saúde, o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes à época da adesão ao presente contrato, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou rescisão unilateral do contrato, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656/1998.

Doenças ou Lesões Preexistentes são aquelas que o **BENEFICIÁRIO** ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei nº 9656/1998, o inciso IX do art 4º da Lei nº 9961/2000 e as diretrizes estabelecidas na Resolução Normativa nº 162/ 2007 e atualizações posteriores.

Para informar a existência de doenças e lesões preexistentes, o **BENEFICIÁRIO** preencherá o Formulário de Declaração de Saúde acompanhado da Carta de Orientação ao **BENEFICIÁRIO** e poderá solicitar um médico para orientá-lo. O **BENEFICIÁRIO** tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados ou referenciados pelo **TRASMONTANO**, sem qualquer ônus para o **BENEFICIÁRIO**.

Caso o **BENEFICIÁRIO** opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial do **TRASMONTANO**, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus financeiro dessa entrevista.

O objetivo da entrevista qualificada é orientar o **BENEFICIÁRIO** para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que o **BENEFICIÁRIO** saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.

É vedada a alegação de omissão de informação de doença ou lesão preexistente quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no **BENEFICIÁRIO** pelo **TRASMONTANO**, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.

Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do **BENEFICIÁRIO**, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, o **TRASMONTANO** oferecerá a cobertura parcial temporária. Caso o **TRASMONTANO** não ofereça Cobertura Parcial Temporária no momento da adesão contratual, não caberá alegação de omissão de informação na Declaração de Saúde ou aplicação posterior de Cobertura Parcial Temporária.

Cobertura Parcial Temporária - CPT é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à 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 **BENEFICIÁRIO** ou seu representante legal.

Na hipótese de Cobertura Parcial Temporária, o **TRASMONTANO** somente poderá suspender a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta tecnologia e os procedimentos de alta complexidade, quando relacionados exclusivamente à Doença ou Lesão Preexistente.

Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento.

O **TRASMONTANO** poderá solicitar durante os primeiros 24 (vinte e quatro) meses de vigência do contrato o comparecimento do **BENEFICIÁRIO** em sua sede, para eventual retificação das informações já prestadas, com o objetivo de esclarecer o preenchimento da declaração de saúde.

É vedado ao **TRASMONTANO** a alegação de Doença ou Lesão Preexistente decorridos 24 meses da data da celebração do contrato ou da adesão ao plano privado de assistência à saúde.

Nos casos de Cobertura Parcial Temporária, findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses da contratação ou

adesão ao plano privado de assistência à saúde, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme a segmentação contratada e prevista na Lei nº 9.656/1998.

Identificado indício de fraude por parte do **BENEFICIÁRIO**, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da adesão ao plano privado de assistência à saúde, o **TRASMONTANO** poderá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação através de Termo de Comunicação ao **BENEFICIÁRIO** e poderá solicitar abertura de processo administrativo junto a ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do beneficiário à Cobertura Parcial Temporária.

Instaurado o processo administrativo na ANS, ao **TRASMONTANO** caberá o ônus da prova.

O **TRASMONTANO** poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do **BENEFICIÁRIO** sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão preexistente.

11. MECANISMOS DE REGULAÇÃO

a) CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO

Para fins de atendimento o **TRASMONTANO** expedirá cartão de identificação ao **BENEFICIÁRIO**, contendo as informações sobre o tipo de plano, carências e outros dados necessários para facilitar o atendimento, o qual deverá ser exibido para o acesso aos atendimentos disponibilizados neste instrumento, acompanhado de documento de identidade legalmente reconhecido.

Nenhum atendimento ao serviço previsto neste contrato será realizado sem a apresentação do Cartão de Identificação do beneficiário fornecida e expedida pelo **TRASMONTANO** para o **BENEFICIÁRIO** cadastrado no Plano, acompanhada de cédula de identidade dos mesmos ou, inexistindo tal documento, outro que surta efeitos similares, exceto nos casos de urgência e emergência.

No caso de perda ou extravio do cartão de identificação deste instrumento, o **BENEFICIÁRIO** obriga-se a comunicar o fato ao **TRASMONTANO** por escrito, responsabilizando-se perante este, por eventual uso indevido do citado documento.

Cessa a responsabilidade do **BENEFICIÁRIO** a partir da comunicação do extravio do cartão de identificação. O **BENEFICIÁRIO**, no extravio do Cartão, para obter uma 2ª (segunda) via, solicitará imediatamente ao **TRASMONTANO**, arcando com as despesas da confecção de outra via.

b) AUTORIZAÇÕES PRÉVIAS

Para a realização dos procedimentos contratados será necessária a obtenção de **AUTORIZAÇÃO PRÉVIA**, exceto consultas e os casos caracterizados como urgência e emergência.

Os procedimentos deverão ser solicitados pelo médico-assistente ou cirurgião-dentista em formulário específico e disponibilizado pelo **TRASMONTANO**, ou quando não credenciado, em Receituário, contendo dados do **BENEFICIÁRIO**, descrição dos exames e especificação de acordo com CID.

Nos casos eletivos, quando for requerida, pelo **BENEFICIÁRIO**, autorização para realização de exames e procedimentos hospitalares ou ambulatoriais, terá o **TRASMONTANO**, quando entender necessário, e por meio de seu corpo de médicos auditores, direito de submeter o **BENEFICIÁRIO** à avaliação prévia, bem como, ao acesso dos documentos pessoais e médicos. Esta análise será realizada nos prazos previstos na RN 395, bem como suas atualizações, contados a partir do primeiro dia útil subsequente à data da entrega de todos os documentos solicitados.

O **TRASMONTANO** se responsabiliza unicamente pelas despesas oriundas dos procedimentos médico-hospitalares, dentro dos limites das cláusulas previstas neste instrumento.

Qualquer procedimento ou tratamento acordado diretamente entre o médico e o **BENEFICIÁRIO**, bem como suas intercorrências, que não seja previamente informado e autorizado pelo **TRASMONTANO**, será de responsabilidade, exclusiva, do **BENEFICIÁRIO**.

c) DA JUNTA MÉDICA

O **TRASMONTANO** garante, no caso de situações de divergência médica, a definição do impasse através de Junta Médica ou Odontológica que será realizada conforme o disposto na RN 424, bem como suas atualizações.

Cada uma das partes pagará os honorários do profissional que nomear, exceto se o médico assistente escolhido pelo **BENEFICIÁRIO** pertencer à rede credenciada ou própria do **TRASMONTANO**, que nesse caso, arcará com os honorários de ambos nomeados. A remuneração do terceiro desempatedor deverá ser paga pelo **TRASMONTANO**.

d) SERVIÇOS PRÓPRIOS E REDE CREDENCIADA

Será fornecida ao **BENEFICIÁRIO** uma relação contendo os dados dos prestadores de serviços próprios

e credenciados pelo **TRASMONTANO**, obedecidas as regras que disciplinam o atendimento dos mesmos, sendo que os beneficiários com mais de 60 (sessenta anos), as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até 05 (cinco) anos possuem privilégios na marcação de consultas, exames e qualquer outros procedimentos em relação aos demais **BENEFICIÁRIOS**. A relação contendo os dados dos prestadores de serviços próprios e credenciados do **TRASMONTANO** terá suas atualizações disponíveis, através do serviço de teleatendimento ou por meio da internet, no portal do Trasmontano. A inclusão como contratado, referenciado ou credenciado, de qualquer entidade hospitalar, implica compromisso para com os consumidores quando a sua manutenção ao longo da vigência do contrato, conforme regras abaixo:

I) A substituição da entidade hospitalar seja por outra equivalente e mediante comunicação aos consumidores e a ANS com trinta dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo, os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor;

II) Nos casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, o **TRASMONTANO** arcará com a transferência do **BENEFICIÁRIO** para outro estabelecimento equivalente, sem ônus adicional, garantindo-lhe a continuação da assistência;

III) Na hipótese da substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer por vontade o **TRASMONTANO** durante período de internação do **BENEFICIÁRIO**, o hospital estará obrigado a manter a internação e o **TRASMONTANO** a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério do médico assistente, na forma do contrato;

IV) Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, a operadora deverá solicitar à ANS autorização expressa.

e) INTERNAÇÃO HOSPITALAR

A internação Hospitalar será realizada prioritariamente na rede de **Hospitais IGESP**, pertencentes ao **TRASMONTANO**, devidamente especificado na rede de atendimento, fornecido aos **BENEFICIÁRIOS**, bem como no portal da operadora, sendo facultado ao **TRASMONTANO**, a seu critério, a substituição, exclusão e inclusão de outros hospitais como prioritários.

f) DISPOSIÇÕES GERAIS

É obrigação do **BENEFICIÁRIO** em caso de rescisão deste contrato, devolver o cartão de identificação e quaisquer outros documentos porventura fornecidos pelo **TRASMONTANO**, respondendo pelos prejuízos eventualmente resultantes do uso indevido desses documentos.

O **BENEFICIÁRIO**, devidamente identificado na proposta de admissão, é o principal responsável pelas obrigações assumidas no presente instrumento, inclusive pela utilização indevida, fraude, praticada por estes últimos. Todo **BENEFICIÁRIO** deverá informar, previamente, à assinatura da proposta de admissão, ser portador ou sofredor de doenças ou lesões preexistentes, por meio do preenchimento da DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE, sob pena de imputação de fraude, que poderá ensejar a suspensão dos direitos previstos neste instrumento ou a rescisão, sem prejuízo da adoção das medidas cabíveis para assegurar ao **TRASMONTANO** o ressarcimento de perdas e danos.

O **BENEFICIÁRIO** assume a obrigação de pagar ao **TRASMONTANO** a mensalidade conforme o plano escolhido, até a data do vencimento, nos locais pré-determinados por este.

O fato do **BENEFICIÁRIO** não ter utilizado de qualquer cobertura, durante a vigência deste instrumento, não exonera o **BENEFICIÁRIO** do pagamento das mensalidades.

Eventuais reclamações do **BENEFICIÁRIO** relacionadas ao tempo de atendimento dos serviços de assistência à saúde previsto neste instrumento deverão ser formalizadas por escrito, em uma das unidades do **TRASMONTANO**, ou mediante ligação para a central de atendimento.

O **BENEFICIÁRIO** assume a obrigação de comunicar ao **TRASMONTANO**, toda e qualquer alteração de situação fática que tenha relevância neste instrumento, tais como mudança de endereço ou telefone, dentre outras. O **BENEFICIÁRIO** deverá fornecer os documentos necessários, quando solicitados pelo **TRASMONTANO**, para fazer prova de eventuais alegações para garantia dos direitos previstos neste instrumento, ou para que sejam processadas eventuais alterações.

12. FORMA DE PAGAMENTO

As contribuições associativas/mensalidades serão cobradas mediante sistema de pré-pagamento e terão seus vencimentos de acordo com a tabela descrita no verso da proposta de admissão.

a) No ato da assinatura da Proposta de Admissão, o **BENEFICIÁRIO** pagará ao **TRASMONTANO** a primeira contribuição associativa referente ao plano escolhido acrescida da taxa de inscrição.

b) Os pagamentos das mensalidades serão efetuados em nome, exclusivo, do **CENTRO TRASMONTANO**

DE SÃO PAULO, e poderão ser realizados na rede bancária indicada ou no local determinado por este.

c) Nenhum pagamento será reconhecido pelo **TRASMONTANO** se o **BENEFICIÁRIO** não possuir comprovante devidamente autenticado pela fonte recebedora.

d) O não recebimento do boleto não desobriga o **BENEFICIÁRIO** de efetuar o pagamento no prazo de vencimento mensal.

e) Caso o **BENEFICIÁRIO** não receba o instrumento de cobrança (boleto bancário) em até 5 dias úteis antes do vencimento, deverá entrar em contato com o **TRASMONTANO** e solicitar a segunda via.

f) Os pagamentos deverão ser feitos, mensalmente até a data do vencimento da contribuição associativa/mensalidade, de acordo com a data da assinatura da Proposta de Admissão, ou no primeiro dia útil subsequente quando o vencimento ocorrer em feriado ou dia em que não haja expediente bancário.

Em casos de atraso no pagamento das contribuições associativas/mensalidades, a regularização se fará por meio de cobrança de multa de 2% (dois por cento) e juros de 1% (um por cento) ao mês calculados proporcionalmente ao tempo de atraso, mais comissão de permanência.

O recebimento pelo **TRASMONTANO** de parcelas em atraso constituirá mera tolerância, não implicando em novação contratual transação.

g) O **BENEFICIÁRIO** reconhece que o valor da mensalidade vencida é dívida líquida e certa e que o **TRASMONTANO** poderá exigi-la, judicialmente, quando for o caso.

h) O pagamento antecipado das contribuições associativas/mensalidades não elimina nem reduz os prazos de carências, tampouco afasta a aplicação de eventual cobertura parcial temporária estabelecidos neste instrumento.

i) O pagamento da contribuição associativa/mensalidade referente a um determinado mês, não implica na quitação de débitos anteriores, tampouco confere ao **BENEFICIÁRIO** o direito aos benefícios deste instrumento, caso esteja caracterizada a inadimplência dos meses anteriores.

13. REAJUSTE

Fica convencionado entre as partes que a cada período de 12 (doze) meses, a contar da assinatura deste instrumento, será aplicado ao valor da mensalidade, reajuste correspondente ao percentual divulgado e autorizado pela ANS, independentemente de eventual reajuste por mudança de faixa etária, conforme regras constantes da Resolução Normativa ANS, vigente no período de aplicação do reajuste.

13.1. Nos termos da legislação vigente, o reajuste financeiro a incidir sobre o valor da mensalidades será anual, e terá como data-base de aniversário o mês de assinatura do Contrato, observado o limite máximo autorizado pela ANS.

13.2. Caso deixe de ser obrigatória a autorização da ANS para a aplicação do reajuste e, cumulativamente, não se estabeleça um percentual como limite máximo, o reajuste dar-se-á conforme regras vigentes à época.

13.3. Caso a nova legislação venha a estabelecer um período inferior a doze meses para o reajustamento, este será aplicado ao presente contrato.

13.4. Caso nova legislação venha a admitir o reequilíbrio econômico atuarial do contrato, este será reavaliado, quando o nível de sinistralidade da carteira ultrapassar o índice médio oficial de mercado, cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 meses consecutivos, anteriores à data base de aniversário considerado como data-base de aniversário o mês de assinatura do Contrato.

a) Neste caso, para o cálculo do percentual de reajuste será aplicada a seguinte fórmula:

$$R = S - 1$$

Sm

Onde: S - Sinistralidade apurada no período (Mínimo de 12 meses).

Sm - Meta de Sinistralidade expressa em contrato.

Além dos reajustes acima previstos, haverá alteração de preço em razão da mudança de faixa etária, disposto no tema próprio.

14. FAIXAS ETÁRIAS

O **BENEFICIÁRIO** reconhece que as mensalidades são estabelecidas de acordo com a faixa etária do **BENEFICIÁRIO** inscrito. Ocorrendo alteração na idade do **BENEFICIÁRIO** inscrito que importe em deslocamento para a faixa etária superior, as mensalidades serão reajustadas automaticamente no mês subsequente ao do aniversário, de acordo com o estipulado na proposta de adesão.

14.1 As faixas etárias estão definidas segundo disposição contida nos arts. 2º e 3º da RN 63/2003 bem como suas atualizações e durante a permanência no quadro associativo, a variação da mensalidade em razão da mudança de faixa etária se fará com os seguintes percentuais de que se acrescentarão sobre o último valor pago, de acordo com o plano escolhido, respeitando:

- I) O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária;
- II) A variação acumulada entre a sétima e a décima faixa não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixa.

PERCENTUAIS DE AUMENTO POR FAIXA ETÁRIA PÓS RES. RN 63/2003 BEM COMO SUAS ATUALIZAÇÕES FAIXA ETÁRIA % AUMENTO

Plano: Care 50										
Faixa Etária	00 a 18	19 a 23	24 a 28	29 a 33	34 a 38	39 a 43	44 a 48	49 a 53	54 a 58	>59
Acréscimo Care 50 Enfermaria	0%	6,07%	12,35%	30,88%	22,40%	4,58%	27,84%	12,51%	45,44%	28,34%
Acréscimo Care 50 Apartamento	0%	6,07%	12,35%	30,88%	22,40%	4,58%	27,84%	12,51%	45,44%	28,34%

14.2 Não sofrerão a variação descrita na cláusula anterior os beneficiários com idade superior a 60 (sessenta) anos.

15. RESCISÃO

O presente contrato poderá ser suspenso ou rescindido em uma das seguintes hipóteses:

I) Por solicitação do titular do plano, ou seu representante legal, das seguintes formas: presencialmente, por meio de atendimento telefônico, ou pela página da operadora na internet, conforme RN 412 bem como suas atualizações.

II) Em caso de fraude, tentativa de fraude e dolo, comprovada, cometida pelo **BENEFICIÁRIO** do plano, em detrimento do **TRASMONTANO**, nos termos do art. 13, 11 da lei 9.656/98.

III) Não pagamento da mensalidade por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 meses de vigência do contrato, desde que o **BENEFICIÁRIO** seja comprovadamente notificado até 50º dia de inadimplência. Considera-se, para fins de comprovação, as notificações realizadas através de:

1. Carta com aviso de recebimento encaminhada ao endereço constante no banco de dados da operadora, informado pelo beneficiário titular.
2. Correio eletrônico (e-mail) com certificado digital ou com confirmação de leitura, destinado ao endereço eletrônico do beneficiário titular cadastrado no banco de dados da operadora;
3. Aplicativos que permitem a troca de mensagens criptografadas e a confirmação de recebimento e leitura pelo destinatário (WhatsApp, Messenger ou outro aplicativo que disponha de tal ferramenta), via número de celular do beneficiário titular cadastrado no banco de dados da operadora.
4. Ligações gravadas, com confirmação de dados pelo interlocutor (TRASMONTANO), via número de telefone do beneficiário titular cadastrado no banco de dados da operadora;

5. Envio de torpedos (SMS) com aviso de leitura pelo destinatário, via número de celular do beneficiário titular cadastrado no banco de dados da operadora.

IV) Nas hipóteses dos incisos “I”, “II” e “III”, acima informados, o cancelamento deste instrumento não prejudicará a cobrança dos serviços eventualmente utilizados pelo **BENEFICIÁRIO**, durante a sua vigência do instrumento.”

15.1 O BENEFICIÁRIO terá o direito de rescindir, unilateralmente, o presente contrato a qualquer tempo. Entretanto, se a rescisão ocorrer no primeiro ano de vigência do contrato, o **BENEFICIÁRIO** pagará multa rescisória de 10 % (dez por cento) das mensalidades restantes para se completar os primeiros 12 (doze) meses.

16. DISPOSIÇÕES GERAIS

O **BENEFICIÁRIO** autoriza o **TRASMONTANO** a prestar todas as informações cadastrais, solicitadas pelos órgãos de fiscalização da assistência à saúde, respeitados os normativos referentes ao sigilo médico.

a) Qualquer tolerância por parte do **TRASMONTANO** não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

b) Integram este contrato, para todos os fins de direito a Proposta de Admissão assinada pelo **BENEFICIÁRIO**, relação de Rede Credenciada, Cartão Individual de Identificação, Entrevista Qualificada, Exame Médico quando for o caso, a Declaração de Saúde e a Carta de Orientação ao Beneficiário, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS) e Guia de Leitura Contratual (GLC).

c) A mudança de plano poderá ser solicitada pelo próprio **BENEFICIÁRIO**, desde que solicitada na data aniversário do contrato, ressalvadas as regras sobre a portabilidade, editadas pela ANS.

d) Ao efetuar a mudança para um plano de padrão superior o **BENEFICIÁRIO** deverá cumprir os prazos de carências para o novo padrão de acomodação e para a nova rede credenciada, sendo mantidos os direitos garantidos no plano anterior até o vencimento das novas carências, ressalvadas as regras sobre a portabilidade.

e) A transferência do plano de padrão superior para plano inferior só poderá ser requerida caso o **BENEFICIÁRIO** não tenha registrado qualquer internação no período de 12 (doze) meses anterior a data da solicitação. Caso tenha sido registrada qualquer internação no período citado, a transferência será realizada após 12 (doze) meses da data da última alta hospitalar.

f) O **TRASMONTANO** não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelos beneficiários com médicos, hospitais ou entidades contratadas ou não. Estas despesas correrão por conta exclusiva do **BENEFICIÁRIO**.

g) Este contrato terá seu início a partir da assinatura do mesmo ou da assinatura da proposta de adesão ou do pagamento da primeira mensalidade, o que ocorrer primeiro.

h) O **TRASMONTANO** fornecerá ao **BENEFICIÁRIO** o CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO, cuja apresentação deverá estar acompanhada de documento de identidade legalmente reconhecido, que assegure a fruição dos direitos e vantagens deste contrato.

É obrigação do **BENEFICIÁRIO** na hipótese de rescisão, resolução ou resilição deste contrato, devolver o respectivo cartão de identificação, caso contrário poderá responder pelos prejuízos resultantes do uso indevido desse documento. Considera-se uso indevido a utilização desses documentos para obter atendimento, mesmo que na forma contratada, pelo **BENEFICIÁRIO** que sabia da perda desta condição por exclusão ou término do contrato, ou, por terceiros, que não sejam beneficiários, se comprovada a má-fé do beneficiário que emprestou seu cartão a outrem. Nestas condições, o uso indevido do cartão de identificação do **BENEFICIÁRIO**, ensejará pedido de indenização por perdas e danos, bem como a exclusão do mesmo do plano. As reclamações ou sugestões sobre qualquer um dos serviços prestados devem ser encaminhadas por escrito ao **TRASMONTANO**.

17. DEFINIÇÕES

Para os efeitos deste contrato, ficam estabelecidas as seguintes definições:

ACIDENTE PESSOAL: é todo evento externo, único, súbito, involuntário e violento, com ocorrência e data perfeitamente caracterizada, causador de lesão física que, por si só, independentemente de qualquer outra causa torne necessário o tratamento médico-hospitalar ou ambulatorial do beneficiário em caráter de urgência.

ANS: autarquia sob regime especial vinculada ao Ministério da Saúde, criada pela lei 9961 de 28/01/2001, alterada pela MP nº 2177/44, com atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem a saúde suplementar.

BENEFICIÁRIO : É a pessoa que adquire o título de associado e opta por um dos planos de assistência à saúde anexos ao Regulamento Interno do **TRASMONTANO** para si, responsabilizando-se por todas as obrigações, para qual são garantidos os benefícios e as coberturas definidas, sem prejuízo das limitações e exclusões constantes deste instrumento.

ASSOCIADOS: São todas as pessoas, **BENEFICIÁRIOS**, efetivamente incluídas no quadro associativo do **TRASMONTANO**, que possui direitos e deveres definidos em contrato assinado com a operadora de plano privado de saúde, para garantia da assistência médico-hospitalar.

CARÊNCIA: É o período de tempo que o beneficiário, mesmo mediante pagamento efetuado pelo **BENEFICIÁRIO**, não têm direito a determinada cobertura.

CIRURGIA OU ATENDIMENTO ELETIVO: É aquele necessário para tratamento médico do **BENEFICIÁRIO** que não se reveste das características de urgência ou emergência, ou seja, quando o **BENEFICIÁRIO** não está sob o risco de vida imediato ou sofrimento intenso, podendo ser efetuado em data de escolha do beneficiário ou de seu médico, desde que esta data não comprometa a eficácia do tratamento.

COBERTURA: É a denominação dada ao conjunto de direitos (tratamentos, serviços, procedimentos médicos, hospitalares e/ou odontológicos) organizado por segmentação a que o **BENEFICIÁRIO** tem direito previsto na legislação de saúde suplementar e no contrato firmado com o **TRASMONTANO**, com atendimento na rede própria e/ou credenciada constante no Orientador Médico, segundo a opção do plano escolhido.

COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA: aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes - DLP declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal por ocasião da contratação do plano privado de assistência à saúde, de acordo com o definido no inciso II do artigo 2º da Resolução Normativa nº 162/2007.

CONDIÇÕES GERAIS: É o conjunto de cláusulas contratuais que estabelece obrigações e direitos, tanto para o **TRASMONTANO**, quanto para o **BENEFICIÁRIO**.

CONSU: É o Conselho Nacional de Saúde Suplementar, órgão reconhecido pela Lei 9656/98 como responsável pelas ações fiscalizadoras e normatizadoras dos serviços de assistência suplementar à saúde, realizados através de seguros e planos de saúde.

CONTRIBUIÇÃO ASSOCIATIVA / MENSALIDADE: Valor pago pelo **BENEFICIÁRIO** para custeio do plano de assistência à saúde.

COPARTICIPAÇÃO: É a parte efetivamente paga pelo **BENEFICIÁRIO** ao **TRASMONTANO** além de sua contribuição associativa, referente a cobertura de algum procedimento médico.

DOENÇA: É qualquer perturbação das condições físicas ou mentais do **BENEFICIÁRIO**, causadora de distúrbios de órgãos, sistemas ou funções do organismo, caracterizada por processo mórbido, que seja passível de tratamento médico, não se enquadrando na especificação de acidente.

DOENÇA AGUDA: Falta ou perturbação da saúde, de característica grave e de curta duração, sendo reversível com o tratamento.

DOENÇA CONGÊNITA: É toda doença com a qual o **BENEFICIÁRIO** já nasce, de caráter hereditário ou adquirida durante período intra-uterino, que se manifesta a qualquer tempo.

DOENÇA CRÔNICA: É toda doença de evolução prolongada, reversível ou não, passível ou não de atenuação de seus efeitos por tratamento médico.

DOENÇA OU LESÃO PREEXISTENTE: É toda doença, que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, junto ao **TRASMONTANO**.

DEFICIENTE / PORTADOR DE NECESSIDADES ESPECIAIS: É aquele que apresenta, em caráter permanente, perdas ou anormalidades de sua estrutura ou função fisiológica, psicológica ou anatômica, que determinem incapacidade para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano, no momento do ingresso no plano e/ou de seu cadastramento junto ao **TRASMONTANO**.

EMERGÊNCIA: É a situação que implica em risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o **BENEFICIÁRIO**, caracterizada em declaração pelo médico assistente.

ENTREVISTA QUALIFICADA: É a entrevista na qual ocorre o preenchimento de um formulário de Declaração de Saúde, elaborado pelo **TRASMONTANO**, no qual o **BENEFICIÁRIO** ou seu representante legal relaciona,

se for o caso, toda(s) a(s) doença(s) ou lesão(ões) preexistente(s) sobre a(s) qual(is) tenha prévio conhecimento, em relação a ele próprio, integrante da Proposta de Admissão. O **BENEFICIÁRIO** ou seu representante legal poderá utilizar-se de um médico orientador da Rede Própria / Credenciada ou, ainda, de um médico de sua preferência, desde que, por este último, assumo o ônus da entrevista.

EVENTO COBERTO - É o conjunto de ocorrências, identificadas após o início de vigência do contrato, que, por si só, impliquem na necessidade de utilização de um ou mais procedimentos previstos contratualmente, respeitados os devidos prazos de carência.

INADIMPLÊNCIA - É a condição adquirida pelo **BENEFICIÁRIO** quando este deixa de efetuar o pagamento da contribuição associativa na data de vencimento estipulada na Proposta de Admissão, que é parte integrante do presente instrumento.

INTERNAÇÃO HOSPITALAR: De acordo com o Anexo 14 do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, tendo como referência a RDC ANVISA nº50/2002, a internação hospitalar é a admissão de um paciente para ocupar um leito hospitalar, por um período igual ou maior que 24 horas.

LEITO DE ALTA TECNOLOGIA: Acomodação destinada ao tratamento intensivo e especializado, em Unidades ou Centros de Terapia Intensiva, Semi-intensiva, Coronariana, Pediátrica ou Neonatal, Unidades de Isolamento, Terapia Respiratória e Terapia de Pacientes Queimados.

LIMITAÇÕES DE COBERTURA: São as quantidades máximas de dias ou de serviços, previstos contratualmente, estipuladas em conformidade com os procedimentos estabelecidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

MÉDICO ASSISTENTE: É o médico responsável pelo diagnóstico e terapêutica adequada no decorrer de uma patologia.

ORIENTADOR MÉDICO: É o documento de orientação sobre os procedimentos para utilização das coberturas, bem como a lista dos prestadores de serviços credenciados para o atendimento do **BENEFICIÁRIO**.

PARTO A TERMO: É aquele que ocorre entre a 38^a. (trigésima oitava) e a 42^a. (quadragésima segunda) semana de gestação.

PLANO REFERÊNCIA: Plano instituído pela Lei nº 9656/98 que possui cobertura assistencial ambulatorial-hospitalar com atendimento obstétrico, no padrão enfermagem, conforme todas as definições previstas na lei 9656/98.

PROPOSTA DE ADMISSÃO: É o documento através do qual se adquire o título de associado, no qual o **BENEFICIÁRIO** informa ao **TRASMONTANO** seus dados pessoais manifestando pleno conhecimento de suas obrigações e direitos estabelecidos no plano que esteja adquirindo.

QUADRO AGUDO - É instalação abrupta de sinais e sintomas de qualquer patologia que possam acometer o paciente.

QUADRO ASSOCIATIVO: É a composição de todos os **BENEFICIÁRIOS** do **TRASMONTANO**.

REDE CREDENCIADA: É a rede de prestadores de serviços, pessoas físicas e jurídicas, destinados a atender os eventos cobertos por este contrato, na medida de suas especialidades, recebendo por tais serviços, diretamente do **TRASMONTANO**, em nome, e por conta e ordem dos serviços prestados ao(s) **BENEFICIÁRIO(S)**.

REEMBOLSO: É a importância máxima, de responsabilidade do **TRASMONTANO**, para fins de restituição dos valores pagos pelo **BENEFICIÁRIO** diretamente ao prestador de serviços, respeitados os limites estabelecidos nestas Condições Gerais, desde que o procedimento tenha sido realizado em caráter de urgência ou emergência comprovada, quando verificada a impossibilidade de utilização da Rede Credenciada do **TRASMONTANO** ou em caso de acesso à livre escolha de prestadores.

SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL: É o tipo de cobertura contratada no plano de assistência à saúde.

URGÊNCIA: São as patologias que adquirem um quadro agudo e/ou eventos resultantes de acidentes pessoais ou de complicação gestacional.

USO INDEVIDO: Utilização inadequada dos serviços deste instrumento.

VIGÊNCIA: É o período no qual surtem efeitos os direitos e obrigações deste instrumento.

18. ELEIÇÕES DE FORO

As partes elegem o foro do domicílio do **BENEFICIÁRIO** para os casos de litígios ou pendências judiciais, renunciando a qualquer outro por mais privilegiado que seja.

