

**PROPOSTA DE ADESÃO DE PLANO DE SAÚDE - COLETIVO EMPRESARIAL -
META SAÚDE JUNDIAÍ**

Cidade:	Data:
PROPONENTE	

Após a aprovação da presente proposta, a assinatura acima do PROPONENTE, o vincula aos termos do contrato CPJMETA0001.

1. CLÁUSULAS COMERCIAIS		
Empresa	Vigência	
CNPJ	Vencimento boleto	
Telefone Financeiro/RH	E-mail	
Endereço	Nº	Bairro
Cidade	Estado	CEP
Contrato nº (a ser preenchido após aprovação da proposta pela GoCare)		
Nº registro do produto na ANS	META SAÚDE E – N. 495317237	
Tipo de contratação	Coletivo Empresarial	
Beneficiários contribuem para o plano para fins de benefício da RN 279/11	Sim	
Segmentação	Ambulatorial, Hospitalar e Obstetrícia	
Acomodação	Quarto Coletivo	
Abrangência (a ser preenchido pela Operadora)	Grupo de municípios: Cabreúva-SP, Caieiras-SP, Cajamar-SP, Campo Limpo Paulista-SP, Francisco Morato-SP, Franco da Rocha-SP, Itupeva-SP, Jarinu-SP, Jundiaí-SP, Louveira-SP, Valinhos-SP, Várzea Paulista-SP, Vinhedo-SP	
Formação do preço	Pré-estabelecido	
Cobertura Adicional	Conforme cláusula 26	
Fator moderador	Coparticipação financeira, abaixo descrita: (assinalar a opção escolhida)	
	Opção 1 ()	Opção 2 ()
Procedimentos simples	R\$ 6,00 (seis reais)	R\$ 0,00 (zero)
Procedimentos complementares	R\$ 15,00 (quinze reais)	R\$ 0,00 (zero)
Procedimentos de alta complexidade	R\$ 30,00 (trinta reais)	R\$ 0,00 (zero)
Consulta médica eletiva	R\$ 30,00 (trinta reais)	R\$ 0,00 (zero)
Por uso de pronto socorro	R\$ 50,00 (cinquenta reais)	R\$ 0,00 (zero)
Por autorização para internação hospitalar	R\$ 150,00 (cento e cinquenta reais)	R\$ 0,00 (zero)
Internação Psiquiátrica (após prazo ANS 30 dias)	50%	50%
Terapias (fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, psicologia, nutrição e acupuntura).	50%	50%
Órtese, prótese e material especial importado ligado ao ato cirúrgico (fabricação nacional não terá coparticipação)	50%	50%

Cirurgia Bariátrica	R\$ 9.000,00 (nove mil reais)	R\$ 9.000,00 (nove mil reais)
Abdominoplastia	R\$ 6.000,00 (seis mil reais)	R\$ 6.000,00 (seis mil reais)
Cobertura adicional: Internação domiciliar 24h	R\$ 750,00 (setecentos e cinquenta reais) por dia, limitados a 50% do valor total despendido pela CONTRATADA, o que for menor	R\$ 750,00 (setecentos e cinquenta reais) por dia, limitados a 50% do valor total despendido pela CONTRATADA, o que for menor
Cobertura adicional: Internação domiciliar 12h	R\$ 500,00 (quinhentos reais) por dia, limitados a 50% do valor total despendido pela CONTRATADA, o que for menor	R\$ 500,00 (quinhentos reais) por dia, limitados a 50% do valor total despendido pela CONTRATADA, o que for menor
Cobertura adicional: Atendimento domiciliar por equipe multiprofissional ou procedimentos pontuais exclusivos (tais como curativos, medicações parenterais).	R\$ 250,00 (duzentos e cinquenta reais) por dia, limitados a 50% do valor total despendido pela CONTRATADA, o que for menor	R\$ 250,00 (duzentos e cinquenta reais) por dia, limitados a 50% do valor total despendido pela CONTRATADA, o que for menor

Cirurgia Bariátrica e Dermolipectomia são cobertas mediante preenchimento de DUT – Diretrizes de utilização. Os valores de coparticipação serão faturados juntamente com as mensalidades e outras despesas elencadas neste Contrato. Reajuste dos valores de coparticipação acompanharão os índices de reajustes anual aplicados ao presente contrato conforme Cláusula 19.1.1.

A relação completa dos procedimentos cobertos, por categoria: procedimentos simples, procedimentos complementares e procedimentos de alta complexidade, estão disponíveis no site da operadora: <https://gocaresaude.com.br> – Espaço do Cliente – Procedimentos por grupo de carências.

Cidade:	Data:
	PROPONENTE

Nome da Empresa:	Data de Admissão:
------------------	-------------------

DADOS DO TITULAR / FUNCIONÁRIO

Nome:		Agregado SIM NÃO	Sexo	CPF
Estado Civil	RG	E-mail		Data de Nascimento
Naturalidade		Nome da Mãe		
Endereço			Número	Complemento
Bairro	Cidade		UF	CEP
Celular ()	Outros Telefones ()		Plano	
N.º Cartão Nacional de Saúde		Plano de Saúde Atual		Redução de Carência SIM NÃO

DEPENDENTES

2º Usuário		Agregado SIM NÃO	CPF	Data Nascimento
Estado Civil	Sexo	Celular ()		Outros Telefones ()
Parentesco	Nome da Mãe			
Naturalidade		N.º Cartão Nacional de Saúde		Redução de Carência SIM NÃO
3º Usuário		Agregado SIM NÃO	CPF	Data Nascimento
Estado Civil	Sexo	Celular ()		Outros Telefones ()
Parentesco	Nome da Mãe			
Naturalidade		N.º Cartão Nacional de Saúde		Redução de Carência SIM NÃO
4º Usuário		Agregado SIM NÃO	CPF	Data Nascimento
Estado Civil	Sexo	Celular ()		Outros Telefones ()
Parentesco	Nome da Mãe			
Naturalidade		N.º Cartão Nacional de Saúde		Redução de Carência SIM NÃO
5º Usuário		Agregado SIM NÃO	CPF	Data Nascimento
Estado Civil	Sexo	Celular ()		Outros Telefones ()
Parentesco	Nome da Mãe			
Naturalidade		N.º Cartão Nacional de Saúde		Redução de Carência SIM NÃO

Assinatura do Proponente

2. TABELA DE PREÇOS:

Assinalar a opção escolhida:

Opção 1

Opção 1 - 1 a 29 vidas	
Faixa etária	Pessoa Jurídica
00 a 18 anos	R\$ 83,50
19 a 23 anos	R\$ 104,53
24 a 28 anos	R\$ 120,91
29 a 33 anos	R\$ 125,69
34 a 38 anos	R\$ 136,33
39 a 43 anos	R\$ 155,67
44 a 48 anos	R\$ 208,31
49 a 53 anos	R\$ 263,21
54 a 58 anos	R\$ 321,13
59 anos ou +	R\$ 467,37

Opção 2

Opção 2 - 1 a 29 vidas	
Faixa etária	Pessoa Jurídica
00 a 18 anos	R\$ 99,00
19 a 23 anos	R\$ 130,00
24 a 28 anos	R\$ 150,00
29 a 33 anos	R\$ 170,00
34 a 38 anos	R\$ 190,00
39 a 43 anos	R\$ 210,00
44 a 48 anos	R\$ 255,00
49 a 53 anos	R\$ 330,00
54 a 58 anos	R\$ 430,00
59 anos ou +	R\$ 593,50

INFORMAÇÕES COMERCIAIS

Valor Total da Proposta R\$ _____ Tem venda administrativa? () sim () não

Valor da 1ª mensalidade: R\$ _____ Recebi 1ª mensalidade () sim () não

Corretora: _____

Nome Corretor(a): _____

E-mail: Fone: () _____

Enviar boleto do cliente para e-mail: _____

FAVOR DESTACAR O RECIBO E ENTREGAR AO CLIENTE
RECIBO DO CLIENTE
(válido para pagamento da primeira parcela)

Eu _____,

CPF _____, declaro que recebi do (a) Sr (a) _____

_____ o valor de R\$ _____

referente a primeira mensalidade do plano de saúde contratado.

Este recibo não tem validade para atendimento na rede credenciada.

**CASO A PROPOSTA NÃO SEJA ACEITA PELA GOCARE SAÚDE, O VALOR
PAGO SERÁ DEVOLVIDO AO CLIENTE EM 7 DIAS.**

APROVEITAMENTO DE PRAZO DE CARÊNCIA

Nome do Proponente

Razão pela qual faço entrega de:

Documentos Mínimos

Cópia do referido contrato

Cópia do cartão de identificação

Cópia dos 3 (três) últimos recibos quitados, sendo que o último não ultrapasse 30 (trinta) dias.

Declaração de Permanência

Procedimentos	Carências Normais	Coluna A	Coluna B
Atendimento em Pronto Socorro	24 horas	24 horas	24 horas
Consultas médicas	24 horas	24 horas	24 horas
Demais Procedimentos	180 dias	24 horas	150 dias
Partos a termo	300 dias	300 dias	300 dias
Doenças e/ou Lesões Preexistentes (DLP)	24 meses	24 meses	24 meses

A GoCare declara que as carências cumpridas em planos anteriores serão reduzidas da seguinte forma:

Cada coluna corresponde ao plano anterior a que o beneficiário advenha, da seguinte forma:

Coluna A

Válida para usuários que advenham de operadoras de plano de saúde e que mantenham contrato com a outra operadora a mais de 12 (doze) meses.

Coluna B

Válida para usuários que advenham de operadoras de plano de saúde e que mantenham contrato a mais de 6 (seis) meses e menos de 12 (doze) meses.

Importante: A partir de 59 (cinquenta e nove) anos é obrigatório passar pela Entrevista Médica Qualificada para análise de aproveitamento de carências, antes da conclusão da venda.

Desta forma fico ciente e concordo, que a GoCare a seu ÚNICO E EXCLUSIVO critério poderá admitir ou não o aproveitamento de carências cumprido em plano anterior, podendo ser admitido somente parcialmente. Requeiro também que as condições contratuais prevaleçam para meus dependentes que possuam o plano na operadora anterior.

Declaro estar ciente que a tabela completa dos prazos de carência dos procedimentos por nome e código TUSS encontra-se disponível www.gocaresaude.com.br ou no SAC - Serviço de Atendimento ao Cliente da CONTRATADA.

_____ de _____ de _____.

Declarações

Declaração 1

Declaro, para todos os fins de direito, que antes da contratação do plano de saúde empresarial, a GoCare Planos de Saúde Ltda, conforme determina a Lei 9.656/98, ofereceu o **Plano de Referência**, com o tipo de contratação Individual e Familiar e registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, sob o nº 488419211 (Referência GoCare);

Declaração 2

Declaro, para todos os fins de direito, que antes da contratação do plano de saúde empresarial, a GoCare Planos de Saúde Ltda disponibilizou o **MPS – Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde** para análise, conforme determina a Resolução Normativa – RN 195 e Instrução Normativa – IN nº 20, ambas editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

Declaração 3

Declaro, para todos os fins de direito, que antes da contratação do plano de saúde empresarial, a GoCare Planos de Saúde Ltda disponibilizou o **GLC – Guia de Leitura Contratual** para análise, conforme determina a Resolução Normativa – RN 195 e Instrução Normativa – IN nº 20, ambas editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

Declaração 4

Declaro, para todos os fins de direito, que antes da contratação do plano de saúde empresarial, a GoCare Planos de Saúde Ltda disponibilizou as **Tabelas de preços atualmente comercializadas com os valores das mensalidades por faixa etária** para análise, conforme determina a Lei nº 9.656/98, editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. Plano Referência

Declaração 5

Declaro, para todos os fins de direito, que antes da contratação do plano de saúde empresarial, a GoCare Planos de Saúde Ltda que estou ciente que as **Carências por procedimento e código TUSS estão disponíveis no site: www.gocaresaude.com.br** para análise.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

_____, _____ de _____ de _____.

Nome: _____

Nome: _____ Data de Nascimento: _____

CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO

Prezado(a) Beneficiário(a),

A **Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)**, instituição que regula as atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde, e tem como missão defender o interesse público vem, por meio desta, prestar informações para o preenchimento da **DECLARAÇÃO DE SAÚDE**.

O QUE É A DECLARAÇÃO DE SAÚDE?

É o formulário que acompanha o Contrato do Plano de Saúde, onde o beneficiário ou seu representante legal deverá informar as doenças ou lesões preexistentes que saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação do plano. Para o seu preenchimento, o beneficiário tem o direito de ser orientado, gratuitamente, por um médico credenciado/referenciado pela operadora. Se optar por um profissional de sua livre escolha, assumirá o custo desta opção.

Portanto, se o beneficiário (você) toma medicamentos regularmente, consulta médicos por problema de saúde do qual conhece o diagnóstico, fez qualquer exame que identificou alguma doença ou lesão, esteve internado ou submeteu-se a alguma cirurgia, **DEVE DECLARAR ESTA DOENÇA OU LESÃO**.

AO DECLARAR AS DOENÇAS E/OU LESÕES QUE O BENEFICIÁRIO SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO:

- A operadora **NÃO** poderá impedi-lo de contratar o plano de saúde. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.
- A operadora deverá oferecer: cobertura total ou **COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)**, podendo ainda oferecer o Agravado, que é um acréscimo no valor da mensalidade, pago ao plano privado de assistência à saúde, para que se possa utilizar toda a cobertura contratada, após os prazos de carências contratuais.
- No caso de CPT, haverá restrição de cobertura para cirurgias, leitos de alta tecnologia (UTI, unidade coronariana ou neonatal) e procedimentos de alta complexidade - PAC (tomografia, ressonância, endoscopia etc.*) **EXCLUSIVAMENTE** relacionados à doença ou lesão declarada, até 24 meses, contados desde a assinatura do contrato. Após o período máximo de 24 meses da assinatura contratual, a cobertura passará a ser integral de acordo com o plano contratado.
- **NÃO** haverá restrição de cobertura para consultas médicas, internações não cirúrgicas, exames e procedimentos que não sejam de alta complexidade, mesmo que relacionados à doença ou lesão preexistente declarada, desde que cumpridos os prazos de carências estabelecidas no contrato.
- Não caberá alegação posterior de omissão de informação na Declaração de Saúde por parte da operadora para esta doença ou lesão.



Fone: 0800 777 0161 - SAC
 Fone: (19) 3199.2588 - Adm
 Rua Doutor Erasmo Braga, 1175 - Jardim Chapadão
 CEP:13.070-147 - Campinas/SP
 e-mail: contato@gocaresaude.com.br
 www.gocaresaude.com.br

AO NÃO DECLARAR AS DOENÇAS E/OU LESÕES QUE O BENEFICIÁRIO SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO:

- A operadora poderá suspeitar de omissão de informação e, neste caso, deverá comunicar imediatamente ao beneficiário, podendo oferecer CPT, ou solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, denunciando a omissão da informação.
- Comprovada a omissão de informação pelo beneficiário, a operadora poderá RESCINDIR o contrato por FRAUDE e responsabilizá-lo pelos procedimentos referentes a doença ou lesão não declarada.
- Até o julgamento final do processo pela ANS, NÃO poderá ocorrer suspensão do atendimento nem rescisão do contrato. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.

ATENÇÃO! Se a operadora oferecer redução ou isenção de carência, isto não significa que dará cobertura assistencial para as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ter no momento da assinatura contratual. Cobertura Parcial Temporária - CPT - NÃO é carência! Portanto, o beneficiário não deve deixar de informar se possui alguma doença ou lesão ao preencher a Declaração de Saúde!

* Para consultar a lista completa de procedimentos de alta complexidade – PAC, acesse o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS no endereço eletrônico: www.ans.gov.br - **Perfil Beneficiário**.

Em caso de dúvidas, entre em contato com a ANS pelo telefone **0800-701-9656** ou consulte a página da ANS - www.ans.gov.br - **Perfil Beneficiário**.

Beneficiário

_____,
 Local Data ____/____/____

Nome: _____

Assinatura: _____
 Nome legível, assinatura e CPF

Intermediário entre a operadora e o beneficiário

_____,
 Local Data ____/____/____

Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____
 Nome legível, assinatura e CPF

Nome: _____ Data de Nascimento: _____

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

A Declaração de Saúde é um documento anexo e obrigatório para a contratação de nossos planos de saúde e deverá ser preenchida pelo proponente ou pelo responsável, quando titular menor de 18 anos, ou a seu critério, por qualquer outra pessoa, na qual deverá ser informado a condição sabida ou sintomas de doença e/ou lesão pré-existente, do titular ou dependentes, sob pena de imputação, de fraude, sujeita à suspensão ou denúncia do contrato, conforme disposto no inciso II do parágrafo único do artigo 13 da lei 9.656 de 3 de Junho de 1998.

ANTES DE PREENCHER, LEIA ATENTAMENTE AS “INFORMAÇÕES IMPORTANTES”

Deseja realizar o preenchimento com Orientação Médica ? (). Escreva “Sim” ou “Não”. _____

Preencher obrigatoriamente, os campos com “Sim” ou “Não”. _____ Assinatura

Itens	Titular	2o. Dep.	3o. Dep.	4o. Dep.	5o. Dep.
1) Já necessitou de internação hospitalar ou de alguma cirurgia? Quando? Por quê? Qual o nome do Médico? Qual o nome Hospital?					
2) Já fez ou faz uso de algum medicamento regularmente (diariamente)? Qual? Por quê?					
3) Já esteve incapacitado para o trabalho por algum período? Quando? Por quê? Seu local de trabalho é em condição perigosa ou insalubre?					

RESPONDA ABAIXO SE SOFREU OU SOFRE DE ALGUMA DESTAS DOENÇAS:

4) Doenças do aparelho cardiovascular (ex: angina, infarto, insuficiência cardíaca, pressão alta, varizes, avc, ou outras).					
5) Doenças do aparelho respiratório (ex: asma, bronquite, enfisema, pneumonia de repetição ou outras).					
6) Doenças do aparelho digestivo (ex: gastrite, úlcera, cálculo de vesícula, cirrose, colicistite, esofagite, pancreatite, hérnia de qualquer natureza, ou outras).					
7) Doenças neurológicas e/ou cérebro vasculares (ex: derrame cerebral, paralisia cerebral, alzheimer, parkinson, epilepsia, convulsão, ou outras).					
8) Doenças ortopédicas (ex: artrose, hérnia de disco, luxação, dor nas costas, ou outras). Já se submeteu ou submete-se a fisioterapia? Por quê?					
9) Doenças do aparelho intestinal (divertículo, hemorróidas, hérnia inguinal, sangramento nas fezes, ou outras).					
10) Doenças do fígado (cirrose, hepatite A, B ou C, ou outras).					
11) Doenças da vesícula (cálculo de vesícula, ou outras).					
12) Doenças de aparelho urinário (ex: cálculo renal, insuficiência renal, infecção dos rins e vias urinárias, bexiga, uretra, sangue na urina, bexiga caída, perda de urina, ou outras).					
13) Doenças de ouvido, nariz, garganta e oftalmológicas (ex: desvio de septo nasal, sinusite, amigdalite, cataratas, glaucomas, miopia, estrabismo, rinite, ou outras).					
14) Doenças ginecológicas e das mamas (ex: perineo, mioma, endometriose, HPV, nódulo de mama, cisto de ovário, biópsia de colo uterino, atraso menstrual, ou outros)					
15) Doenças da articulação (osteoporose, artrose, ou outras)					
16) Doenças dos órgãos genitais (ex: fimose, próstata, hidrocele, ou outros) .					
17) Doenças mentais (psiquiátricas) e do comportamento (psicológicas) (ex: depressão, esquizofrenia, ansiedade, outros).					
18) É ou foi fumante? Quantos cigarros por dia?					
19) Faz ou fez uso de bebidas alcoólicas? Quantas vezes por semana?					
20) Doenças ou malformações congênitas, transplantes ou falta de órgãos.					
21) Doenças endócrinas ou metabólicas (ex: diabetes, tireóide, obesidade, ou outros).					
22) Doenças auto-imunes (tireóide, lupus, artrite reumatóide, ou outras).					
23) Câncer, tumores, doenças do sangue, infecto contagiosas, doenças relacionadas ao HIV (AIDS) e suas conseqüências (ex: anemia, leucemia, púrpura, carcinoma, hepatite, tuberculose, DST, talassemia ou outras).					
24) Já necessitou de quimioterapia, radioterapia, diálise, hemodiálise, transfusão de sangue, ou outros derivados.					
25) Apresenta e/ou manifesta algum sinal e/ou sintoma que possa indicar a existência de alguma doença? (ex: tontura).					
26) Algum problema de saúde não citado? Qual?					
27) Encontra-se ou há suspeita de gravidez? Possui complicação em parto anterior?					
28) Faz ou fez uso de prótese ou órtese? Quando? Aonde? Por quê?					
29) Tem indicação de submeter-se a algum tratamento clínico ou cirúrgico?					
30) Tem qualquer deficiência de órgãos, membros ou sentidos?					
31) Qual o seu peso? Escrever no campo ao invés de preencher com “sim” ou “não”					
32) Qual a sua altura? Escrever no campo ao invés de preencher com “sim” ou “não”					

CPF: _____

CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL

1. DAS PARTES

1.1 GOCARE PLANOS DE SAÚDE LTDA, CNPJ 40.187.311/0001-26, ANS nº 42.268-1, com sede na Rua Erasmo Braga, 1175, Jardim Chapadão, Campinas/SP, por seu representante legal, doravante denominada CONTRATADA.

1.2 Conforme dados descritos na proposta vinculada ao CNPJ do CONTRATANTE, doravante assim denominado.

1.3 Por este instrumento, e na melhor forma de direito, as partes abaixo assinada celebram o presente Contrato de Operação de Plano Privado de Assistência à Saúde Suplementar, nos termos da Lei nº 9.656/98, das Resoluções e das Instruções Normativas vigentes sobre a matéria, bem como nos termos das cláusulas e das condições a seguir avençadas:

2. DAS CONDIÇÕES COMERCIAIS

2.1 As condições comerciais de plano e preço constantes nos itens 1 e 2 da proposta de adesão passam a fazer parte integrante do presente contrato e prevalecem sobre as demais.

3. PERÍODO DE CARÊNCIA

3.1 Para terem direito às garantias de coberturas tratadas neste instrumento, os beneficiários deverão observar os seguintes prazos de carências:

- Atendimentos em Pronto Socorro - 24 horas.
- Consultas médicas - 24 horas.
- Partos a termo - 300 dias
- Demais procedimentos - 180 dias.

3.1.1 As carências acima poderão ser reduzidas ou liberadas a critério exclusivo da CONTRATADA.

3.1.2 O beneficiário poderá consultar se determinado procedimento possui redução ou liberação de carência através do portal da operadora www.gocaresaude.com.br - Serviço de Atendimento ao Cliente da CONTRATADA.

3.2. Os casos de urgência e emergência, devidamente caracterizados através de declaração do médico assistente: 24 (vinte e quatro) horas.

3.2.1 Os casos de emergência ocorridos durante o cumprimento dos períodos de carência para internação hospitalar terão cobertura, em regime ambulatorial, durante as primeiras 12 (doze) horas de atendimento ou até que ocorra a necessidade de utilização de procedimentos da cobertura do plano hospitalar.

3.2.2 O início da contagem do prazo de carência para cada beneficiário se dará a partir da data de seu ingresso no plano.

3.3. Não haverá a exigência dos prazos de carências se, quando da inclusão do beneficiário no contrato, houver número igual ou superior a 30 beneficiários, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até 30 dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação na CONTRATANTE.

3.3.1. Para as inclusões formalizadas fora desse prazo, ou ainda que dentro do prazo, porém, com número total de beneficiários inferior a 30, os beneficiários deverão cumprir integralmente os prazos de carência previstos na presente Cláusula.

3.4. O início da contagem do prazo de carência para cada beneficiário se dará a partir da data de seu ingresso no plano.

3.5. A troca de produtos poderá ocorrer somente no mês de aniversário contratual e haverá cumprimento de novo prazo de carência de 180 (cento e oitenta) dias para aquelas cobertura e serviços que não estavam previstos no contrato anterior, incluindo-se nova rede credenciada de prestadores e diferente padrão de acomodação em internação (quarto privativo individual).

3.6. O recém-nascido, filho adotivo ou natural de beneficiário (pai ou mãe) inscrito no plano de saúde de segmentação hospitalar com obstetrícia, pode ser inscrito no plano de saúde em até 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção, seguindo os limites de carência já cumpridos pelo beneficiário (pai ou mãe), sendo dispensado o seu cumprimento, caso o beneficiário já tenha cumprido 180 (cento e oitenta) dias de carência.

3.6.1. O menor de 12 anos adotado por beneficiário de plano de saúde, ou sob guarda ou tutela deste, independente do tipo de segmentação CONTRATADA, pode ser inscrito no plano privado de assistência à saúde em até 30 (trinta) dias a contar da adoção, guarda, ou tutela, aproveitando os prazos de carência já cumpridos pelo beneficiário adotante, seja ele pai ou mãe, ou responsável legal, conforme o caso.

3.6.2. Nas hipóteses anteriores não será alegada doença ou lesão preexistente quando o dependente for inscrito nos primeiros trinta dias. Na hipótese de inscrição após o prazo de 30 (trinta) dias, pode ocorrer arguição de doença ou lesão preexistente, bem como a imposição de cobertura parcial temporária.

4 DEMAIS CLÁUSULAS

4.1 DEFINIÇÕES

4.1.1 Acidente Pessoal: evento externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física, independente de qualquer outra causa, e que interfira nas funções de órgãos e regiões, com local, data e hora da ocorrência perfeitamente caracterizada.

4.1.2 Urgência: acidente pessoal ou complicação do processo gestacional, que caracterize risco imediato de morte ou lesão irreparável.

4.1.3 Emergência: evento súbito e inesperado, declarado pelo médico assistente como risco imediato de morte ou lesão irreparável.

4.1.3.1. No transtorno psiquiátrico, inclui-se o risco de dano físico a si próprio, tentativa de suicídio e autoagressão, bem como dano moral ou patrimonial importante.

4.1.4 Atendimento de urgência e emergência: implica em resolver o risco imediato de morte ou lesão irreparável, incluindo acidente pessoal ou complicação no processo gestacional.

4.1.5 Carência: é o período durante o qual o beneficiário do plano de saúde não goza do direito à cobertura do serviço contratado.

4.1.6 Declaração de Saúde: consiste no preenchimento de um formulário, elaborado pela operadora, para registro de informações sobre as doenças ou lesões de que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor, e das quais tenha conhecimento, no momento da contratação ou adesão contratual.

4.1.7 Entrevista Qualificada: é a entrevista orientada por médico a que o consumidor se submete ao contratar um plano de saúde para que sejam relacionadas em formulário de "Declaração de Saúde" as doenças ou lesões que ele tenha conhecimento de portar, assim como dos dependentes que venham a integrar o seu contrato. Ela pode ser ou não acompanhada de exame ou perícia médica.

4.1.8 Doenças ou lesões preexistentes - DLP: aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, por antecedente, sintoma, alteração perceptível em seu estado de saúde ou por exame diagnóstico, no momento da contratação ou adesão do plano privado de assistência à saúde.

4.1.9 Cobertura Parcial Temporária – CPT: 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 (PAC), leitos

de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.

4.1.10 Agravo: qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura CONTRATADA, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.

4.1.11 Diretrizes de Utilização – DUT: São critérios, baseados nas melhores evidências científicas disponíveis, a serem observados para que sejam asseguradas as coberturas de alguns procedimentos e eventos especificamente.

5. OBJETO E NATUREZA JURÍDICA DO CONTRATO

5.1. O presente Contrato tem por objetivo garantir pela CONTRATADA aos beneficiários indicados pela CONTRATANTE, através de uma rede assistencial credenciada para tanto, a cobertura dos custos assistenciais, médicos e hospitalares, previstos em cláusula específica deste instrumento, na forma de Plano Privado de Assistência à Saúde prevista no inciso I do artigo 1º, da Lei nº 9656/98, cobrindo os custos das despesas correspondentes aos serviços médico-hospitalares previstos no Rol de Procedimentos vigente à época do evento para tratamento de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a Saúde – CID 10, da Organização Mundial de Saúde- OMS e do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, bem como a todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM, obedecendo à Rede Credenciada do plano escolhido, abrangência contratual, aos parâmetros estabelecidos pela legislação vigente ao CONTRATANTE e seu(s) dependente(s) regularmente inscrito(s), na forma e condições deste instrumento.

5.2. Este Contrato é de natureza jurídica bilateral, pois geram direitos e obrigações individuais para as partes, na forma do disposto nos artigos 476 e 477 do Código Civil Brasileiro, considerando-se, ainda, esta avença, como um Contrato Aleatório, regulado pelos artigos 458 a 461 do mesmo Código, e de adesão, sujeito também às disposições do Código de Defesa do Consumidor, Lei 8.078/90.

5.3. Igualmente, o Contrato se sujeita às normas estatuídas na Lei Federal 9.656/98, que dispõe sobre os Planos Privados de Assistência à Saúde e legislação específica que vier a sucedê-la.

6. CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

6.1. O presente plano de assistência à saúde possui contratação **Coletiva Empresarial**, destinando-se à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica CONTRATANTE por relação empregatícia ou estatutária.

6.2. Inclusão de beneficiários titulares

6.2.1. Podem ser incluídos aqueles que comprovem vínculos empregatício ou societário com a CONTRATANTE, sendo:

- a) Sócios da CONTRATANTE, conforme Contrato Social desta;
- b) Empregados com vínculo empregatício.

6.3. Inclusão de beneficiários dependentes

6.3.1. Podem ser incluídos aqueles que comprovem vínculos diretos com os beneficiários titulares de funcionário ou sócio da CONTRATADA, sendo:

- a) Cônjuge do beneficiário titular;
- b) Companheiro(a) do beneficiário titular (do mesmo sexo ou sexo oposto), na forma estabelecida pelo Código Civil;
- c) Os enteados e filhos naturais solteiros, até 21 (vinte e um) anos de idade ou até 24 (vinte e quatro) anos incompletos se universitários devidamente comprovados, ou de qualquer idade se inválidos físico ou mentalmente em caráter permanente, mediante comprovação da incapacidade;
- d) Os tutelados e os menores sob guarda até 21 (vinte e um) anos incompletos de acordo com as regras do Código Civil e do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA.

6.4. Será obrigatório o preenchimento da Carta de Orientação ao Beneficiário e da Declaração Pessoal de Saúde, bem como da Proposta de Adesão e Declaração de Saúde, para fins de inclusão no Contrato.

6.5. Ninguém será impedido de tornar-se beneficiário em razão de sua idade ou por ser portador de deficiência.

6.6. O recém-nascido, filho natural de beneficiário inscrito no plano de saúde de segmentação hospitalar com obstetrícia, cujo parto foi coberto pela operadora, terá garantida a cobertura assistencial nos primeiros 30 (trinta) dias após o parto, independente de sua inscrição no plano como dependente.

6.7. COMPROVAÇÃO DE REGULARIDADE DA CONTRATANTE

6.7.1. A **CONTRATADA** exigirá, no momento da contratação, sem prejuízo de outros, a documentação devidamente atualizada a seguir:

- a) O Contrato ou Estatuto Social ou ato constitutivo equivalente, devidamente consolidado registrado no(s) órgão(s) competente(s);
- b) Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ; e
- c) Ata de eleição da diretoria ou equivalente, devidamente registrada no órgão competente;
- d) RG e CPF do empresário ou sócios.

6.7.2. Comprovação dos Beneficiários Titulares

6.7.2.1. A **CONTRATANTE** deverá comprovar, previamente à adesão, com documentos a condição de elegibilidade do **Beneficiário** titular (vínculo empregatício ou estatutário com a **CONTRATADA**), por meio da entrega da documentação pertinente, e de acordo com a natureza da **CONTRATANTE**:

- a) Cópia da cédula de identidade e CPF;
- b) Cópia do Registro do contrato de trabalho;
- c) Cópia da anotação do contrato de experiência;
- d) Termo de Adesão ao plano de saúde e Declaração de Saúde;
- e) Cópia do comprovante de endereço;
- f) Relação da GEFIP/SEFIP com os dados cadastrais do (s) beneficiário (s);

6.7.2.2. Não será aceita a inclusão de Beneficiários Titulares que se vinculem à **CONTRATADA** por vínculo diverso do empregatício ou societário.

6.7.3. Comprovação dos Beneficiários Dependentes

- a) **Cônjuge**: Certidão de Casamento;
- b) **Companheiro (a) do mesmo sexo ou de sexo oposto**: Escritura Pública de Declaração de União Estável registrada em Cartório na qual ambos os companheiros declarem a união estável e o início da convivência; ou Declaração firmada por ambos os companheiros, onde declaram a união estável e o início da convivência, com firma reconhecida por ambos e assinatura de duas testemunhas; ou Designação em Carteira Profissional.
- c) **Filho (a)**: Certidão de Nascimento ou documento de identidade com foto; para o filho adotivo, Certidão de Nascimento e documento de adoção, para filho(a) inválido(a), laudo médico comprobatório ou decisão judicial recente da incapacidade permanente;
- d) **Tutelado(a) e menor sob guarda**: Certidão de Nascimento ou documento de identidade com foto e Termo de Tutela ou Guarda.
- e) **Enteado (a)**: Certidão de nascimento em conjunto com a certidão do casamento ou com os documentos na comprovação documental de companheiro (a).

6.7.3.1. Não será aceita a inclusão de Beneficiário que não tenha a elegibilidade prevista nos itens anteriores, sob pena de a **CONTRATANTE** responder, perante a **CONTRATADA**, por todos os ônus e/ou penalidades que eventualmente sejam por ela suportados e/ou impostas, mesmo após o encerramento do Contrato.

6.7.3.2. A **CONTRATADA** poderá solicitar e a **CONTRATANTE** se obriga a fornecer, a qualquer tempo, e no prazo não superior a 05 (cinco) dias, documentação complementar para averiguação da regularidade do vínculo do Beneficiário com a **CONTRATANTE** e daquele com seu(s) Beneficiário(s) Dependente(s), sendo esta responsável pelas informações prestadas, inclusive referentes aos dados cadastrais dos Beneficiários exigidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

6.7.3.3. A **CONTRATANTE** tem ciência de que o não fornecimento, o fornecimento incompleto, incorreto e/ou a não atualização dos dados cadastrais dos Beneficiários, poderá acarretar a rejeição do cadastro por parte da ANS, constituindo, ainda, infração às normas

editadas por aquela Agência, bem como de que as inconsistências nos dados cadastrais poderão impedir a movimentação da massa de Beneficiários, com a obrigatoriedade de pagamento de taxas e ressarcimentos desnecessários pela **CONTRATADA** à ANS.

6.7.3.4. Em razão do disposto na cláusula anterior, as Partes acordam que, quando da implantação do Contrato, se após a análise dos dados cadastrais dos **Beneficiários** enviados à **CONTRATADA** forem detectados dados incompletos ou incorretos, a **CONTRATANTE** se compromete a regularizar as pendências existentes, no prazo máximo de 30 (trinta) dias a contar da comunicação da **CONTRATADA**, assumindo e isentando a **CONTRATADA SAÚDE** de todos os riscos, ônus e/ou penalidades, inclusive pecuniárias, decorrentes do não fornecimento, do fornecimento incompleto, incorreto e/ou da não atualização dos dados cadastrais dos **Beneficiários** a ela vinculados.

6.7.3.4.1. A **CONTRATANTE** responsabiliza-se, ainda, pelos ônus e/ou penalidades, inclusive pecuniárias, que eventualmente sejam suportados/impostos à **CONTRATADA** pela ANS, em razão da inobservância das obrigações acima citadas, mesmo após o encerramento do Contrato, bem como pelos custos envolvidos na obtenção dos referidos dados junto a outras fontes que os disponibilizem, no sentido de sanar tais pendências.

6.7.4. Regras de inclusão dos Beneficiários

6.7.4.1. A **CONTRATANTE** deverá enviar à **GoCare SAÚDE**, na data da assinatura do Contrato, cadastro de todos os **Beneficiários** titulares e respectivos dependentes que serão inscritos no plano, em impresso próprio fornecido pela **CONTRATADA** ou através de transferência por meio eletrônico, dentro de layout preestabelecido pela **CONTRATADA**, juntamente, se o caso exigir, com a Declaração Pessoal de Saúde devidamente preenchida e assinada pelo Beneficiário Titular. A partir da data da inclusão, observados os prazos de carências, se aplicáveis, os **Beneficiários** terão direito às coberturas contratuais, de modo a surtir os efeitos determinados pela legislação em vigor, inclusive para atender às exigências da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

6.7.4.1.1. Todos os campos do impresso e layout acima citados deverão ser preenchidos pela **CONTRATANTE**, sob pena de as informações cadastrais serem recusadas pela **CONTRATADA**, acarretando a não inclusão dos **Beneficiários** cujos dados estiverem incompletos, incorretos ou desatualizados.

6.7.4.2. Nos contratos com número de beneficiários acima de **30 (trinta)**, os Titulares com vínculo empregatício admitidos pela **CONTRATANTE** e seus respectivos Beneficiários Dependentes, somente serão isentos do cumprimento de prazos de carências, se requisitarem formalmente a inclusão ao plano de saúde à **CONTRATADA**, no prazo de até **30 (trinta)** dias da data do vínculo a **CONTRATANTE** por admissão.

6.7.4.3. Fica assegurada a inclusão do recém-nascido, filho natural ou adotivo, do **Beneficiário** Titular, como dependente, com aproveitamento dos períodos de carência cumpridos pelo titular, se for o caso, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou da adoção.

6.7.4.3.1. Se exigível carência para cobertura obstétrica, após o cumprimento do prazo para internação não caberá qualquer alegação de Doença ou Lesão Preexistente, se aplicável, para inclusão do recém-nascido natural, adotivo, sob guarda ou tutela, sendo-lhes garantida à assistência durante os 30 (trinta) primeiros dias de vida, dentro da cobertura do plano, assim como estará garantida a sua inscrição sem a necessidade de cumprimento de carência ou de cobertura parcial temporária. Caso o nascimento ocorra quando o **Beneficiário** titular ainda se encontrar sob carência para internação, o direito do recém-nascido observará o prazo restante para o cumprimento da carência do **Beneficiário** titular.

6.7.4.3.2. O menor de 12 (doze) anos de idade adotado, sob guarda ou sob tutela, se inscrito até 30 (trinta) dias após a concessão da adoção, guarda ou tutela, aproveitará os períodos de carência, se aplicáveis, já cumpridos pelo **Beneficiário** Titular adotante ou responsável legal.

6.7.4.3.3. Nos contratos com 30 (trinta) ou mais Beneficiários em que o **Beneficiário Titular** tenha sido incluído sem exigência de cumprimento de prazos de carência, quando ocorrer a inclusão de novos **Beneficiários Dependentes** designados nos termos deste contrato, cuja relação de dependência tenha se verificado durante a vigência do Contrato, o prazo para cadastramento sem a exigência de prazos de carência será de até 30 (trinta) dias contados da data do evento que originou essa relação, desde que, no momento da inclusão, o contrato tenha 30 (trinta) ou mais Beneficiários. Após este prazo, os novos dependentes poderão ser incluídos considerando os períodos de carências e Cobertura Parcial Temporária-CPT, previstos em cláusula específica destas condições gerais.

6.7.4.4. O plano do **Beneficiário** Dependente será sempre igual ao do **Beneficiário** Titular.

6.7.4.5. A **CONTRATANTE** informará mensalmente à **CONTRATADA**, em impresso próprio fornecido pela **CONTRATADA** ou através de transferência por meio eletrônico, dentro de layout pré estabelecido pela **CONTRATADA**, **na data convencional no Termo de Aditamento ao contrato (Condições Específicas)** a relação dos admitidos e excluídos do mês, acompanhada dos documentos acima especificados, a fim de que a **CONTRATADA** mantenha atualizado o quadro de **Beneficiários**.

6.7.4.6. A **CONTRATANTE** se responsabilizará pelo pagamento das contraprestações pecuniárias dos **Beneficiários** excluídos durante o período em que os mesmos permanecerem cadastrado

7. COBERTURA E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

7.1. A **CONTRATADA**, respeitados os limites, prazos de carência, as exclusões, as coberturas e demais condições estabelecidas neste contrato, garantirá a cobertura de custos relativos aos atendimentos ambulatoriais, hospitalares e obstétricos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editada pela ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigente à época do evento e observadas as Diretrizes de Utilização- DUT, Diretrizes Clínicas – DC e Protocolo de Utilização- PROUT, se houver, bem como todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM, para as doenças

listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde - CID-10, da Organização Mundial da Saúde, dentro da segmentação e da área de abrangência estabelecida no contrato, independentemente do local de origem do evento, nos termos do artigo 12, incisos I, II, III e IV, da Lei nº. 9.656/98 devendo ser observadas, ainda, as especificidades do artigo 10-A da mesma Lei e o disposto na Resolução nº 13/98, do CONSU, no que se aplicam ao Plano.

7.2. O Rol de Procedimento é taxativo, portanto, qualquer procedimento não constante dele ou expressamente neste contrato não possui cobertura contratual.

7.3. Cobertura ambulatorial

7.3.1. Compreendem os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigente à época do evento, para o Segmento Ambulatorial, estando incluída no presente contrato, a cobertura de:

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

7.3.1.2. Consulta e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapia ocupacional e psicólogo, de acordo com a quantidade de sessões estabelecida no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e observadas às respectivas Diretrizes de Utilização da ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigentes à época do evento, conforme indicação do médico assistente.

7.3.1.3. Sessões de Psicoterapia, de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e observadas às respectivas Diretrizes de Utilização da ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigentes à época do evento, que poderão ser realizadas tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme indicação do médico assistente.

7.3.1.4. Procedimentos de reeducação e reabilitação física, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigentes à época do evento, em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente.

7.3.1.5. Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar.

7.3.1.6. Planejamento familiar, de que trata o inciso III, do artigo 35-C, da Lei nº 9.656/98 e previstos no Anexo do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar e observadas às respectivas Diretrizes de Utilização da ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigente à época do evento.

7.3.1.7. Tratamento de transtornos psiquiátricos, consistente no tratamento básico, em regime ambulatorial, de todos os transtornos psiquiátricos codificados pelo CID-10, compreendendo:

7.3.1.7.1. Atendimento às emergências psiquiátricas, assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida 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.

7.3.1.7.2. O atendimento se dará em regime ambulatorial nas doze horas subsequentes à emergência, após o que a responsabilidade financeira será do beneficiário, não cabendo ônus à CONTRATADA.

7.3.1.7.3. Atendimento à Psicoterapia, de acordo com a quantidade de sessões estabelecida no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e observadas as Diretrizes de Utilização da ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigentes à época do evento, que poderá ser realizada tanto por psicólogo ou médico devidamente habilitado.

7.3.1.7.4. 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.

7.4. Cobertura hospitalar

7.4.1. Compreendem os atendimentos realizados em regime de internação, em número ilimitado de dias, para a realização de procedimentos definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigente à época do evento, para o Segmento Hospitalar, observadas as disposições previstas no presente Contrato ficam incluídas as coberturas de:

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

7.4.1.2. Garantia de acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional nos casos de indisponibilidade de leito hospitalar contratado nos estabelecimentos credenciados pelo plano.

7.4.1.3. Fica garantida a participação de profissional médico anestesista nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, caso haja indicação clínica.

7.4.1.4. Cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação.

7.4.1.5. Fica garantido o atendimento, dentro da segmentação e da área de abrangência estabelecida no contrato, independentemente do local de origem do evento.

7.4.1.6. Cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar.

7.4.1.7. Cobertura para remoção do paciente, comprovadamente necessária, de um estabelecimento hospitalar para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro.

7.4.1.8. Cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, exceto material descartável se houver similar de uso contínuo ou permanente e fornecimento de medicamentos, materiais e produtos para a saúde importados não nacionalizados, aqueles produzidos fora do território nacional ou sem registro na ANVISA.

7.4.1.9. Cobertura de despesas com alimentação e acomodação de 1 (um) acompanhante, no caso de pacientes menores de 18 (dezoito) anos e com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, bem como para os portadores de deficiência, conforme indicação do médico assistente.

7.4.1.10. Cobertura de cirurgias buco-maxilo-facial que necessitem de ambiente hospitalar, realizadas por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, cobertura de exames complementares solicitados pelo profissional assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica.

7.4.1.11. Estão cobertos os tratamentos básicos em regime hospitalar dos transtornos psiquiátricos codificados pelo CID-10 e previstos pela ANS, no total de 30 (trinta) dias de internação psiquiátrica, por ano de contrato não cumulativo, após este período aplica-se a coparticipação descrita nas “cláusulas comerciais”.

7.4.1.12. Estão cobertos todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos, aí incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões autoinfligidas.

7.4.1.13. Cobertura de 30 dias para hospital-dia, contínuos ou não, nos 12 meses de vigência do contrato, para os transtornos mentais de acordo com as Diretrizes de Utilização na forma estabelecida no Rol de Procedimentos e Eventos à Saúde vigente à época do evento após este período aplica-se a coparticipação descrita nas “cláusulas comerciais”.

7.4.1.14. Os beneficiários do presente contrato terão direito à cobertura de transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos à Saúde vigente na época do evento, bem como as despesas com os procedimentos vinculados, incluindo todas aquelas necessárias à realização do transplante, incluindo:

7.4.1.14.1. Despesas assistenciais com doadores vivos. Medicamentos utilizados durante a internação.

7.4.1.14.2. Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamento de manutenção.

7.4.1.14.3. Despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde - SUS.

7.4.1.14.4. Estão cobertos ainda os transplantes autólogos e alogênicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.

7.4.1.14.5. Os 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 - CNCDO's, integrantes do Sistema Nacional de Transplantes - SNT, e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de seleção.

7.4.1.15. Os procedimentos necessários ao tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas, decorrentes de procedimentos não cobertos, têm cobertura obrigatória quando constarem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, respeitada as segmentações e os prazos de carência e Cobertura Parcial Temporária - CPT.

7.4.1.16. Estão cobertos os atendimentos por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo assistente.

7.4.1.17. Estão cobertas as Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPME ligadas aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, exceto fornecimento de medicamentos, materiais e produtos para a saúde importados não nacionalizados, aqueles produzidos fora do território nacional ou sem registro na ANVISA.

7.5. Cobertura obstétrica

7.5.1. Compreendem os atendimentos realizados em regime de internação, em número ilimitado de dias, para a realização de procedimentos definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigente à época do evento, para o Segmento Hospitalar acrescido das seguintes coberturas obstétricas:

7.5.1.1. Assistência ao parto, cirúrgico ou não e ao puerpério, incluindo a cobertura hospitalar, acrescida dos procedimentos relativos à assistência pré-natal.

7.5.1.2. Assistência imediata ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto.

7.5.2.2. Inscrição assegurada do recém-nascido isenta dos prazos de carência e alegação de DLP, desde que a inscrição ocorra dentro do prazo de 30 dias após o parto.

8. EXCLUSÕES DE COBERTURA

8.1. Estão expressamente excluídos da cobertura do presente contrato, as despesas e procedimentos decorrentes dos itens a seguir indicados:

8.1.1. Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, ou seja, aqueles que empregam medicamentos, produtos ou técnicas não registradas/regularizadas no país ou aqueles que são considerados experimentais pelo CFM - Conselho Federal de Medicina e aqueles cujas indicações não constem da bula/manual registrado na ANVISA - uso off label.

8.1.2. 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 lesionado, por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita.

8.1.3. Inseminação artificial, entendida como a 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 pós-tuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas.

8.1.4. Tratamento de rejuvenescimento e de emagrecimento com finalidade estética, assim como spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais.

8.1.5. Fornecimento de medicamentos, materiais e produtos para a saúde importados não nacionalizados, aqueles produzidos fora do território nacional ou sem registro na ANVISA.

8.1.6. Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao da unidade de saúde.

8.1.7. Fornecimento de medicamentos, inclusive durante a internação hospitalar, reprovados pelo CITEC - Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde.

8.1.8. Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios, não ligados ao ato cirúrgico, inclusive, aparelhos para surdez, lentes, óculos etc.

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

8.1.10. Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente. 8.1.11. Transplantes, exceto de córnea e de rim, bem como, dos transplantes autólogos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar.

8.1.12. Consultas, internações, atendimentos e cuidados de enfermagem em regime domiciliar.

8.1.13. Fornecimento de medicamento de manutenção, para pacientes transplantados.

8.1.14. Tratamentos em clínicas de emagrecimento (exceto para tratamentos da obesidade mórbida), clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar.

8.1.15. Tratamentos, exames e procedimentos que não constarem no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde definidos pela ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigente à época do evento, dentro da segmentação assistencial à qual o plano pertence.

8.1.16. Despesas de acompanhantes, exceto para o caso de pacientes menores de 18 (dezoito) anos ou, conforme indicação do médico assistente, para pacientes com idade igual ou superiores a 60 (sessenta) anos, bem como, para aqueles portadores de deficiências.

8.1.17. Despesas extraordinárias do beneficiário ou acompanhante, em caso de internação hospitalar, tais como: televisão, frigobar, ligações telefônicas, internet, enfermagem particular, estacionamento, materiais de perfumaria, entre outras.

8.1.18. Procedimentos relacionados nas normas regulamentadoras de segurança e saúde do trabalho, tais como, exames admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função, demissionais, etc.

8.1.19. Remoção por via aérea.

8.1.20. Material descartável se houver similar de uso contínuo ou permanente.

8.1.21. Prótese, órtese e acessório não ligado ao ato cirúrgico ou para fim estético.

8.1.21.1. Prótese é entendida como qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido.

8.1.21.2. Órtese é entendida como qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido.

8.1.22. Vacina de qualquer espécie.

8.1.23. Material, medicamento, e respectivas taxas, utilizados fora do ambiente da internação hospitalar.

8.1.24. Qualquer outro procedimento que não conste expressamente no rol de procedimentos, por se tratar de listagem taxativa.

9. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO CONTRATO

9.1. O prazo de vigência do presente contrato será de 12 (doze) meses contados da data da assinatura pelas partes, CONTRATANTE e CONTRATADA.

9.2. Não havendo qualquer manifestação das partes no prazo de até 30 (trinta) dias que precedem o término da vigência contratual, o contrato passará a reger-se por prazo indeterminado, não cabendo cobrança de qualquer taxa ou recontagem de carência para renovação.

10. DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

10.1. Estão cobertas pelo presente Contrato, as doenças e lesões preexistentes, que são aquelas das quais os beneficiários saibam ser portadores ou sofredores à época da sua inclusão no plano de saúde, entretanto, essa cobertura será parcial e se dará da seguinte forma:

10.1.1. Caso, quando do preenchimento da proposta de adesão ou de inclusão de beneficiário no Plano, seja declarada pelo pretense beneficiário titular e/ou por seus dependentes em declaração de saúde, ou seja, constatada pela CONTRATADA através de Entrevista Qualificada ou de exames clínicos e/ou laboratoriais ou perícias que algum(ns) beneficiário(s) e/ou dependente(s) a ser(em) inscrito(s), seja(m) portador(es) de qualquer doença ou lesão passíveis de procedimentos cirúrgicos, internações em leitos de alta tecnologia e de realização de procedimentos de alta complexidade, o beneficiário deverá cumprir a Cobertura Parcial Temporária de referida doença ou lesão.

10.2. Para fins do presente Contrato, entende-se por:

10.2.1. Cobertura Parcial Temporária (CPT), a suspensão, por um período ininterrupto de 24 (vinte e quatro) meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano, da cobertura dos eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade classificados como tal através de norma específica da ANS, relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes.

10.2.2. Decorridos os 24 (vinte e quatro) meses de Cobertura Parcial Temporária (CPT), a cobertura à doença ou lesão preexistente será integral.

10.2.3. Exercendo prerrogativa legal, a CONTRATADA optará pelo não fornecimento do Agravo.

10.2.4. Não haverá a exigência do cumprimento da cláusula de Cobertura Parcial Temporária se, quando da inclusão do beneficiário, no contrato houver número de participantes igual ou superior a 30 (trinta), desde que, o beneficiário formalize o seu pedido de ingresso no presente plano em até 30 (trinta) dias da celebração deste contrato coletivo ou de sua vinculação na pessoa jurídica CONTRATANTE.

10.2.5. Quando a inclusão do beneficiário ocorrer fora das hipóteses mencionadas no item anterior, serão aplicadas as regras de Cobertura Parcial Temporária (CPT), nos casos de doenças ou lesões preexistentes.

11. DA ENTREVISTA QUALIFICADA

11.1. A CONTRATADA entregará ao CONTRATANTE os formulários de Declaração de Saúde, para que os beneficiários titulares possam preenchê-los em seu nome e dos seus dependentes e, após, entregá-los à CONTRATADA junto com a Proposta de Adesão.

11.2. O beneficiário, sem qualquer ônus, poderá escolher um médico dentre os pertencentes à rede credenciada da CONTRATADA, para realizar uma Entrevista Qualificada e auxiliá-lo no preenchimento da Declaração de Saúde.

11.3. Caso opte por ser orientado por médico não pertencente à rede credenciada da CONTRATADA, o beneficiário deverá arcar com o ônus financeiro da consulta.

11.4. O beneficiário titular é obrigado a informar à CONTRATADA, no ato da sua inclusão e da inclusão dos seus dependentes, quando expressamente solicitado na documentação contratual por meio da Declaração de Saúde, o conhecimento de ser portador de lesão ou doença preexistente, à época da assinatura do contrato ou da Proposta de Adesão, sob pena de caracterização de fraude, sujeita à perda da condição de beneficiário do plano, sem prejuízo de medidas judiciais cabíveis, bem como ressarcimento dos custos com a referida doença.

11.5. É facultado à CONTRATADA, o direito de examinar ou periciar quaisquer dos beneficiários titulares e/ou seus dependentes, quando da inclusão no plano, para fins de identificação de lesões ou doenças preexistentes.

11.6. Fica expressamente vedada à alegação de doença e lesão preexistente após a Entrevista Qualificada se, por ventura, vier a ser realizado, pela CONTRATADA, qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário.

11.7. A CONTRATADA reserva-se o direito de comprovar, nos termos e pelos meios permitidos por lei, a existência de doença e/ou lesão preexistente que acomete o beneficiário inscrito no presente plano.

12. DA COBERTURA PARA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA MÉDICA

12.1. Estão cobertos pelo presente Contrato os atendimentos, em regime ambulatorial e de internação para casos de urgência e emergência que implicarem em risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente- beneficiário, entendendo-se, para os fins do presente Contrato, e nos termos da Lei 9.656/98, por emergência, todos aqueles casos que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o beneficiário paciente, caracterizado por declaração do médico assistente e por urgência, todos aqueles casos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

12.2. Os atendimentos a que se refere o subitem anterior estão consubstanciados na execução das atividades e procedimentos destinados à preservação da vida, órgãos e funções, desde o primeiro atendimento ambulatorial até a resolução hospitalar necessária, observados os seguintes termos:

12.2.1. Os casos de urgência decorrentes de acidente pessoal, aqui definido como evento súbito, externo, involuntário e violento causador de lesão física, serão integralmente cobertos pelo presente contrato, a nível ambulatorial e hospitalar, após as 24 (vinte e quatro) horas de ingresso do beneficiário no plano.

12.2.2. Os casos de urgência decorrentes de complicações no processo gestacional, ocorridos durante o cumprimento dos períodos de carência para internação hospitalar conforme a Súmula 21 da ANS terá cobertura, em regime ambulatorial, durante as primeiras 12 (doze) horas de atendimento ou até que ocorra a necessidade de internação.

12.2.3. Os casos de emergência ocorridos durante o cumprimento dos períodos de carência para internação hospitalar terão cobertura, em regime ambulatorial, durante as primeiras 12 (doze) horas de atendimento ou até que ocorra a necessidade de utilização de procedimentos da cobertura do plano hospitalar.

12.2.4. Os casos de urgência e/ou emergência relacionados a doenças e lesões preexistentes, durante o cumprimento da Cobertura Parcial Temporária terão cobertura, em regime ambulatorial, durante as primeiras 12 (doze) horas de atendimento ou até que ocorra a necessidade utilização de procedimentos da cobertura hospitalar.

12.2.5. Nas hipóteses de atendimento de emergência ou de urgências decorrentes de complicações no processo gestacional durante o cumprimento do período de carência para internação hospitalar, transcorridas as 12 (doze) primeiras horas de atendimento em regime ambulatorial, ou se, antes desse período, houver a necessidade de internação, a responsabilidade financeira passará a ser da CONTRATANTE e/ou do beneficiário, não cabendo qualquer ônus à CONTRATADA.

12.2.6. Em havendo acordo de Cobertura Parcial Temporária- CPT para Doença e Lesões Preexistentes, transcorridas as 12 (doze) primeiras horas de atendimento em regime ambulatorial, ou se, antes desse período, houver a necessidade de eventos cirúrgicos, utilização de leitos de alta tecnologia e a realização de procedimentos de alta complexidade relacionados à Doença e Lesão Preexistente declarada e objeto da CPT, a responsabilidade financeira passará a ser da CONTRATANTE e/ou do beneficiário, não cabendo qualquer ônus à CONTRATADA.

13. DA COBERTURA PARA A REMOÇÃO INTER HOSPITALAR

13.1. Está coberta pelo presente Contrato, nos termos e condições abaixo e conforme normativos vigentes à época do evento, a remoção do beneficiário, comprovadamente

necessária, em ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, de um estabelecimento hospitalar para outro estabelecimento hospitalar (inter-hospitalar), dentro dos limites de abrangência geográfica previsto no presente Contrato.

13.2. Fica assegurada a remoção depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizado pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade hospitalar para continuidade do tratamento.

13.3. Nos atendimentos de urgência e emergência relacionados à Doença e Lesão Preexistente, ocorridos durante os prazos de Cobertura Parcial Temporária e que resulte na necessidade de realização de eventos cirúrgicos, utilização de leitos de alta tecnologia ou procedimentos de alta complexidade, relacionadas à Doença e Lesão Preexistente, ultrapassada às 12 (doze) primeiras horas de atendimento ambulatorial, ou se, antes desse período, houver a necessidade de internação, o beneficiário terá direito, sob a responsabilidade da CONTRATADA, à sua remoção para uma unidade de atendimento do Sistema Único de Saúde - SUS.

13.4. Nos casos de complicações no processo gestacional ou de atendimento de emergência ocorridos durante o cumprimento do prazo de carência para internação hospitalar, ultrapassada às 12 (doze) horas de atendimento ambulatorial, ou se, antes desse período, houver a necessidade de internação, o beneficiário terá direito, sob a responsabilidade da CONTRATADA, à remoção para uma unidade de atendimento do Sistema Único de Saúde - SUS.

13.5. Na remoção, a CONTRATADA deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o beneficiário quando efetuado o seu registro na unidade SUS.

13.6. Caso o beneficiário e/ou seus responsáveis optarem, expressamente, mediante um termo de responsabilidade, pela continuidade de atendimento em unidade diferente que a do SUS - Sistema Único de Saúde, a CONTRATADA estará desobrigada da responsabilidade médica, assim como da responsabilidade financeira da remoção.

13.7. Quando não puder haver remoção por risco de vida do beneficiário, o beneficiário e/ou seu responsável e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se assim, a CONTRATADA, desse ônus financeiro.

14. DO DIREITO AO REEMBOLSO NOS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

14.1. Quando da impossibilidade de utilização pelos beneficiários inscritos no presente Plano, dos serviços credenciados pela CONTRATADA dentro da área geográfica de abrangência do plano, para os atendimentos de urgência e de emergência, a CONTRATADA procederá ao reembolso das despesas experimentadas pelo beneficiário de acordo com as Tabelas de Reembolso do Plano, abrangendo procedimentos, medicamentos, materiais e diárias e taxas, disponíveis no site, no programa gerenciador de

plano de saúde da CONTRATADA, acessível mediante senha fornecida por esta à CONTRATANTE, ou podem ser consultados no SAC - Serviço de Atendimento ao Cliente da CONTRATADA, durante 24 horas por dia, cujos valores não poderão ser inferiores aos praticados pela CONTRATADA junto à rede credenciada.

14.2. Os valores dos procedimentos a serem reembolsados não estão vinculados com os preços pagos pelos beneficiários diretamente aos médicos, dentistas e/ou instituições não pertencentes à rede credenciada da CONTRATADA.

14.3. Valores de reembolso:

14.3.1. Os valores de reembolso dos procedimentos serão no máximo aqueles que a CONTRATANTE tem com sua rede credenciada, sendo utilizado com parâmetro a Tabela AMB/92, com CH 0,25.

- Pronto socorro R\$ 35,00 por evento.
- Diária e taxa hospitalar R\$ 120,00 por dia de internação.
- Medicamento R\$ 30,00 por dia de internação.
- Material R\$ 30,00 por dia de internação.

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

14.4.1 Via original do(s) documento(s) comprobatório(s) do(s) pagamento(s) das despesas ao profissional e/ou. instituição não credenciada pela CONTRATADA (Recibos e/ou Notas Fiscais).

14.4.2 Conta analítica médico-hospitalar, em caso de internação.

14.4.3 Relatório do médico assistente, indicando a patologia e o procedimento adotado. Declaração do médico assistente especificando a razão da emergência.

14.5. O direito ao reembolso poderá ser requerido, pelo beneficiário à CONTRATADA, no prazo de até 12 (doze) meses, contados da data do atendimento, objeto do reembolso.

14.5.1. O beneficiário que não exercer esse direito no prazo estipulado, não poderá mais fazê-lo.

14.6. A CONTRATADA não se responsabilizará pelo reembolso de despesas extraordinárias e/ou não cobertas pelo presente contrato.

15. DA URGÊNCIA ODONTOLÓGICA

15.1 Não Aplicável.

16. MECANISMOS DE REGULAÇÃO

16.1. Da rede

16.1.1. A CONTRATADA colocará à disposição dos beneficiários inscritos no presente Plano de Saúde, para a garantia da cobertura da assistência, os centros médicos, ambulatoriais, laboratórios, consultórios, hospitais e respectivos profissionais da área da

saúde, constantes da Rede Credenciada, disponível pelo site www.gocaresaude.com.br ou através do SAC - Serviço de Atendimento ao Cliente da CONTRATADA.

16.1.2. Aos beneficiários deste Contrato fica(m) disponibilizadas a(s) seguinte(s) rede(s), constante(s) do Manual de Orientação do Beneficiário: Meta Saúde E, a depender da opção escolhida pelo CONTRATANTE.

16.1.3. A CONTRATADA poderá proceder à substituição de um ou de todos os hospitais e demais serviços credenciados, sendo certo que a substituição deverá ser feita por novos credenciados, com qualificações técnicas equivalentes às dos substituídos.

16.1.4. Quando houver substituição de entidade hospitalar, a CONTRATADA deverá dar ciência escrita ao CONTRATANTE e à ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, e informar aos beneficiários do Plano através de sua página na internet, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

16.1.5. A CONTRATADA manterá sempre atualizada em seu site na Internet, para a consulta de seus beneficiários, a relação de seus prestadores de serviços vinculados a cada tipo de plano.

16.1.6. A CONTRATADA poderá a qualquer época redimensionar, reduzindo ou substituindo, sua rede assistencial, mediante comunicação prévia nos termos da ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar.

16.1.7. Em ocorrendo as substituições a que aludem os itens anteriores, os beneficiários terão o direito de prosseguir o seu tratamento com qualquer outro profissional ou estabelecimento de serviços de saúde, integrante da rede credenciada da CONTRATADA, sem que esta tenha a obrigação de efetuar qualquer indenização pela substituição ocorrida.

16.1.8. Caso ocorra a substituição de estabelecimento hospitalar durante a internação de qualquer beneficiário, regularmente inscrito no presente Contrato, o mesmo permanecerá internado, até a regular alta hospitalar, sendo certo que as despesas até então apuradas correrão por conta da CONTRATADA.

16.1.9. Em caso de substituição de estabelecimento hospitalar em razão de cometimento de infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, a CONTRATADA responsabilizar-se-á pela transferência imediata do beneficiário hospitalizado para outro estabelecimento equivalente, sem qualquer ônus adicional.

16.1.10. As internações hospitalares ficam a critério exclusivo do médico assistente, sendo certo, ainda, que o beneficiário permanecerá hospitalizado enquanto houver indicação médica para tanto.

16.1.11. Caso o beneficiário continue hospitalizado após a alta médica, passarão a correr, por conta da CONTRATANTE e/ou beneficiário, a partir de então, todas as despesas da internação.

16.2. Autorização prévia

16.2.1. Para a utilização dos serviços cobertos pelo presente Contrato, os beneficiários deverão observar o Manual de Orientação do Beneficiário disponível no site ou poderão entrar em contato com o SAC - Serviço de Atendimento ao Cliente da CONTRATADA e deverão apresentar ao estabelecimento ou profissional prestador de serviços, os seguintes documentos.

16.2.1.1. Documento oficial de identidade do beneficiário com foto.

16.2.1.2. Guia de autorização emitida pela CONTRATADA, que pode ser impressa ou eletrônica, nos casos de exames e internações.

16.2.1.3. O cartão de identificação é apenas eletrônico, disponível através do aplicativo e é facultativo de apresentação.

16.2.1.4. Caso o beneficiário não possua aplicativo poderá solicitar cópia do seu cadastro ativo no padrão PIN-SS Cadastral da ANS.

16.2.1.5. Guias de Consulta e SADT serão autorizados eletronicamente, via sistema de informática online, no ato da solicitação.

16.2.2. Quando não autorizado no ato, devido à complexidade (alta complexidade) ou DUT (Diretriz de Utilização), ambos implantados pela ANS-Agência Nacional de Saúde Suplementar em Resolução Normativa específica, será emitido protocolo dos exames e/ou procedimentos que forem solicitados e encaminhados para aprovação pela auditoria técnica da CONTRATANTE. Após aprovação, ou não aprovação, da guia, esta será encaminhada via e-mail, ou aplicativo, para o beneficiário.

16.2.2.1. Antes de emitir a guia de autorização, a CONTRATADA poderá solicitar a realização de exames clínicos e/ou perícias, que deverão ser realizados no prazo máximo de 1 (um) dia útil, contado da solicitação ou em prazo inferior quando caracterizada a urgência e/ou emergência.

16.2.2.2. Em caso de divergência médica a respeito de autorização prévia, a definição do impasse se dará através de junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo beneficiário, por médico/dentista auditor da CONTRATADA, e por um terceiro desempassador, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da CONTRATADA.

16.2.3. Todos os procedimentos contratados deverão ser expressamente autorizados pela CONTRATADA dentro dos prazos previstos na legislação editada pela ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar.

16.2.4. A CONTRATADA se obriga a dar completa assistência e orientação à CONTRATANTE, para a correta utilização dos serviços contratados por parte dos beneficiários.

16.2.5. A CONTRATANTE se obriga a esclarecer, plenamente, os seus beneficiários sobre as condições de inscrição e de utilização dos serviços ora contratados, visando prevenir erros de expectativa e interpretação.

16.3. Direcionamento de rede - procedimentos cirúrgicos eletivos:

16.3.1. O atendimento às especialidades abaixo relacionadas de acordo com o plano contratado estará sujeito à direcionamento exclusivamente a Profissionais e Prestador da Rede Referenciada ou Credenciada disponibilizados no momento da autorização do

procedimento, definidos pela GOCARE, ou seja, o profissional, local e hospital/clínica de realização serão definidos pela GoCare:

- a) Ortopedia (cirurgias ortopédicas eletivas);
- b) Oncologia;
- c) Procedimentos eletivos na especialidade de Buco Maxilo Facial;
- d) Cirurgias Gástricas eletivas;
- e) Acompanhamento de Gestação de Risco;
- f) Cardiologia (Cirurgias Cardiovasculares eletivas);
- g) Neurocirurgias eletivas;
- h) Otorrinolaringologia (procedimentos eletivos);
- i) Qualquer outro procedimento cirúrgico eletivo não elencado acima, que utilize OPME (órteses, próteses ou material especial).

16.3.1.1 O direcionamento a profissional e/ou estabelecimento de saúde conforme item 16.4.1 não dispensa a análise prévia de autorização pela **GOCARE**, de acordo com as coberturas **GOCARE SAÚDE**.

17. DA COPARTICIPAÇÃO FINANCEIRA DO BENEFICIÁRIO

17.1. No presente contrato os beneficiários participarão no custeio das despesas assistenciais, na forma de coparticipação prevista nesta cláusula para a utilização das coberturas CONTRATADAS, de acordo com o plano e nível de participação escolhidos na Proposta de Adesão.

17.2. As coparticipações previstas neste contrato, conforme tabela constante na proposta de adesão:

Fator moderador	Coparticipação financeira, abaixo descrita: (conforme opção assinalada na proposta de adesão)	
	Opção 1	Opção 2
Procedimentos simples	R\$ 0,00 (zero)	R\$ 6,00 (seis reais)
Procedimentos complementares	R\$ 0,00 (zero)	R\$ 15,00 (quinze reais)
Procedimentos de alta complexidade	R\$ 0,00 (zero)	R\$ 30,00 (trinta reais)
Consulta médica eletiva	R\$ 0,00 (zero)	R\$ 30,00 (trinta reais)
Por uso de pronto socorro	R\$ 0,00 (zero)	R\$ 50,00 (cinquenta reais)
Internação hospitalar	R\$ 0,00 (zero)	R\$ 150,00 (cento e cinquenta reais)
Internação Psiquiátrica (após prazo ANS 30 dias)	50%	50%
Terapias (fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, psicologia e nutrição).	50%	50%
Órtese, prótese e material especial importado ligado ao ato cirúrgico (fabricação nacional não terá coparticipação)	50%	50%
Cirurgia Bariátrica	R\$ 9.000,00 (nove mil reais)	R\$ 9.000,00 (nove mil reais)
Abdominoplastia	R\$ 6.000,00 (seis mil reais)	R\$ 6.000,00 (seis mil reais)
Cobertura adicional: Internação domiciliar 24h	R\$ 750,00 (setecentos e cinquenta reais) por dia, limitados a 50% do	R\$ 750,00 (setecentos e cinquenta reais) por dia, limitados a 50% do

	valor total despendido pela CONTRATADA, o que for menor	valor total despendido pela CONTRATADA, o que for menor
Cobertura adicional: Internação domiciliar 12h	R\$ 500,00 (quinhentos reais) por dia, limitados a 50% do valor total despendido pela CONTRATADA, o que for menor	R\$ 500,00 (quinhentos reais) por dia, limitados a 50% do valor total despendido pela CONTRATADA, o que for menor
Cobertura adicional: Atendimento domiciliar por equipe multiprofissional ou procedimentos pontuais exclusivos (tais como curativos, medicações parenterais).	R\$ 250,00 (duzentos e cinquenta reais) por dia, limitados a 50% do valor total despendido pela CONTRATADA, o que for menor	R\$ 250,00 (duzentos e cinquenta reais) por dia, limitados a 50% do valor total despendido pela CONTRATADA, o que for menor

17.3. A autorização dos procedimentos acima descritos deverá observar o preenchimento das DUTs – Diretrizes de Utilização da ANS, quando cabível.

17.4. Os valores correspondentes a coparticipação serão incluídos na fatura das mensalidades e deverão ser quitados pela CONTRATANTE, conjuntamente, na data de seu vencimento.

17.5. A CONTRATANTE poderá descontar em folha de pagamento dos beneficiários titulares ativos os valores correspondentes à coparticipação financeira de que trata esta cláusula.

17.6. A CONTRATADA emitirá mensalmente um relatório detalhado com os valores de coparticipação devidos por beneficiário.

17.7. Devido ao sistema de cobrança dos prestadores de serviços e às condições especiais com eles CONTRATADAS, os valores da coparticipação poderão ser apresentados à CONTRATANTE fora do mês da ocorrência do evento.

17.8. O CONTRATANTE declara que está ciente e concorda com a cobrança da coparticipação, obrigando-se quitar os valores a ela correspondentes nas datas apresentadas, mesmo que o presente contrato já tenha sido rescindido, suspenso e/ou cancelado por qualquer motivo.

17.9. Os valores correspondentes à coparticipação financeira fixados em reais (R\$) serão reajustados nos mesmos moldes fixados para o reajuste das mensalidades constantes em cláusula específica do presente contrato.

17.10. Define-se como coparticipação financeira, a parte efetivamente paga pelo consumidor à CONTRATADA, referente à realização do procedimento.

17.11. No plano de contratação coletivo empresarial custeado integralmente pela CONTRATANTE, não é considerada contribuição a coparticipação do consumidor, única e exclusivamente em procedimentos, como fator moderador, na utilização dos serviços de assistência médica e/ou hospitalar e/ou odontológica, para fins do disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98.

17.12. Os valores de coparticipação previstos neste Contrato e firmados em reais devem ser entendidos como máximos, pois estarão limitados a 50% (cinquenta por cento) do custo real praticado.

17.13 A relação completa dos procedimentos cobertos, por categoria: procedimentos simples, procedimentos complementares e procedimentos de alta complexidade, estão disponíveis no site da operadora: <https://gocaresaude.com.br> – Espaço do Cliente – Procedimentos por grupo de carências.

18. DA REMUNERAÇÃO MENSAL E DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

18.1. Tributos

18.1.1. A CONTRATANTE se obriga a pagar todos os impostos, taxas e contribuições que incidem ou venham a incidir sobre este contrato.

18.2. Conceitos, definições e tipo de mensalidade CONTRATADA.

18.2.1. O valor da mensalidade poderá ser definido por faixa etária, onde cada beneficiário pagará um preço de acordo com sua idade, ou poderá ser adotado um valor linear, onde, independente da idade do beneficiário o preço será o mesmo.

18.2.2. Nos contratos com preços lineares, caso o número de beneficiários ativos seja reduzido, para um número inferior a 100 (cem) vidas, o preço será estabelecido por faixa etária, conforme tabela vigente na época da redução.

18.2.3. No preço linear estabelecido nos contratos com número de beneficiários igual ou superior a 100 (cem) vidas, leva-se em consideração as informações de inclusão de beneficiários de alto custo e/ou doentes crônicos. Caso sejam incluídos beneficiários (titulares ou dependentes) que demandem tratamento de alto custo e/ou doentes crônicos, o preço será reajustado por acordo entre as partes.

18.2.4. Contratos celebrados com número de vidas igual ou superior a 30 (trinta), não poderão reduzir esse número num prazo de 12 (doze) meses contados da assinatura do contrato, devendo pagar o preço mínimo equivalente a 30 (vidas) até o término deste prazo.

18.2.5. Para os beneficiários do plano continuidade (demitidos e aposentados), os preços serão por faixa etária, conforme resolução da ANS em função da idade do beneficiário, alterando automaticamente quando houver mudança de faixa etária.

18.3. Outros Custos Administrativos e Financeiros que poderão ocorrer

18.3.1. As coparticipações serão cobradas em fatura separada da mensalidade.

18.3.2. Multa por atraso de pagamento: 2,0%.

18.3.3. Juros mensais “pro rata” por atraso de pagamento: 1,0%.

18.4. Fatura Mensal e Dia de Pagamento

18.4.1. Os valores devidos serão faturados para pagamento no mês da disponibilização dos serviços contratados, modalidade pré-pagamento, ou seja, o pagamento é efetuado no transcorrer do mês em que os serviços são prestados.

18.4.2. O beneficiário que for incluído em mês já faturado terá sua primeira mensalidade cobrada no mês subsequente, ou seja, sua primeira mensalidade será cobrada juntamente com a segunda.

18.4.3. As coparticipações serão cobradas no mês seguinte ao recebimento da cobrança efetuada pelos prestadores de serviço a CONTRATADA.

18.4.4. Pagamento antecipado de mensalidade não elimina nem reduz os prazos de carência deste Contrato.

18.4.5. A cobrança se dará através de instituição bancária.

18.5. Beneficiários Ativos

18.5.1. O valor da remuneração contratual dos ativos será discriminado em fatura emitida mensalmente.

18.5.2. A CONTRATANTE é exclusivamente responsável pelo pagamento do valor total da fatura emitida pela CONTRATADA relativa às mensalidades dos beneficiários ativos, ressalvadas as hipóteses previstas nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98, que tratam dos demitidos e aposentados.

18.6. Beneficiários Inativos

18.6.1. Os beneficiários inativos, demitidos e aposentados, sempre pagarão as mensalidades na condição preço por faixa etária, conforme autoriza a Resolução RN 488/2022.

18.6.2. As mensalidades serão pagas pelos beneficiários inativos, demitidos e aposentados diretamente à CONTRATADA.

18.6.3. Os pagamentos serão feitos através de boleto bancário, sendo aplicáveis a ele as regras de pagamento constantes do documento específico.

18.6.4. Em caso de inadimplência do beneficiário inativo no pagamento das mensalidades superior a 30 (trinta) dias, a CONTRATADA poderá proceder a sua exclusão do plano de saúde, assim como a de seus dependentes.

18.6.5. O valor total da inadimplência constituir-se-á em título executivo extrajudicial, sendo, portanto, dívida líquida, certa e exigível.

18.7. Condições Gerais

18.7.1. A CONTRATANTE reconhece que todos os valores previstos neste contrato constituem dívida líquida certa e exigível, caracterizando título extrajudicial.

18.7.2. Os valores devidos serão demonstrados na fatura mensal.

18.7.3. O não recebimento do boleto não exime a CONTRATANTE do pagamento de multa e juros.

18.7.4. A CONTRATANTE, não recebendo a fatura mensal até 3 dias antes do vencimento, deverá obter os valores para pagamento junto à CONTRATADA.

18.7.5. Os preços das mensalidades e dos demais valores são válidos para um período de doze meses a contar da vigência contratual ou do aniversário do contrato.

19. DOS REAJUSTES

19.1 Os preços deste contrato terão validade por 12 meses e serão reajustados da seguinte forma:

Reajuste da contraprestação pecuniária para os contratos não integrantes do agrupamento de que trata a RN 565/2022 - com 30 ou mais beneficiários.

19.1.1. Os valores avençados neste instrumento serão reajustados anualmente, na data do aniversário do contrato, independente da data de inclusão do beneficiário no plano, de acordo com a variação dos custos assistenciais realizados no período de 12 (doze) meses que precedem o do aniversário contratual, a serem apurados, como segue:

19.1.1.1. DA - Despesa Assistencial, efetivamente realizada nos últimos doze meses com serviços médicos e hospitalares, inclusive com medicamentos, materiais, próteses, órteses, e demais despesas correlatas, para garantir os serviços assistenciais ora contratados.

19.1.1.2. A CONTRATADA disponibilizará na internet relatório mensal das despesas realizadas por beneficiário, acessível mediante senha fornecida à CONTRATANTE.

19.1.1.3. RB - Receita Bruta, efetivamente recebida da CONTRATANTE a título de mensalidade e de coparticipação, excluídos multas e juros.

19.1.1.4. $SI = (DA/RB) * 100$ - indica o percentual da Sinistralidade realizada no período de 12 (doze) meses que antecede o mês de aniversário do contrato.

19.1.1.5. RSI = Reajuste Sinistralidade.

19.1.1.6. Se SI for maior que 60,00 %, então o valor de RSI será: SI dividido por 60,00 %, o qual indica que os valores contratuais tecnicamente necessitam de serem recalculados de acordo com o percentual encontrado, podendo o percentual ser repactuado em acordo entre as partes.

19.1.1.7. Se SI for menor que 60,00 %, então o valor de RSI será igual a 1 (hum), o que indica que os valores contratuais tecnicamente estão dentro dos parâmetros desejados e não há necessidade de se aplicar o Reajuste Sinistralidade.

19.1.1.8. IPCA - Indicador Financeiro divulgado pelo IBGE.

19.1.1.9. $RA = RSI * IPCA$ - Reajuste Anual a ser aplicado sobre os valores avençados a partir do mês de aniversário do contrato (* RA Leia-se: * = multiplicado por).

19.1.1.10. Preço Reajustado = Preço Contratado (aniversariante)

19.2. Reajuste da contraprestação pecuniária para os contratos integrantes do agrupamento de que trata a RN 565/2022 - com menos de 30 beneficiários.

19.2.1. Para fins do disposto na Resolução Normativa RN 565/2022, ficam estabelecidas as seguintes definições:

19.2.2. Agrupamento de contratos: Medida que tem por finalidade promover a distribuição, para todo um grupo determinado de contratos coletivos, do risco inerente à operação de cada um deles.

19.2.3. Contrato agregado ao agrupamento: é o contrato que integra o agrupamento de contratos, por conter, na data de apuração, menos de 30 (trinta) beneficiários, ou quantidade superior que tenha sido acordada entre as partes.

19.2.4. Neste contrato fica estabelecido o agrupamento caso a quantidade de beneficiários seja inferior a 30.

19.2.5. Período de apuração da quantidade de beneficiários: é o período definido pela operadora de planos de saúde em que são identificados os contratos que serão agregados ao agrupamento de acordo com a quantidade de beneficiários, que deve ser apurada no mês do aniversário do contrato.

19.2.6. Período de cálculo do reajuste: é o período definido pela operadora de planos de saúde em que o reajuste do agrupamento de contratos é calculado, devendo ser posterior ao fim do período de apuração da quantidade de beneficiários e anterior à data de divulgação do percentual de reajuste.

19.2.7. Período de aplicação do reajuste: é o período compreendido entre maio e abril em que é aplicado o reajuste calculado aos contratos agregados ao agrupamento.

19.2.8. Os contratos de planos coletivos que possuem na data de sua assinatura e, posteriormente, no mês do aniversário, menos de 30 beneficiários, deverão seguir para fins de aplicação de reajustes financeiro e por sinistralidade, as regras definidas para o agrupamento de contrato, conforme determina a Resolução Normativa RN 565/2022.

19.2.9. Se anualmente no mês do aniversário do contrato, o número de beneficiários apurados for igual ou superior a 30, as regras para a aplicação de reajuste financeiro e por sinistralidade deverá ser observado ao disposto na regra de reajuste da contraprestação pecuniária para os contratos não integrantes do agrupamento de que trata a RN 565/2023 - com 30 ou mais beneficiários.

19.2.10. Para identificar a regra de reajuste a ser aplicado num determinado período, serão considerados todos os beneficiários vinculados à mesma pessoa jurídica CONTRATANTE, ainda que vinculados a outros planos contratados.

19.2.11. Se este contrato for agrupado na data de sua assinatura ou no mês de seu aniversário, ser-lhe-á aplicado o reajuste conforme o agrupamento de contratos no seu aniversário subsequente.

19.2.12. Fica disponível no site da CONTRATADA o percentual de reajuste que será aplicado ao agrupamento, os contratos que receberão o reajuste, com o código informado no sistema RPC, e seus respectivos planos, com número de registro na ANS.

19.2.13. O critério para o reajuste financeiro anual da contraprestação pecuniária do contrato agregado ao agrupamento observará o seguinte:

19.2.13.1. Nos termos da legislação vigente, os valores avençados neste instrumento serão reajustados anualmente, na data do aniversário do contrato, independente da data de inclusão do beneficiário no plano, de acordo com a variação dos custos assistenciais verificados no período de 12 (doze) meses consecutivos, considerados de abril a março, apurados mediante a aplicação da seguinte fórmula:

19.2.13.2. DAA - Despesa Assistencial do Agrupamento efetivamente realizada pelos beneficiários inscritos no agrupamento de contratos, nos últimos doze meses, com serviços médicos e hospitalares, inclusive com medicamentos, materiais, próteses, órteses, e demais despesas correlatas, para garantir os serviços assistenciais ora contratados.

19.3. A CONTRATADA disponibilizará na internet relatório mensal das despesas realizadas por beneficiário, acessível mediante senha fornecida à CONTRATANTE.

19.3.1. RBA - Receita Bruta do Agrupamento, efetivamente recebida do agrupamento de contratos a título de mensalidade e de coparticipação, excluídos multas e juros.

19.3.2. $SIA = (DAA/RBA) * 100$ - indica o percentual da Sinistralidade do Agrupamento realizada no período de abril do ano anterior a março do ano atual, independente da data de aniversário do contrato.

RSIA = Reajuste Sinistralidade do Agrupamento.

19.3.3. Se SIA for maior que 60,00%, então o valor de RSIA será: SIA dividido por 60,00%, o qual indica que os valores contratuais do agrupamento tecnicamente necessitam de serem recalculados de acordo com o percentual encontrado.

19.3.4. Se SIA for menor que 60,00%, então o valor de RSIA será igual a 1 (hum), o que indica que os valores contratuais tecnicamente estão dentro dos parâmetros desejados e não há necessidade de se aplicar o Reajuste Sinistralidade.

19.3.5. IPCA - Indicador Financeiro divulgado pelo IBGE.

19.3.6. RAA = RSIA * IPCA - Reajuste Anual do Agrupamento a ser aplicado sobre os valores avençados a partir do mês de aniversário do contrato.

19.3.7. Preço Reajustado = Preço Contratado (aniversariante) * RAA (Leia-se: * = multiplicado por).

19.4. Reajuste da contraprestação pecuniária para o contrato em virtude de alteração da faixa etária do beneficiário.

19.4.1. Preço por Faixa Etária

19.4.1.1. No caso dos beneficiários inativos, ou quando a mensalidade dos ativos, integrante ou não do agrupamento, for estabelecida por Faixa Etária na forma do presente Contrato, em havendo deslocamento de uma faixa para outra, a contraprestação pecuniária será reajustada no mês da ocorrência.

19.4.1.2. Haverá reajuste por mudança de faixa etária, de acordo com tabela abaixo:

META SAÚDE E	Faixa Etária	% Variação	
Nome	Meta Saúde E	0 a 18 anos	0,00%
Registro ANS	495317237	19 a 23 anos	33,99%
Tipo de Contratação	Coletivo Empresarial	24 a 28 anos	9,36%
Segmentação	Amb + hosp c/ obst	29 a 33 anos	9,86%
Acomodação	COLETIVA	34 a 38 anos	8,55%
Abrangência	Grupo de Municípios	39 a 43 anos	14,19%
Fator Moderador	Sim	44 a 48 anos	33,82%
Cobertura Adicional	Sim	49 a 53 anos	26,35%
		54 a 58 anos	22,00%
		59 anos ou +	45,54%

19.4.2. Preço Linear

No caso dos beneficiários inativos, ou quando a mensalidade dos ativos, integrante ou não do agrupamento, for estabelecida por Preço Linear na forma do presente Contrato, em havendo alteração na quantidade de beneficiários por faixa etária, que reflita num Preço Médio maior que o Preço Linear contratado, a contraprestação pecuniária será reajustada no mês da ocorrência, de acordo com o novo valor do Preço Linear, obtido pelo novo Preço Médio encontrado acrescido do Fator de Segurança contratado.

19.4.2.1. Disposições comuns aos contratos integrantes ou não do agrupamento de que trata a RN 565/2022.

Os reajustes, financeiro e técnico das mensalidades serão efetivados nos termos da Lei nº 8.880/94, e legislação subsequente, anualmente, na data do aniversário do contrato, independentemente da data da inclusão do beneficiário no plano, exceto o reajuste por mudança de faixa etária.

19.4.2.2. Entretanto, em havendo permissivo legal, desde já fica pactuado que a referida mensalidade será reajustada com a menor periodicidade legalmente permitida.

19.4.2.3. Independentemente da data de inclusão dos beneficiários, os valores de suas contraprestações terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência do presente contrato, entendendo-se esta como data base única.

19.4.2.4. Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano em um determinado contrato.

19.4.2.5. Os reajustes efetuados serão comunicados à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), conforme determinado pela legislação em vigor.

20. DO PLANO DE CONTINUIDADE DO DEMITIDO SEM JUSTA CAUSA

20.1. Aos beneficiários com vínculo empregatício com a CONTRATANTE, que tenham contribuído mensalmente para o financiamento do presente Plano, desligados do quadro de pessoal da CONTRATANTE, por haverem sido demitidos sem justa causa, é assegurado o direito de manutenção, como beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozavam quando da vigência do Contrato de Trabalho, desde que:

20.1.1. Assuma o pagamento integral atualizado da mensalidade estabelecido na Tabela de Custos por faixa etária anexa ao presente.

20.1.2. Manifeste a opção pela manutenção do plano, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, em resposta ao comunicado do empregador ora CONTRATANTE, formalizado no ato da comunicação do aviso prévio, a ser cumprido ou indenizado.

20.1.3. A manutenção da condição de beneficiário prevista nesta cláusula é extensiva, obrigatoriamente, a todo o grupo familiar do ex-empregado inscrito quando da vigência do contrato de trabalho.

20.1.4. A obrigatoriedade de que trata o subitem anterior não impede que a condição de beneficiário seja mantida pelo ex-empregado, individualmente, ou com parte do seu grupo familiar, e nem exclui a possibilidade de inclusão de novo cônjuge e filhos.

20.1.5. Não será permitida a manutenção na condição de inativo de que trata esta Cláusula, apenas do dependente sem a participação do titular demitido, exceto nos casos de morte deste.

20.1.6. A permanência no Plano, ora aludida, está vinculada aos seguintes prazos:

20.1.6.1. O período pelo qual o ex-empregado poderá permanecer como beneficiário no plano é de 1/3 do tempo que contribuiu para o plano, com um mínimo assegurado de 6 (seis) meses e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses.

20.1.6.2. O direito assegurado na presente Cláusula extingue na ocorrência das seguintes hipóteses:

20.1.6.2.1. Pelo decurso do prazo previsto no subitem anterior.

20.1.6.2.2. Pela admissão do beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa em novo emprego.

20.1.6.2.3. Pelo não pagamento das mensalidades.

20.1.6.2.4. Pelo cancelamento do plano pela CONTRATANTE, observadas as condições específicas previstas no Contrato.

20.1.7. Em caso de morte do ex-empregado, o direito de permanência é assegurado aos dependentes, ao tempo que faltar.

20.1.8. Em caso de morte do beneficiário titular ativo, os dependentes deverão manifestar o interesse em permanecer no plano, na forma e prazo da presente cláusula, conforme o disposto no artigo 8º da RN 488/2022.

20.1.9. O prazo de 30 dias para a manifestação do ex-empregado não é passível de prorrogação, sendo certo que, se o ex-empregado não manifestar o interesse em permanecer no plano como beneficiário, não mais poderá fazê-lo.

20.1.10. Uma vez manifestado o interesse em permanecer no plano, o ex-empregado deverá preencher e assinar instrumento jurídico específico na sede administrativa da CONTRATADA, no prazo de 10 dias.

20.1.11. Não será considerada contribuição os valores relacionados aos dependentes e agregados e a coparticipação financeira do beneficiário, paga única e exclusivamente em procedimentos, como fator moderador na utilização dos serviços de assistência médico-hospitalar.

20.1.12. A garantia prevista nesta cláusula não exclui as vantagens obtidas pelos ex-empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

20.1.13. Em caso de rescisão ou cancelamento do presente contrato, o benefício previsto nesta cláusula estará automaticamente cancelado, devendo a CONTRATADA oferecer aos beneficiários inscritos a possibilidade de migrar para um plano individual ou familiar, sem a necessidade do cumprimento de novas carências.

20.1.14. A garantia de que trata o item anterior estará condicionada à manutenção pela CONTRATADA de um plano individual/ familiar registrado na ANS.

21. DO PLANO DE CONTINUIDADE DO APOSENTADO

21.1. Aos beneficiários com vínculo empregatício com a CONTRATANTE, que tenham contribuído para o presente Plano, desligados do quadro de pessoal da CONTRATANTE, por haverem adquirido direito a aposentadoria, e aos aposentados que continuaram a exercer suas funções na CONTRATANTE após a sua aposentadoria e dela vem a se desligar, é assegurado o direito de manutenção, como beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozavam quando da vigência do Contrato de Trabalho, desde que:

21.1.1. Assuma o pagamento integral atualizado da mensalidade estabelecido na Tabela de Custos por faixa etária anexa ao presente.

21.1.2. Manifeste a opção pela manutenção do plano, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da comunicação da aposentadoria ou do desligamento da CONTRATANTE.

21.1.3. A manutenção da condição de beneficiário prevista nesta cláusula é extensiva, obrigatoriamente, a todo o grupo familiar do ex-empregado inscrito quando da vigência do contrato de trabalho.

21.1.4. A obrigatoriedade de que trata o subitem anterior não impede que a condição de beneficiário seja mantida pelo ex-empregado, individualmente, ou com parte do seu grupo familiar, e nem exclui a possibilidade de inclusão de novo cônjuge e filhos.

21.1.5. Não será permitida a manutenção na condição de inativo de que trata esta Cláusula, apenas do dependente sem a participação do titular aposentado, exceto nos casos de morte deste.

21.1.6. A permanência no Plano, ora aludida, está vinculada aos seguintes prazos:

Se o aposentado contribuiu para o presente plano por período igual ou superior a dez (10) anos, terá o direito de permanecer no plano, juntamente com seus dependentes, como beneficiário, por prazo indeterminado.

21.1.7. Se o aposentado contribuiu para o presente plano por período inferior a dez (10) anos, terá o direito de permanecer no plano, juntamente com seus dependentes, como beneficiário, à razão de um ano para cada ano de contribuição.

21.1.8. O direito assegurado na presente Cláusula extingue na ocorrência das seguintes hipóteses:

21.1.8.1. Pelo decurso do prazo previsto no subitem anterior.

21.1.8.2. Pela admissão do beneficiário aposentado em novo emprego.

21.1.8.3. Pelo não pagamento das mensalidades.

21.1.8.4. Pelo cancelamento do plano pela CONTRATANTE, observadas as condições específicas do presente Contrato.

21.1.9. Em caso de morte do ex-empregado, o direito de permanência é assegurado aos dependentes, ao tempo que faltar, inclusive nas hipóteses em que o beneficiário aposentado continuava a trabalhar na CONTRATANTE.

21.1.10. O prazo de 30 dias para a manifestação do ex-empregado não é passível de prorrogação, sendo certo que, se o ex-empregado não manifestar o interesse em permanecer no plano como beneficiário, não mais poderá fazê-lo.

21.1.11. Uma vez manifestado o interesse em permanecer no plano, o ex-empregado deverá preencher e assinar instrumento jurídico específico na sede administrativa da CONTRATADA, no prazo de 10 dias.

21.1.12. Para fins do disposto nesta cláusula, não é considerada contribuição, os valores relacionados aos dependentes e agregados e a coparticipação ou franquia do beneficiário, paga única e exclusivamente em procedimentos, como fator moderador, na utilização dos serviços de assistência médico-hospitalar.

21.1.13. Os direitos previstos neste contrato, não excluem vantagens obtidas pelos beneficiários com vínculo empregatício decorrente de negociação coletiva de trabalho.

21.1.14. Em caso de rescisão ou cancelamento do presente contrato, o benefício previsto nesta cláusula estará automaticamente cancelado, devendo a CONTRATADA oferecer aos beneficiários inscritos a possibilidade de migrar para um plano individual ou familiar, sem a necessidade do cumprimento de novas carências.

21.1.15. A garantia de que trata o item anterior estará condicionada à manutenção pela CONTRATADA de um plano individual/ familiar registrado na ANS.

22. DAS DISPOSIÇÕES COMUNS AO PLANO DE CONTINUIDADE DO DEMITIDO OU EXONERADO E DO APOSENTADO

22.1. Para fins do presente contrato, entende-se por contribuição qualquer valor pago pelo empregado, inclusive com desconto em folha de pagamento, para custear parte ou a integralidade da contraprestação pecuniária de seu plano privado de assistência à saúde oferecida pelo empregador em decorrência de vínculo empregatício, à exceção dos valores

relacionados aos dependentes e agregados e à coparticipação ou franquia paga única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica.

22.2. Para fins do presente contrato, entende-se por mesmas condições de cobertura assistencial, as mesmas segmentação e cobertura, rede assistencial, padrão de acomodação em internação, área geográfica de abrangência e fator moderador, se houver no plano privado de assistência à saúde contratado para os empregados ativos.

22.3. Para fins do presente contrato, entende-se por novo emprego o novo vínculo profissional que possibilite o ingresso do ex-empregado em um plano de assistência à saúde, coletivo empresarial, coletivo por adesão ou de autogestão.

22.4. Para fins do presente contrato, ainda que o pagamento de contribuição não esteja ocorrendo no momento da demissão, exoneração sem justa causa ou aposentadoria, são assegurados ao empregado os direitos aqui previstos, na proporção do período ou da soma dos períodos de sua efetiva contribuição para o plano privado de assistência à saúde.

22.5. Para fins do presente contrato, fica assegurado aos beneficiários inativos e seus dependentes vinculados ao plano, durante o período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98, a possibilidade de exercer a portabilidade especial de carências para plano individual ou familiar ou coletivo por adesão, em outra operadora.

23. DAS DISPOSIÇÕES CONTRATUAIS GERAIS SOBRE O PLANO DE CONTINUIDADE DO DEMITIDO OU EXONERADO E DO APOSENTADO

23.1. Fica estabelecido pelas partes que:

23.1.1. Quando da inclusão do beneficiário no plano, a CONTRATADA se obriga a entregar além dos documentos já previstos no presente Contrato, também, a cópia da Tabela de Custos por faixa etária devidamente atualizada, que será adotada em caso da opção do beneficiário demitido, exonerado ou aposentado pela manutenção no plano como inativo.

23.1.2 Os beneficiários inativos, demitidos ou exonerados e aposentados, deverão pagar a Taxa Mensal de Manutenção estabelecida na Tabela de Custos por faixa etária, constante do presente instrumento, dele fazendo parte integrante para todos os fins, devidamente atualizada, diretamente para a CONTRATADA através de boleto bancário, sendo aplicável a eles as regras de pagamento constantes de documento específico.

23.2. Em caso de atraso no pagamento da mensalidade, o beneficiário inativo deverá pagar uma multa moratória de 2,0% do débito em aberto, acrescido o principal e mais correção apurada pelos índices aplicáveis aos débitos judiciais civis, ou outro índice que venha a substituí-los e juros moratórios de 1,0% ao mês, calculados dia a dia.

23.3. Em caso de inadimplência do beneficiário inativo no pagamento das mensalidades superior a 30 (trinta) dias, a CONTRATADA poderá proceder a exclusão do plano de saúde do beneficiário titular inadimplente, e de seus dependentes, se houver.

23.4. Não haverá distinção quanto ao valor da mensalidade entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e a este vinculados, exceto no que se refere aos beneficiários inativos, quando adotado o critério de preço único.

24. CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

24.1. Os beneficiários que apresentarem as seguintes situações serão excluídos do presente Contrato:

24.1.1. Perder o vínculo empregatício ou societário com a CONTRATANTE.

24.1.2. Nos casos de morte.

24.1.3. Nos casos de perda da condição de dependente.

24.1.4. Nos casos de fraude devidamente comprovada, com o intuito de omitir doença e lesão preexistente, nas hipóteses cabíveis.

24.1.5. Nos casos de rescisão do presente Contrato.

24.1.6. Nos casos do término do tempo de permanência como inativo de que trata os artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98 ou de inadimplência no pagamento das mensalidades devidas.

24.2. Caberá somente à CONTRATANTE solicitar à CONTRATADA, por escrito, a suspensão ou a exclusão do beneficiário, entretanto, a CONTRATADA poderá providenciar a exclusão automática dos beneficiários nos casos de:

24.2.1. Fraude ou omissão na Declaração de Saúde.

24.2.2. Perda do vínculo do titular com a empresa CONTRATANTE.

24.2.3. Perda da condição de dependência (do titular com seu dependente).

24.2.4. Término do tempo de permanência como inativo de que trata os artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98 ou de inadimplência no pagamento das mensalidades devidas.

24.3. Para a CONTRATANTE excluir o beneficiário titular ativo do plano deverá encaminhar à CONTRATADA, as seguintes informações:

24.3.1. O motivo da exclusão, se por demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria.

24.3.2. Se o demitido ou exonerado já era aposentado e continuou trabalhando na CONTRATANTE.

24.3.3. Se o beneficiário a ser excluído contribuiu para o financiamento do plano de saúde e qual o tempo de contribuição.

24.4. Se o beneficiário a ser excluído do plano optou pela sua manutenção como beneficiário inativo ou se recusou a manter essa condição.

24.4.1. A exclusão do beneficiário titular ativo do plano, somente será aceita pela CONTRATADA mediante a comprovação documental de que o mesmo foi devidamente comunicado da opção de manutenção da condição de beneficiário inativo, bem como das informações previstas no item anterior.

24.5. Enquanto não apresentada a documentação e as informações de que tratam esta Cláusula, a exclusão não será efetivada e a CONTRATANTE continuará a efetuar os pagamentos das mensalidades referentes a tais beneficiários.

24.6. A CONTRATADA permitirá que o beneficiário excluído do contrato em razão da extinção da relação de dependência, seja incluído em novo contrato com igual cobertura, o

qual deverá ser formalizado em até 30 (trinta) dias após a data de sua exclusão, para aproveitamento do período de carência já cumprido neste contrato.

24.7. Ultrapassado o prazo de 30 (trinta) dias, será obrigatório o cumprimento de novo período de carência.

24.8. Quando da exclusão, deverão ser recolhidos à CONTRATADA os cartões de identificação do beneficiário titular e, se houver, de seus dependentes, sob pena de, havendo utilização indevida, a CONTRATANTE será responsabilizada por quaisquer prejuízos que eventualmente venha a CONTRATADA a sofrer.

25. SUSPENSÃO DO ATENDIMENTO E DA RESCISÃO CONTRATUAL

25.1. Em caso de atraso no pagamento das faturas por período superior a 10 dias, a CONTRATADA poderá suspender o atendimento aos beneficiários ativos e seus dependentes da CONTRATANTE, independentemente de prévio aviso ou notificação judicial ou extrajudicial.

25.2. Regularizado o pagamento das faturas por parte da CONTRATANTE, o atendimento aos beneficiários será restabelecido imediatamente.

25.3. A regra de suspensão do atendimento disposta no item anterior não se aplica à hipótese dos beneficiários inativos e seus dependentes, posto serem pessoalmente responsáveis pelo pagamento de suas mensalidades.

25.4. O presente contrato poderá ser rescindido imotivadamente, somente após o período de vigência inicial de 12 (doze) meses, mediante aviso prévio escrito pela parte interessada, com 30 (trinta) dias de antecedência, exceto nos casos de inadimplência ou fraude, quando a rescisão será imediata.

25.4.1. No caso da CONTRATANTE ser empresário individual (RN 557/2022 da ANS), a rescisão poderá ser imotivada ou por falta de regularidade ou elegibilidade dos beneficiários, no aniversário contratual, mediante aviso prévio escrito pela parte interessada, com 60 (sessenta) dias de antecedência, exceto nos casos de inadimplência ou fraude, quando a rescisão será imediata.

25.5. Fica estabelecido ainda, que no caso de rescisão antes do prazo inicial de 12 (doze) meses por iniciativa da CONTRATANTE esta deverá pagar à CONTRATADA multa compensatória no valor de 03 mensalidades, proporcional ao tempo de contrato.

25.5.1. Caso o contrato seja rescindido nos primeiros 12 (doze) meses de vigência, haverá cumprimento de aviso prévio de 30 (trinta) dias antes do cancelamento.

25.5.2. O cálculo da multa será pela mensalidade média paga durante o contrato.

25.6. Independente do motivo, a CONTRATANTE suportará eventual prejuízo que possa ter ocorrido durante a vigência contratual nos primeiros 24 meses, evitando desequilíbrio financeiro à CONTRATADA.

25.6.1. Entenda-se como prejuízo a despesa assistencial superior a 60% sobre o total pago pela CONTRATANTE.

25.6.2. A CONTRATADA estará desobrigada de qualquer responsabilidade contratual a partir da data da rescisão.

25.6.3. A cobrança final será apresentada à CONTRATANTE em até 60 dias a contar do encerramento contratual com vencimento à vista.

25.6.4. Fica acordado que durante o aviso prévio será vedada ao CONTRATANTE, a solicitação de exclusão de beneficiários, exceto na hipótese de perda do vínculo jurídico.

25.7. Fica estabelecido que a CONTRATANTE, quando se tratar de empresário individual, deverá comprovar a regularidade de sua inscrição nos órgãos competentes, bem como sua regularidade cadastral junto à Receita Federal, e outros que vierem a ser exigidos pela legislação vigente, além da comprovação dos requisitos de elegibilidade dos beneficiários vinculados, anualmente, no aniversário deste contrato, de acordo com RN nº 557/2022, art 2º e art 3º, da Agência Nacional de Saúde Suplementar-ANS.

25.8. Fica autorizada à CONTRATADA a rescisão motivada, sem o cumprimento de aviso prévio e incidência de qualquer multa, em caso de não pagamento pela CONTRATANTE, de qualquer das faturas mensais, sem prejuízo de eventuais cobranças administrativas e/ou judiciais, bem como em casos de fraude comprovada.

25.9. Em caso de rescisão, caberá à CONTRATANTE informar aos beneficiários sobre o término do contrato.

25.10. Em caso de cancelamento do presente contrato e caso a CONTRATANTE deixe de oferecer o benefício a seus funcionários, será garantida a possibilidade dos beneficiários titulares migrarem para um plano de contratação individual/familiar, com o aproveitamento das carências cumpridas no presente contrato, sendo certo que, as mensalidades para os planos de contratação individual/familiar serão aquelas vigentes na data da opção, de acordo com as respectivas faixas etárias previstas na modalidade de contratação individual/familiar.

25.11. O oferecimento dessa migração aos beneficiários titulares inscritos no presente contrato fica condicionado à CONTRATADA, à época do evento, possuir produto individual e familiar, devidamente registrado na ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar e em comercialização ativa.

26. SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS

26.1. O presente contrato estabelece como cobertura adicional a assistência domiciliar, que compreende a internação domiciliar e/ou atenção/atendimento domiciliar (conhecida como home care), conforme disposições abaixo:

26.1.1. Definições:

Internação hospitalar: assistência aos pacientes com condições agudas ou crônicas, que apresentem potencial de instabilização e de complicações de seu estado de saúde, exigindo-

se assistência contínua em regime de internação e ações que abrangem a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação.

Internação domiciliar: conjunto de atividades prestadas no domicílio, caracterizadas pela atenção em tempo integral ao paciente com quadro clínico mais complexo e com necessidade de tecnologia especializada.

Atenção domiciliar: termo genérico que envolve ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação desenvolvidas em domicílio.

Cuidador: pessoa com ou sem vínculo familiar capacitada para auxiliar o paciente em suas necessidades e atividades da vida cotidiana.

26.1.2. A operadora não oferece a internação domiciliar em substituição à internação hospitalar – em casos de pacientes com condições agudas ou crônicas, que apresentem potencial de instabilização e de complicações de seu estado de saúde, estes deverão ser encaminhados a atendimento de urgência e emergência e internação hospitalar formalmente estabelecida na rede credenciada.

26.1.3. Não haverá cobertura para cuidador, ou seja, pessoa com ou sem vínculo familiar capacitada para auxiliar o paciente em suas necessidades e atividades da vida cotidiana. Caso haja necessidade de cuidador, este deverá ser familiar ou contratado às expensas do beneficiário e/ou familiares (tais como: banhar-se, vestir-se, ir ao banheiro ou troca de fraldas, sentar-se, levantar-se, deitar-se, alimentar-se).

26.1.4. A assistência domiciliar, que compreende a internação domiciliar e/ou atenção/atendimento domiciliar, terá cobertura adicional contratual quando houver, simultaneamente:

a) Pacientes com condições agudas ou crônicas, que apresentem estabilização em seu estado geral de saúde;

b) Indicação pelo médico assistente, com justificativa técnica e critérios clínicos que demonstrem necessidade de ações exclusivas de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação desenvolvidas em domicílio, bem como solicitar os tratamentos necessários ao paciente. Excluindo-se auxílio ao paciente em suas necessidades e atividades da vida cotidiana, que deverão ser desenvolvidos por cuidador;

c) Avaliação da equipe multidisciplinar da Operadora com elaboração do Plano de Atenção Domiciliar – PAD, utilizando-se da Tabela de Avaliação para Planejamento de Atenção Domiciliar do NEAD ou outra que venha a substituí-la:

O PAD deve contemplar:

I.A prescrição da assistência clínico-terapêutica e psicossocial para o paciente;

II.Requisitos de infraestrutura do domicílio do paciente, necessidade de recursos humanos, materiais, medicamentos, equipamentos, retaguarda de serviços de saúde, cronograma de atividades dos profissionais e logística de atendimento;

III.A periodicidade dos relatórios de evolução e acompanhamento.

d) Após a classificação NEAD, o PAD será submetido ao médico assistente do paciente. Em havendo concordância, será implantado pela CONTRATADA.

e) Caso o médico assistente discorde do PAD apresentado pela equipe multidisciplinar, a divergência técnico-assistencial será dirimida com a instauração junta médica nos termos do artigo 6º da RN 424/2017 da ANS, ou outra que venha a substituí-la:

“Art. 6º As operadoras devem garantir, em situações de divergência técnico-assistencial sobre procedimento ou evento em saúde a ser coberto, a realização de junta médica ou odontológica, com vistas a solucionar referida divergência quanto ao procedimento indicado.

§ 1º A junta médica ou odontológica será formada por três profissionais, quais sejam, o assistente, o da operadora e o desempatador.

§ 2º O profissional assistente e o profissional da operadora poderão, em comum acordo e a qualquer momento, estabelecer a escolha do desempatador.

§ 3º O comum acordo na escolha do desempatador, previsto no § 2º, não desobriga a operadora do cumprimento das demais exigências para a realização da junta médica ou odontológica.

§ 4º O parecer do desempatador será acatado para fins de cobertura.

§ 5º A operadora deverá garantir profissional apto a realizar o procedimento nos termos indicados no parecer técnico conclusivo da junta.”

26.1.5. A cobertura adicional de assistência domiciliar, nas modalidades internação domiciliar 24h, internação domiciliar 12h, atendimento domiciliar por equipe multiprofissional ou procedimentos pontuais exclusivos (tais como curativos, medicações parenterais), seguirá os critérios estabelecidos na Tabela de Avaliação para Planejamento de Atenção Domiciliar do NEAD, e os mecanismos de regulação de coparticipação abaixo:

Tipo de assistência domiciliar	Crítérios (cumulativos e/ou alternativos)	Coparticipação diária	Limite
Internação domiciliar 24h – vide 26.1.6., I e II.	* Alimentação parenteral + 12h e/ou; * Aspiração de traqueostomia/vias aéreas inferiores +5x/dia e/ou; * Ventilação mecânica contínua invasiva ou não + 12h/dia e; * Medicação parenteral e/ou hipodermóclise + 4x/dia	R\$ 750,00/dia	50% do valor despendido pela Operadora, o que for menor.
Internação domiciliar 12h - vide 26.1.6., I e II.	* Alimentação parenteral até 12h e/ou;	R\$ 500,00/dia	50% do valor despendido pela

ANS - nº 42268-1

	<ul style="list-style-type: none"> * Aspiração de traqueostomia/vias aéreas inferiores até 5x/dia e/ou; * Ventilação mecânica contínua invasiva ou não até 12h/dia e; * Medicação parenteral e/ou hipodermóclise + 4x/dia 		Operadora, o que for menor.
Atendimento domiciliar por equipe multiprofissional ou procedimentos pontuais exclusivos (tais como curativos, medicações parenterais) - vide 26.1.6., I e II.	<ul style="list-style-type: none"> * Sem utilização de alimentação parenteral; * Sem utilização de aspiração de traqueostomia/vias aéreas inferiores; * Sem utilização de ventilação mecânica contínua invasiva ou não; * Medicação parenteral e/ou hipodermóclise até 4x/dia 	R\$ 250,00/dia	50% do valor despendido pela Operadora, o que for menor.

26.1.6. As modalidades de assistência domiciliar terão as seguintes coberturas e exclusões:

I. A internação domiciliar ou o atendimento domiciliar contemplarão:

- a) cobertura de despesas referentes a honorários da equipe domiciliar multiprofissional;
- b) materiais restritos ao uso hospitalar;
- c) medicamentos restritos ao uso hospitalar;
- d) equipamentos restritos ao uso hospitalar.

III. Exclui-se da cobertura de internação domiciliar ou atendimento domiciliar:

- a) materiais de uso domiciliar, que podem ser adquiridos em farmácias, distribuidoras por qualquer pessoa (tais como: materiais para curativo, fraldas, etc);
- b) medicamentos de uso domiciliar, que podem ser adquiridos em farmácias, distribuidoras por qualquer pessoa (tais como: medicamentos IM, via oral, subcutâneo, alimentação enteral, suplementos alimentares, etc);
- c) equipamento de uso domiciliar, que podem ser adquiridos em farmácias, distribuidoras por qualquer pessoa (tais como: CPAP, aspirador nasal, inalador, etc.).

26.1.7. A coparticipação a que se refere esta cláusula deverá ser paga mensalmente pelo beneficiário.

27. LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS

27.1. A **CONTRATADA**, por si e por seus colaboradores, obriga-se a atuar no presente Contrato em conformidade com a Legislação vigente sobre Proteção de Dados Pessoais e as determinações de órgãos reguladores/fiscalizadores sobre a matéria, em especial a Lei 13.709/2018, além das demais normas e políticas de proteção de dados de cada país onde houver qualquer tipo de tratamento dos dados dos clientes, o que inclui os dados dos clientes desta. No manuseio dos dados a **CONTRATADA** deverá:

(I) Tratar os dados pessoais a que tiver acesso apenas de acordo com as instruções da **CONTRATANTE** e em conformidade com estas cláusulas, e que, na eventualidade, de não mais poder cumprir estas obrigações, por qualquer razão, concorda em informar de modo formal este fato imediatamente à **CONTRATANTE**, que terá o direito de rescindir o contrato sem qualquer ônus, multa ou encargo.

(II) Manter e utilizar medidas de segurança administrativas, técnicas e físicas apropriadas e suficientes para proteger a confidencialidade e integridade de todos os dados pessoais mantidos ou consultados/transmitidos eletronicamente, para garantir a proteção desses dados contra acesso não autorizado, destruição, uso, modificação, divulgação ou perda acidental ou indevida.

(III) Acessar os dados dentro de seu escopo e na medida abrangida por sua permissão de acesso (autorização) e que os dados pessoais não podem ser lidos, copiados, modificados ou removidos sem autorização expressa e por escrito da **CONTRATANTE**.

(IV) Garantir, por si própria ou quaisquer de seus empregados, prepostos, sócios, diretores, representantes ou terceiros contratados, a confidencialidade dos dados processados, assegurando que todos os seus colaboradores prepostos, sócios, diretores, representantes ou terceiros contratados que lidam com os dados pessoais sob responsabilidade da **CONTRATANTE** assinaram Acordo de Confidencialidade com a **CONTRATADA**, bem como a manter quaisquer Dados Pessoais estritamente confidenciais e de não os utilizar para outros fins, com exceção da prestação de serviços à **CONTRATANTE**. Ainda, treinará e orientará a sua equipe sobre as disposições legais aplicáveis em relação à proteção de dados.

27.2. Os dados pessoais não poderão ser revelados a terceiros, com exceção da prévia autorização por escrito da **CONTRATANTE**, quer direta ou indiretamente, seja mediante a distribuição de cópias, resumos, compilações, extratos, análises, estudos ou outros meios que contenham ou de outra forma reflitam referidas informações.

27.2.1 Caso a **CONTRATADA** seja obrigada por determinação legal a fornecer dados pessoais a uma autoridade pública, deverá informar previamente a **CONTRATANTE** para que esta tome as medidas que julgar cabíveis.

27.3 A **CONTRATADA** deverá notificar a **CONTRATANTE** em até 24 (vinte e quatro) horas a respeito de:

I) Qualquer não cumprimento (ainda que suspeito) das disposições legais relativas à proteção de Dados Pessoais pela **CONTRATADA**, seus funcionários, ou terceiros autorizados;

II) Qualquer outra violação de segurança no âmbito das atividades e responsabilidades da **CONTRATADA**.

27.4 A **CONTRATADA** será integralmente responsável pelo pagamento de perdas e danos de ordem moral e material, bem como pelo ressarcimento do pagamento de qualquer multa ou penalidade imposta à **CONTRATANTE** e/ou a terceiros diretamente resultantes do descumprimento pela **CONTRATADA** de qualquer das cláusulas previstas neste capítulo quanto a proteção e uso dos dados pessoais.

28. DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

28.1. A **CONTRATADA** não se responsabilizará por qualquer procedimento do beneficiário que contrarie as normas e rotinas contidas neste Contrato e/ou aquelas definidas em correspondência posterior complementar e/ou aditivos, expressamente assinados pela **CONTRATANTE** e a **CONTRATADA**.

28.2. Modificações das cláusulas deste contrato serão admitidas nos casos admitidos pela Lei e Normativas editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar. Os casos omissos neste instrumento contratual serão resolvidos de comum acordo entre as partes.

28.3. A **CONTRATADA** não se responsabiliza por quaisquer informações, promessas, promoções ou acordos que não esteja assinada por pessoa por ela autorizada, nem mesmo por informações, promessas, promoções, acordos ou outros compromissos ajustados pela **CONTRATANTE** e/ou seus beneficiários, particularmente, com vendedores, com médicos, com hospitais e clínicas credenciadas ou não, exceto se previamente aprovados, por escrito, pela **CONTRATADA**.

28.4. A **CONTRATANTE**, por si e por seus beneficiários, autoriza a **CONTRATADA** a prestar todas as informações cadastrais solicitadas pelos órgãos de fiscalização de assistência à saúde.

28.5. Qualquer tolerância por parte da **CONTRATADA** não implicará em perdão, novação, renúncia ou alteração do que foi estabelecido entre as partes.

28.6. Quando houver a alteração de Plano, a mesma deverá se estender a todo o grupo familiar inscrito (titular e dependentes) de modo que todos os beneficiários estejam inscritos em planos iguais.

28.7. O presente contrato obriga as partes entre si, seus herdeiros e sucessores.

28.8. Contrato, anexos e alterações

Constituem a única obrigação entre as partes, podendo ser alterados por instrumento por elas assinado.

28.9. Todas as comunicações do presente contrato entre as partes poderão ser feitas de forma digital nos endereços de e-mail abaixo indicados, cabendo as partes a obrigação de manter o cadastro do e-mail de comunicação atualizado:

Contato do CONTRATANTE: conforme indicado na proposta de adesão.

Contato do CONTRATADO: contato@gocaresaude.com.br

29. DO FORO

29.1. As partes elegem como privilegiado o foro do domicílio da sede da CONTRATANTE, para dirimir qualquer dúvida ou demanda judicial a respeito do presente Contrato.

Fica dispensada a assinatura do CONTRATANTE, sendo válida e parte integrante deste contrato a proposta devidamente assinada.