

**CONTRATO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
TIPO DE CONTRATAÇÃO: INDIVIDUAL FAMILIAR**

NOME DO PRODUTO: ESPECIAL EXPRESS REGISTRO ANS Nº 456.811/08.7

SUMÁRIO

CLÁUSULA	TEMAS	PÁGINA
I	DAS CARACTERÍSTICAS GERAIS DO CONTRATO	2
II	DOS ATRIBUTOS DO CONTRATO	2
III	DO NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS	3
IV	DO TIPO DE CONTRATAÇÃO	3
V	DA SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE	3
VI	DA ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE	3
VII	DA ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE	3
VIII	DO PADRÃO DE ACOMODAÇÃO	4
IX	DA FORMAÇÃO DE PREÇO	4
X	DAS CONDIÇÕES DE ADMISSÃO	4
XI	DAS COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS	5
XII	DAS EXCLUSÕES DE COBERTURA	9
XIII	DA DURAÇÃO DO CONTRATO	10
XIV	DOS PERÍODOS DE CARÊNCIA	10
XV	DAS DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES	12
XVI	DO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	14
XVII	DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO	16
XVIII	DA FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE	19
XIX	DO REAJUSTE	19
XX	DAS FAIXAS ETÁRIAS	20
XXI	DAS CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO	21
XXII	DA RESCISÃO	21
XXIII	DAS DISPOSIÇÕES GERAIS	22
XXIV	DA ELEIÇÃO DE FORO	25

CLÁUSULA I – DAS CARACTERÍSTICAS GERAIS DO CONTRATO

1. Pelo presente instrumento particular de prestação de serviços médicos ambulatoriais às partes abaixo qualificadas, assinam o presente contrato, no qual a CONTRATADA se obriga na prestação da assistência médica AMBULATORIAL ao BENEFICIÁRIO CONTRATANTE e aos dependentes que a ele se vincularam através da dependência econômica e/ou legal, inscritos na Proposta de Adesão, integrantes deste contrato.

2. QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA

Contrato de Plano Privado de Assistência à Saúde, que fazem entre si, de um lado, como CONTRATADA, SAMIG – SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA ILHA DO GOVERNADOR LTDA, operadora de Plano de Assistência à Saúde com sede à Rua Babaçu, 28 – Jardim Guanabara – Ilha do Governador, Rio de Janeiro, inscrita no CNPJ sob o n.º 42.425.561/0001-82, classificada como sociedade de medicina de grupo, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) – sob o nº 34.016-2, conforme a Lei nº 9656/1998.

3. QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE

Nome: _____
Data de Nascimento: ____/____/____ CPF: _____
Filiação:
Pai _____
Mãe _____
Nacionalidade: _____ Profissão: _____
Estado Civil: _____ Identidade nº: _____ Órgão Expedidor: _____
Endereço: _____ Nº _____ Complemento: _____
Bairro: _____ Município: _____ Estado: _____
Tel: _____ Cel: _____ E-mail: _____
Responsável Financeiro: _____ signatário deste Contrato de acordo com a Solicitação da Proposta de Adesão Contratual, que passa a integrar o presente contrato.

CLÁUSULA II – DOS ATRIBUTOS DO CONTRATO

1. O presente contrato tem por objetivo a prestação continuada de serviços na forma de Plano Privado de Assistência à Saúde médico Ambulatorial, conforme previsto no inciso I, art. 1º da Lei 9.656/98, abrangendo à cobertura descrita na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas com à Saúde, da Organização Mundial de Saúde (CID 10), as especialidades definidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), bem como no Rol de Procedimentos Médicos editados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), vigente à época do evento, aos Beneficiários regularmente inscritos, na forma e condições deste instrumento.

2. O presente contrato é de adesão bilateral, gerando direitos e obrigações para às partes, conforme dispõe o Código Civil Brasileiro, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

3. Este contrato objetiva cobrir serviços de assistência médica ambulatorial e tratamentos, de diagnóstico e terapia. A assistência ora pactuada visa à prevenção de doenças e a recuperação da saúde, observando-se a legislação vigente na data do evento.

CLÁUSULA III – DO NOME COMERCIAL E Nº DE REGISTRO DO PLANO DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS)

1. O presente contrato refere-se ao plano de saúde denominado **ESPECIAL EXPRESS** correspondente registrado junto a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) sob o nº **456.811/08-7**.

CLÁUSULA IV – DO TIPO DE CONTRATAÇÃO

1. A modalidade contratada é identificada como Produto Individual Familiar e destina-se à Pessoa Física, onde a cobertura da atenção prestada à população é delimitada ao Titular podendo ainda ser incluído no plano os dependentes legais devidamente inscritos e autorizados na Proposta de Adesão.

CLÁUSULA V – DA SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE

1. A segmentação contratada é **AMBULATORIAL, SEM INTERNAÇÃO E SEM CIRURGIA**.

CIENTE

CLÁUSULA VI – DA ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE

1. Este contrato possui a obrigação da cobertura de assistência médica na área de abrangência relativa ao Grupo de Municípios referente aos municípios de: Belford Roxo-RJ – Duque de Caxias-RJ – Nilópolis-RJ – Nova Iguaçu-RJ – Petrópolis-RJ – Queimados-RJ – Rio de Janeiro (Capital) – São Gonçalo-RJ – São João de Meriti-RJ.

CLÁUSULA VII – DA ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE

1. Este contrato possui como área de atuação os seguintes municípios: Belford Roxo-RJ – Duque de Caxias-RJ – Nilópolis-RJ – Nova Iguaçu-RJ – Petrópolis-RJ – Queimados-RJ – Rio de Janeiro (Capital) – São Gonçalo-RJ – São João de Meriti-RJ.

CLÁUSULA VIII – DO PADRÃO DE ACOMODAÇÃO

1. Por se tratar de Plano de Segmento **Ambulatorial**, não existe a obrigatoriedade da garantia de leito hospitalar. No entanto, nos casos de atendimento às Urgências e Emergências, será assegurado ao beneficiário atendimento médico de até 12 (doze) horas em leito de Emergência, em Regime de Pronto Atendimento.
2. Esta cobertura cessará se caracterizada a necessidade de realização de procedimento exclusivo de cobertura hospitalar.

CLÁUSULA IX – DA FORMAÇÃO DE PREÇO

1. O valor da contraprestação pecuniária, a ser efetuado pelo CONTRATANTE e seus beneficiários, pertinente à cobertura assistencial contratada, baseia-se no sistema pré-estabelecido.

CLÁUSULA X – DAS CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

1. São beneficiários deste contrato o Contratante, considerado Beneficiário Titular e as pessoas por ele indicadas, seja na Proposta de Adesão ou posteriormente à celebração do contrato, denominadas Beneficiários Dependentes.
2. Podem ser inscritos no plano como Beneficiários Dependentes, mediante a comprovação das qualidades abaixo indicadas e da dependência econômica em relação ao Titular:
 - I. O cônjuge;
 - II. O companheiro, havendo união estável na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial;
 - III. Os filhos e enteados, ambos com até 18 (dezoito) anos incompletos ou se estudantes universitários, até 24 (vinte e quatro) anos incompletos;
 - IV. Os tutelados e os menores sob guarda autorizada judicialmente;
3. Em caso de inscrição de filho adotivo menor de 12 (doze) anos, serão aproveitados os períodos de carência já cumpridos pelo Beneficiário Titular ou Dependente adotante.
4. A adesão do grupo familiar dependerá da participação do Titular no plano privado de assistência à saúde.
5. Do filho adotivo menor de 12 (doze) anos;
 - 5.1. Os filhos, provenientes de Guarda, Tutela ou Adoção, menores de 12 (doze) anos, do Beneficiário poderão ser inscritos com aproveitamento dos períodos de carência, já cumpridos

pelo beneficiário adotante, conforme o artigo 12, inciso VII da Lei 9.656/98, bem como não será aplicado à Cláusula de Cobertura Parcial Temporária, caso a inscrição não ocorra em até 30 (trinta) dias da adoção.

5.2. A não observação do prazo de 30 (trinta) dias ensejará no cumprimento integral, a partir da inclusão no contrato, dos períodos de carência.

6. Docônjuge e o companheiro;

6.1. O cônjuge do Beneficiário titular, poderá ser inscrito com aproveitamento dos períodos de eventuais carências já cumpridas por este, quando contrair matrimônio durante à vigência deste contrato e sua inscrição ocorrerá no prazo de 30 (trinta) dias a contar do evento.

6.2. A não observação do prazo de 30 (trinta) dias ensejará no cumprimento integral dos períodos de carência.

CLÁUSULA XI – DAS COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

1. A CONTRATADA assegurará aos Beneficiários regularmente inscritos e satisfeita às respectivas condições: a cobertura básica prevista neste contrato, compreendendo à cobertura de todas às especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), visando o tratamento de todas as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde da Organização Mundial de Saúde/10ª Revisão CID-10, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e Rol Odontológico da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vigentes à época do evento.

2. A participação de profissional médico anesthesiologista nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, destinado à cobertura ambulatorial, terá cobertura assistencial obrigatória caso haja indicação clínica.

3. Está garantida ainda, à cobertura para os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, relacionados ou não com à saúde ocupacional e acidentes de trabalho.

4. A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais priorizará o atendimento ambulatorial e em consultórios e todos os procedimentos clínicos decorrentes de transtornos mentais codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10ª Revisão - CID - 10, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas, estão obrigatoriamente cobertos.

5. O atendimento, dentro da segmentação e da área de abrangência estabelecida no contrato, está assegurado independentemente do local e das circunstâncias.

6. COBERTURAS AMBULATORIAIS:

6.1. O Plano **Ambulatorial** compreende os atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que, embora prescindam de internação, demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas ou serviços como unidade de terapia intensiva e unidades similares, observadas as seguintes exigências:

- I. Cobertura de consultas médicas em número ilimitado em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM);
- II. Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitados pelo médico ou cirurgião dentista assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação conforme preceitua o caput deste artigo;
- III. Cobertura de medicamentos registrados/regularizados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos na conformidade dos normativos emitidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), vigentes à época do atendimento;
- IV. Cobertura de consultas ou sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo, de acordo com os normativos estabelecidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), vigentes à época da utilização;
- V. Cobertura de psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido nos normativos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), vigentes à época do atendimento, que poderá ser realizado tanto por psicólogo como por médicos devidamente habilitados;
- VI. Cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física, na conformidade dos dispositivos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), vigentes à época de utilização, que podem ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, em número ilimitado de sessões por ano;
- VII. Cobertura das ações de planejamento familiar para segmentação ambulatorial, incluindo:
 - Atividades educacionais;
 - Consultas de aconselhamento para planejamento familiar;
 - Atendimento clínico;
 - Sulfato de Hidroepiandrosterona (SDHEA)
 - Implante de dispositivo intrauterino (DIU) hormonal incluindo o dispositivo.

- VIII. Cobertura de atendimentos caracterizados como de urgência e emergência conforme resolução específica vigente sobre o tema;
- IX. Cobertura de remoção, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente ou pela necessidade de internação;
- X. Cobertura de hemodiálise e diálise peritoneal (CAPD);
- XI. Cobertura de quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para o tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes (medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostático com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento) que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão. Direta de profissionais da saúde dentro dos estabelecimentos de Saúde;
- XII. Cobertura de medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar de acordo com as Diretrizes de Utilização estabelecidas nas normativas vigentes da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), respeitando preferencialmente as seguintes características:
- a) Medicamento genérico: medicamento similar a um produto de referência ou inovador, que se pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após expiração ou renúncia da proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovada a sua eficácia, segurança e qualidade, e designado pela Denominação Comum Brasileira (DCB) ou, na sua ausência, pela Denominação Comum Internacional (DCI), conforme definido pela Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999; e
- b) Medicamento fracionado: medicamento fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição do órgão competente – Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).
- XIII. Cobertura dos procedimentos de radioterapia na conformidade dos dispositivos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), vigentes à época de utilização, para a segmentação ambulatorial;
- XIV. Cobertura dos procedimentos de hemodinâmica ambulatorial que prescindam de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas em unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no segmento ambulatorial, de acordo com o Rol de Procedimentos;
- XV. Cobertura de hemoterapia ambulatorial;

XVI. Cobertura das cirurgias oftalmológicas ambulatoriais listadas no Rol de Procedimentos vigentes à época do Atendimento.

7. COBERTURAS ADICIONAIS

Orientação Médica Telefônica e Atendimento de Urgência e Emergência Domiciliar.

7.1. A cobertura consiste no atendimento pré-hospitalar realizado por uma equipe de profissionais médicos responsáveis pelo Serviço de Regulação Médica. O Beneficiário ou responsável receberá por parte dos Médicos que compõe o serviço de Regulação Médica da CONTRATADA, orientações baseadas em protocolos internacionais, revisados e adequados à realidade da região de abrangência do contrato. Estes protocolos são em muitas ocasiões capazes de solucionar, situações de caráter eletivo, tais como: informações sobre doses, contraindicações e interações medicamentosas; sugestão de exames complementares para o diagnóstico definitivo e outras informações que permitam evidenciar quadros clínicos que não necessitem de intervenção médica imediata. Isto é, quadros clínicos que, a juízo da Regulação Médica da CONTRATADA não são considerados de emergência ou de urgência e portanto, estão expressamente fora da cobertura de atendimento direto com unidades móveis de emergência/urgência.

7.2. Estão também excluídas do atendimento de urgência e emergência domiciliar, as solicitações de atendimento para: investigação de sintomas gerais (tosse, febre, mal estar, etc.); controle de tratamento ambulatorial; pacientes crônicos em tratamento continuado sem agudização do processo; casos psiquiátricos; dores de dente; enxaqueca; amigdalite; otite; sinusite; cólica menstrual; alcoolismo crônico; resfriados comuns; feridas cortas contusas leves.

7.3. Uma vez identificado pelos médicos do serviço de Regulação Médica que a Orientação Telefônica fornecida pelo profissional responsável pelo atendimento, não tenha sido suficiente para a melhora do Beneficiário e ainda que o quadro clínico apresentado pelo Beneficiário, tenha evoluído para um quadro clínico agudo, que implique em risco de morte ou requeira atendimento imediato, identificados como atendimentos de URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA conforme descritos abaixo. Nesses casos, o serviço médico providenciará o Atendimento Domiciliar através da utilização de unidades móveis de emergência/urgência.

7.4. São considerados quadros de Urgência ou Emergência: Cardiovasculares (Parada Cardíaco-Respiratória (PCR), Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Angina Instável, Edema Agudo do Pulmão (EAP), Arritmias Graves); Respiratórios (Insuficiência Respiratória Aguda, Crise Asmática Grave); Neurológicos (Síncope, Convulsão, Coma, AVC); Politraumatismos graves; Afogamentos; Choques Elétricos; Intoxicações Exógenas graves; Anafilaxia e todas as outras situações que comprometam severamente um ou mais sistemas vitais, hemorragias vultuosas, crise hipertensiva com cefalia, seguida de alterações da consciência e perda momentânea da visão, fraturas sem ou com hemorragia ou perda da consciência, choques elétricos, intoxicações graves e outros diagnosticados pelo serviço de Regulação Médica.

CLÁUSULA XII – DAS EXCLUSÕES DE COBERTURA

1. Em conformidade com a lei dos Planos de Saúde, Lei nº 9656/98 e demais normativos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), serão permitidas as seguintes exclusões assistenciais:

1.1. Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, isto é, aquele que;

I. Empregam medicamentos, produtos para à saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país;

II. É considerado experimental pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) ou pelo Conselho Federal de Odontologia (CFO); ou

III. Não possui as indicações descritas na bula/manual registrado na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) - (uso off-label).

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 lesionada sejam por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;

1.3. Sendo a Prótese entendida como qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido e Órtese definida como qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico os materiais cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico;

1.4. Inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e espermatozoides para alcançar a fertilização, por meio de injeções de espermatozoides intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção pós-tumora, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;

1.5. Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em spa, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;

1.6. Fornecimento de medicamentos e produtos para à saúde importados não nacionalizados, isto é, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);

1.7. Fornecimentos de medicamentos para tratamento domiciliar, isto é, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, com exceção dos medicamentos antineoplásicos orais, constantes dos normativos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), vigente à época do atendimento;

1.8. Fornecimentos de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja

eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde (CONITEC);

- 1.9. Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
- 1.10. Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico ou não reconhecido pelas autoridades competentes;
- 1.11. Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- 1.12. Estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- 1.13. Procedimentos que exijam forma de anestesia diversa da anestesia local, sedação ou bloqueio;
- 1.14. Quimioterapia oncológica intratecal ou que demande internação;
- 1.15. Embolizações;
- 1.16. Exames médicos - admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais;
- 1.17. Medicina Ortomolecular;
- 1.18. Vacinas e autovacinas;
- 1.19. Atendimentos odontológicos;
- 1.20. Internações para tratamento clínico ou cirúrgico.

CLÁUSULA XIII – DA DURAÇÃO DO CONTRATO

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

CLÁUSULA XIV – DOS PERÍODOS DE CARÊNCIA

1. **Carência**- É o período de tempo contando da assinatura do Contrato, da proposta de adesão ou

do primeiro pagamento, o que ocorrer primeiro, onde o CONTRATANTE deverá permanecer no plano, sem direito à (s) garantia (s) coberta (s) por este contrato conforme definido nesta CLÁUSULA.

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

- 24 (vinte e quatro) horas – Cobertura para os casos de emergências e urgências, com repouso até 12 (doze) horas se necessário e remoção para hospital público se caracterizada a necessidade de internação.

- 07 (sete) dias – Cobertura para Consultas Médicas Ambulatoriais Eletivas.

- 30 (trinta) dias – Cobertura para Exames e Procedimentos Ambulatoriais: Nebulizações, Lavagem Auricular, Sutura de Ferimentos, Drenagem de Abscessos, Imobilizações, Engessamentos, Curativos Ambulatoriais, Exames Laboratoriais (exceto os classificados como alta complexidade (PAC), tais como cargas virais para hepatites e HIV, genotipagens virais, exames de genética) e Eletrocardiografia Convencional.

- 30 (trinta) dias – Cobertura para orientações Médica Telefônica e Atendimento de Urgência e Emergência Domiciliar.

- 60 (sessenta) dias – Cobertura para Exames Complementares Ambulatoriais: Eletroencefalograma Convencional, Exames Radiológicos não Contrastados, Colposcopia, Colpocitologia, Preventivo do Câncer Ginecológico.

- 120 (cento e vinte) dias – Cobertura para Fisioterapia, Acupuntura, Infiltrações, Testes Alérgicos, Provas Imuno Alérgicas, Ultrassonografias, Audiometrias, Procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, listados no Rol de Procedimentos do Plano Ambulatorial, quando solicitados pelo médico assistente, mesmo se realizados em ambiente hospitalar, mas, desde que não se caracterize como internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que, embora prescindam de internação, necessitem de apoio hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, ou serviços de recuperação anestésica, UTI, CETIN e similares.

- 150 (cento e cinquenta) dias – Cobertura para Endoscopia digestiva alta, Ecocardiografia, Raio-X Contrastado, Holter, MAPA, Teste Ergométrico, Eco Doppler, Neurofisiologia (Eletroneuromiografias e potenciais evocados), Provas de função respiratória, Mamografias e Exames Anatomopatológicos.

- 180 (cento e oitenta) dias – Cobertura para Todos os Procedimentos de Alta Complexidade Ambulatorial, (listados no Rol de procedimentos e suas atualizações), Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais, listados no Rol de Procedimentos do Plano Ambulatorial, quando solicitados pelo médico assistente, mesmo se realizados em ambiente hospitalar, mas, desde que não se caracterize como internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que, embora prescindam de internação, necessitem de apoio hospitalar por período superior a 12 (doze) horas ou serviços de recuperação anestésica, UTI, CETIN e similares. Cirurgias Oftalmológicas,

Tomografias Computadorizadas, Ressonâncias Magnéticas, Densitometria Óssea, Exames e Terapias com Medicina Nuclear (Ex.: Cintilografias), Mapeamento Cerebral, Quimioterapia Ambulatorial, Radioterapia Ambulatorial, Terapia Renal Substitutiva Hemodiálise e Diálise Peritoneal, Hemoterapia Ambulatorial, Psicoterapia de crise, conforme diretrizes do Rol de Procedimentos, Exames Laboratoriais Classificados como Alta Complexidade (PAC) pelo Rol de Procedimento da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e suas atualizações do plano ambulatorial.

CLÁUSULA XV – DAS DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

1. O Beneficiário deverá informar à CONTRATADA, quando expressamente solicitado na documentação contratual por meio da Declaração de Saúde, o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes à época da adesão ao presente contrato, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou rescisão unilateral do contrato, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656/1998.
2. Doenças ou Lesões Preexistentes são aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei nº 9656/1998, o inciso IX do art 4º da Lei nº 9961/2000 e as diretrizes estabelecidas na Resolução Normativa nº 162/2007.
3. Para informar a existência de doenças e lesões preexistentes, o Beneficiário Titular preencherá o Formulário de Declaração de Saúde acompanhado da Carta de Orientação ao Beneficiário e poderá solicitar um médico para orientá-lo.
4. O Beneficiário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados ou referenciados pela CONTRATADA, sem qualquer ônus para o beneficiário.
5. Caso o beneficiário opte por ser orientado por um médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da CONTRATADA, poderá fazê-lo, desde que assumo o ônus financeiro dessa entrevista.
6. O objetivo da entrevista qualificada é orientar o beneficiário para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.
7. É vedada a alegação de omissão de informação de doença ou lesão preexistente quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário pela CONTRATADA, com vista à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.
8. Sendo constatada por perícia, na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do beneficiário a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de procedimentos de alta complexidade, a CONTRATADA oferecerá a cobertura parcial temporária, e dependendo do

caso, ser-lhe-á facultada a oferta do agravo. Caso a CONTRATADA não ofereça Cobertura Parcial Temporária no momento da adesão contratual, não caberá alegação de omissão de informação na Declaração de Saúde ou aplicação posterior de Cobertura Parcial Temporária ou Agravo.

9. **Cobertura Parcial Temporária (CPT)** – é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, a partir da data de contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.

10. **Agravo** – é 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 doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.

11. Na hipótese de Cobertura Parcial Temporária, a CONTRATADA somente poderá suspender à cobertura de procedimentos de alta complexidade, quando relacionados exclusivamente à Doença ou Lesão Preexistente.

12. Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), disponível no site www.ans.gov.br.

13. É vedada à CONTRATADA a alegação de Doença ou Lesão Preexistente decorridos de 24 (vinte e quatro) meses da data da celebração do contrato ou da adesão ao plano privado de assistência à saúde.

14. Nos casos de Cobertura Parcial Temporária, findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme a segmentação contratada e prevista na Lei nº 9.656/1998.

15. O Agravo será regido por Aditivo Contratual específico, cujas condições serão estabelecidas entre as partes, devendo constar menção expressa o percentual ou valor do Agravo e período de vigência do Agravo.

16. Identificado indício de fraude por parte do beneficiário, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a CONTRATADA deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao beneficiário através de Termo de Comunicação ao Beneficiário e poderá solicitar abertura de processo administrativo junto a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), quando houver identificação do indício de fraude, ou após recusa do beneficiário à Cobertura Parcial Temporária.

17. Instaurado o processo administrativo na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), à

CONTRATADA caberá o ônus da prova.

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

19. A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após a entrega efetiva de toda a documentação. Se solicitado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o Beneficiário deverá remeter a documentação necessária para a instrução do processo.

20. Após julgamento e acolhida à alegação da CONTRATADA pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o Beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação da constatação da doença e lesão preexistente, pela CONTRATADA, bem como será excluído do contrato.

21. Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de doença ou lesão preexistente, bem como a suspensão ou rescisão unilateral do contrato até a publicação, pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), do encerramento do processo administrativo.

CLÁUSULA XVI – DO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

1. A CONTRATADA garantirá a cobertura do atendimento nos casos de:

1.1. Urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional;

1.2. Emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente; e

1.3. A cobertura deverá reger-se pela garantia da atenção e atuação no sentido da preservação da vida, órgãos e funções, e será assegurada durante as primeiras 12 (doze) horas de atendimento, podendo cessar antes, caso seja caracterizada a necessidade da realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar.

2. DA REMOÇÃO

I. A remoção do paciente será garantida pela OPERADORA nas seguintes hipóteses:

a) Para outra unidade de atendimento da rede do plano, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente; e

II. Para uma unidade do Sistema Único de Saúde (SUS), depois de realizados os procedimentos

caracterizados como urgência e emergência, quando houver o limite de 12 (doze) horas de atendimento, nas hipóteses citadas acima e este for atingido ou surgir a necessidade de internação.

3. DA REMOÇÃO PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

3.1. À CONTRATADA caberá o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do Sistema Único de Saúde (SUS) que disponha dos recursos necessários para garantir a continuidade do atendimento.

3.2. Quando não puder haver remoção por risco de vida, o CONTRATANTE e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se assim à CONTRATADA, desse ônus.

3.3. A CONTRATADA deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade do Sistema Único de Saúde (SUS).

3.4. Se o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade que, ainda que pertença ao Sistema Único de Saúde (SUS), não disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento, ficará a CONTRATADA desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

4. DO REEMBOLSO

4.1. O presente contrato garante o reembolso nos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pelas operadoras, de acordo com a tabela de preços dos serviços médicos ambulatoriais praticados pelo respectivo produto, pagáveis no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a entrega da documentação adequada.

4.2. O reembolso será efetuado de acordo com os valores das Tabelas de Referência (AMB-92) praticada pela CONTRATADA ou conforme a primeira tabela posterior em que figure o procedimento, vigentes à data do pagamento, no que se referem a honorários médicos, diárias e taxas, e nos preços médios de mercado no que se refere, a materiais e medicamentos.

4.3. O reembolso será efetuado dentro do prazo máximo de 30 (trinta) dias após a apresentação dos seguintes documentos originais, que posteriormente serão devolvidos:

- I. O relatório do médico assistente onde somente poderá ser exigida tal declaração do médico assistente, nos casos de emergência, atestando a emergência, declarando o nome do paciente, descrição do tratamento e respectiva justificativa dos procedimentos realizados, data do atendimento;

- II. Recibos individualizados de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, discriminando funções e o eventos a que se referem;
- III. Comprovantes relativos aos serviços de exames laboratoriais, de radiodiagnósticos, terapias e serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente.

4.4. Só serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento e desde que realizadas enquanto perdurar o estado de urgência ou emergência.

4.5. Os documentos (recibos, laudos e relatórios médicos) deverão ser entregues à CONTRATADA diretamente em sua sede ou em um endereço/local indicado por ela no prazo máximo de até 12 (doze) meses corridos, contados a partir da data em que ocorrer o evento médico sob pena de perda do direito após esta data.

CLÁUSULA XVII – DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO

1. CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO

1.1. Nenhum atendimento ao serviço previsto neste contrato será realizado sem a apresentação do Cartão de Identificação do beneficiário fornecida e expedida pela CONTRATADA para os beneficiários cadastrados no plano, acompanhada da cédula de identidade dos mesmos ou inexistindo tal documento, outro que surtam efeitos similares, exceto nos casos de urgência e emergência.

1.2. O beneficiário, no extravio do Cartão, para obter uma 2ª (Segunda) via, comunicará o fato imediatamente à CONTRATADA, arcando com as despesas da confecção de outra via. Cessa a responsabilidade do beneficiário à partir da comunicação do extravio do cartão de identificação.

2. AUTORIZAÇÕES PRÉVIAS

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

2.2. O pedido médico deverá ser apresentado à Central de Emissão de Guias da CONTRATADA que emitirá resposta pelo profissional avaliador conforme o prazo determinado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), a contar da data da solicitação à CONTRATADA, ou em prazo inferior, quando caracterizada à urgência.

2.3. São passíveis de autorização prévia, mediante solicitação à Central de Atendimento, os seguintes exames e procedimentos abaixo listados, bem com os identificados como Alta Complexibilidade listados pelo Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Todos os procedimentos ambulatoriais solicitados por médico (a) não credenciado (a);

Todos os exames e/ ou procedimentos que exijam qualquer tipo de analgésico e/ou sedação, e/ou anestesia, desde que sejam eletivos;

- Punções e Biópsia;
- Provas e testes alérgicos, ergométrico;
- Eletrocardiografia dinâmica, Ecocardiograma;
- Exames e/ou tratamento por hemodinâmica cobertos pelo plano ambulatorial;
- Monitorização ambulatorial de pressão arterial;
- Exame de anatomia patológica e citopatológica;
- Eletroencefalografia e neurofisiologia e eletromiografia;
- Endoscopia diagnóstica e/ou terapêutica de trato digestivo, respiratório e geniturinário;
- Fisioterapia;
- Exames citogenéticos;
- Transfusão sanguínea eletiva;
- Pesquisa de HIV;
- Biópsias;
- Dosagens hormonais, Provas ventilatórias;
- Quimioterapia e/ou radioterapia;
- Exames e/ou tratamento de medicina nuclear e por radioimunoensaio;
- Radiodiagnóstico contrastado;
- Radiologia intervencionista Ultrassonografia;
- Densitometrias óssea Tomografias computadorizadas;
- Exames e/ou procedimentos otorrinolaringológico eletivo;
- Exames e/ou procedimentos urológicos eletivos;
- Exames e/ou procedimentos ginecológicos eletivos;
- Hemodiálise e/ou diálise peritoneal;

2.4. Os procedimentos deverão ser solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista em formulário específico e disponibilizado pela CONTRATADA, ou quando não credenciado em receituário, contendo dados do BENEFICIÁRIO, descrição dos exames e especificação de acordo com Código Nacional de Doença (CID) e assinatura, carimbo e o Conselho Regional Medicina (CRM) do médico.

3. MEIO DE DIVULGAÇÃO

3.1. O beneficiário receberá o GUIA DO USUÁRIO do plano, contendo a rede dos prestadores de serviços, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde e o Guia de Leitura Contratual, os quais conterão no mínimo:

- Prazos de carência;
- Vigência contratual;
- Critério de reajuste;
- Segmentação assistencial; e
- Abrangência geográfica.

3.2. Também poderá acessar o site da CONTRATADA (www.samig.com.br), para o mesmo fim ou para outras informações pertinentes às mensalidades, procedimentos utilizados, coberturas, rede credenciada e outros serviços médicos.

3.3. Para dirimir dúvidas a respeito do seu plano, para marcação de internação e prorrogações, o beneficiário, além do site da CONTRATADA, poderá fazê-lo, através do SAC da Operadora, cujos telefones encontram-se no site da operadora e no Guia do Usuário.

3.4. A CONTRATADA reserva-se o direito de cancelar os serviços credenciados de médicos, laboratoriais e demais atendimentos, obrigando-se a nomear novos serviços de atendimento do mesmopadrão.

4. DA JUNTA MÉDICA

4.1. A CONTRATADA garante, no caso de situações de divergência técnica assistencial, que a definição do impasse será através de junta médica constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo beneficiário sobre procedimento ou evento em saúde a ser coberto pela CONTRATADA, por médico da operadora e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do profissional que nomear, exceto se o médico assistente escolhido pelo beneficiário pertencer à rede credenciada ou própria da CONTRATADA, que nesse caso, arcará com os honorários de ambos os nomeados. A remuneração do terceiro desempatador deverá ser paga pela operadora. A junta médica será regida pela Resolução Normativa nº 424/2017 ou eventual dispositivo regulatório que vier a sucedê-lo.

5. SERVIÇOS PRÓPRIOS E REDE CREDENCIADA

5.1. Será fornecida ao beneficiário uma relação contendo os dados dos prestadores de serviços próprios e credenciados pela CONTRATADA, obedecidas às regras que disciplinam o atendimento dos mesmos, sendo que os beneficiários com mais de 60 (sessenta) anos, as gestantes, lactantes e crianças até 05 (cinco) anos possuem privilégios na marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos em relação aos demais associados.

5.2. A relação contendo os dados dos prestadores de serviços próprios e credenciados da CONTRATADA terá suas atualizações disponíveis na sede da CONTRATADA, através do serviço de teleatendimento ou por meio da internet.

5.3. A inclusão como contratado, referenciado ou credenciado, de qualquer entidade hospitalar, implica compromisso para com os consumidores quando a sua manutenção ao longo da vigência do contrato, conforme regras abaixo:

- I. A substituição da entidade hospitalar seja por outra equivalente e mediante comunicação aos consumidores e à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo, os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor.
- II. Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, a operadora deverá solicitar autorização expressa à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

CLÁUSULA XVIII – DA FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

1. O valor a ser pago pela cobertura assistencial é preestabelecido.
2. A mensalidade que o BENEFICIÁRIO titular pagará à CONTRATADA será devida por si e pelos demais BENEFICIÁRIOS dependentes na importância definida na Proposta de Adesão.
3. Caso o BENEFICIÁRIO não receba o instrumento de cobrança até 5 (cinco) dias úteis antes do vencimento, deverá comunicar à CONTRATADA.

CIENTE

4. A Contratada disponibiliza outras formas de recebimento de boleto para pagamento da mensalidade, desde que solicitada pelo beneficiário ou responsável (Fax, e-mail) ou ainda pelo site www.samig.com.br.
5. O não recebimento do instrumento de cobrança não desobriga o BENEFICIÁRIO de efetuar o seu pagamento no prazo de vencimento mensal. O Beneficiário deverá solicitar o boleto através do SAC ou do Site da Operadora.
6. Os pagamentos deverão ser feitos, mensalmente, até à data do vencimento da contraprestação pecuniária, de acordo com a data da assinatura da Proposta de Adesão ou no primeiro dia útil subsequente quando o vencimento ocorrer em feriado ou dia em que não haja expediente bancário.
7. O recebimento pela CONTRATADA de parcelas em atraso constituirá mera tolerância, não implicando em renovação contratual ou transação.
8. Em casos de atraso no pagamento das contraprestações pecuniárias, a regularização se fará por meio de cobrança de multa de 2% (dois por cento) e juros de 1% (um por cento) ao mês, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso. Em caso de atraso superior a 60 (sessenta) dias consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses, o contrato será cancelado por inadimplência, conforme o inciso II de § único do Art. 13 da Lei nº9656/1998 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). O valor em atraso será cobrado e o devedor poderá ser inscrito em cadastros restritivos de crédito.
9. O pagamento da contraprestação pecuniária referente a um determinado mês não implica na quitação de débitos anteriores.

CLÁUSULA XIX – DO REAJUSTE

1. Nos termos da legislação vigente, o reajuste financeiro a incidir sobre o valor das

mensalidades será anual e terá como data-base de aniversário o mês de assinatura do Contrato, observado o limite máximo autorizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

2. Caso deixe de ser obrigatória a autorização da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para a aplicação do reajuste e, cumulativamente, não se estabeleça um percentual como limite máximo, o reajuste dar-se-á conforme regras vigentes à época.
3. Caso a nova legislação venha a estabelecer um período inferior a 12 (doze) meses para o reajustamento, este será aplicado ao presente contrato.
4. Caso a nova legislação venha a admitir o reequilíbrio econômico-atual do contrato, este será reavaliado, quando o nível de sinistralidade da carteira ultrapassar o índice de 70% (setenta por cento) (Sm), cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 (doze) meses consecutivos, anteriores à data base de aniversário considerado como data base de aniversário o mês de assinatura do Contrato.
5. Neste caso, para o cálculo do percentual de reajuste será aplicada a seguinte fórmula:

$$R = S - 1$$

sm

Onde: S - Sinistralidade apurada no período (Mínimo de 12 meses) Sm - Meta de Sinistralidade expressa em contrato

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

CLÁUSULA XX – DAS FAIXAS ETÁRIAS

1. Em caso de alteração de faixa etária de qualquer BENEFICIÁRIO inscrito no presente Contrato, a contraprestação pecuniária será reajustada no mês subsequente ao da ocorrência, de acordo com os percentuais da tabela abaixo, que se acrescentarão sobre o valor da última da contraprestação pecuniária, observadas a seguintes condições, na Resolução Normativa nº 63/2003:
 - I. O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a 6 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária;
 - II. A variação acumulada entre a sétima e a décima faixa não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

PERCENTUAIS DE AUMENTO POR FAIXA ETÁRIA PÓS RES. RN63/2003

FAIXA ETÁRIA	% AUMENTO
00 a 18 anos	0%
19 a 23 anos	18,00%
24 a 28 anos	15,00%
29 a 33 anos	15,00%
34 a 38 anos	15,00%
39 a 43 anos	15,00%
44 a 48 anos	20,00%
49 a 53 anos	30,00%
54 a 58 anos	30,00%
59 ou mais	43,00%

CLÁUSULA XXI – DAS CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIOS

- O beneficiário dependente será excluído do plano de assistência à saúde nos casos de:
 - Perda da condição de dependência definida nas condições gerais deste contrato;
 - Infrações ou fraudes com o objetivo de obter vantagens ilícitas;
 - A pedido do Beneficiário Titular.
- A extinção do vínculo do titular não extingue o contrato, sendo assegurado aos dependentes já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, com a assunção das obrigações decorrentes. Este benefício deverá ser solicitado à operadora em até 30 (trinta) dias da extinção do vínculo do titular.
- O disposto no item anterior não se aplica às hipóteses de rescisão unilateral do contrato por fraude ou não pagamento da mensalidade.

CLÁUSULA XXII – DA RESCISÃO

- A operadora terá o direito de suspender ou rescindir, unilateralmente, o presente contrato, caso ocorra atraso no pagamento das contraprestações pecuniárias por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do mesmo.
- O exercício do direito da rescisão e/ou da suspensão previsto no caput se encontra condicionado à inequívoca notificação do devedor até o quinquagésimo dia de inadimplência.

3. Independentemente das consequências e responsabilidades legais, este contrato será cancelado nos casos comprovados de fraude, perdendo o BENEFICIÁRIO e seus dependentes, quaisquer direitos dos benefícios previstos nesse Contrato, assim como da devolução de qualquer quantia paga.
4. A omissão de informações, fornecimento de informações incorretas ou inverídicas pelo (a) CONTRATANTE para auferir vantagens próprias ou para seus dependentes é reconhecida como violação ao contrato, permitindo à operadora buscar a rescisão do contrato por fraude.
5. A rescisão imotivada durante o período de 12 (doze) meses, por parte do CONTRATANTE, implicará em multa correspondente a 3 (três) últimas mensalidades.

CLÁUSULA XXIII – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

1. Integra este contrato, para todos os fins de direito, a Proposta de Admissão assinada pelo (a) CONTRATANTE, o Guia do Usuário, o Cartão Individual de Identificação, Entrevista Qualificada, Exame Médico (quando for o caso), a Declaração de Saúde do titular e dependentes, a Carta de Orientação ao Beneficiário, a Tabela de Reembolso, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS) e o Guia de Leitura Contratual (GLC).
2. O (A) CONTRATANTE reconhece expressamente que seu vínculo contratual é apenas com a CONTRATADA.
3. O (A) CONTRATANTE, por si e por seus beneficiários dependentes, autoriza a CONTRATADA a prestar todas as informações cadastrais solicitadas pelos órgãos de fiscalização de assistência à saúde, respeitados os normativos referentes ao sigilo médico. Qualquer tolerância por parte da CONTRATADA não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.
4. A CONTRATADA não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelos beneficiários com médicos, hospitais ou entidades contratadas ou não. Estas despesas correrão por conta exclusiva do beneficiário.
5. A CONTRATADA fornecerá aos beneficiários o CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO, cuja apresentação deverá estar acompanhada de documento de identidade legalmente reconhecido, que assegura a fruição dos direitos e vantagens deste contrato.
6. Ocorrendo a perda ou extravio do CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO, o (a) CONTRATANTE deverá participar, por escrito, o fato à CONTRATADA, para o cancelamento ou quando for o caso, a emissão de segunda via mediante pagamento do custo de nova carteira de identificação no valor de R\$ 5,00 (cinco) reais, sendo que o cancelamento só terá validade quando reconhecido por escrito, pela CONTRATADA.
7. É obrigação do (a) CONTRATANTE, na hipótese de rescisão, resolução ou resilição deste contrato, ou ainda, da exclusão de algum beneficiário, devolver os respectivos cartões de

identificação, caso contrário poderá responder pelos prejuízos resultantes do uso indevido desses documentos.

8. Considera-se uso indevido a utilização desses documentos para obter atendimento, mesmo que na forma contratada, pelos beneficiários que sabiam da perda desta condição por exclusão ou término do contrato, ou, por terceiros, que não sejam beneficiários, se comprovada à má-fé do beneficiário que emprestou seu cartão a outrem.

9. Nestas condições, o uso indevido do cartão de identificação de qualquer beneficiário, ensejará no pedido de indenização por perdas e danos, bem como a exclusão do beneficiário do plano. As reclamações ou sugestões sobre qualquer um dos serviços prestados devem ser encaminhadas por escrito à CONTRATADA.

10. São adotadas as seguintes definições:

ACIDENTE PESSOAL: é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só, e independentemente de toda e qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS): autarquia sob regime especial vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem à saúde suplementar.

AGRAVO DA CONTRAPRESTAÇÃO: 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 carência contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.

ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA: área em que a operadora se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo beneficiário.

ATENDIMENTO ELETIVO: termo usado para designar os atendimentos médicos que podem ser programados, ou seja, que não são considerados de urgência e emergência.

ATENDIMENTO OBSTÉTRICO: todo atendimento prestado à gestante, em decorrência da gravidez, parto, aborto e suas consequências.

BENEFICIÁRIO: pessoa física, titular ou dependente, que possuem direitos e deveres definidos em contrato assinado com a operadora de plano privado de saúde, para a garantia da assistência médico-hospitalar e/ou odontológica.

CÁLCULO ATUARIAL: é o cálculo com base estatística proveniente da análise de informações sobre a frequência de utilização, perfil do associado, tipo de procedimento, efetuado com vistas à manutenção do equilíbrio técnico-financeiro do plano e definição de mensalidades a serem cobradas dos beneficiários pela contraprestação.

CARÊNCIA: período corrido e ininterrupto, contado a partir da data de início da vigência do contrato, durante o qual o contratante paga as contraprestações pecuniárias, mas ainda não tem acesso a determinadas coberturas previstas no contrato.

CID-10: é a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10ª revisão.

COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT): aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes (DLP) declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal por ocasião da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.

CO-PARTICIPAÇÃO: é a participação na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário diretamente à operadora, após a realização de procedimentos.

CONSULTA: é o ato realizado pelo médico que avalia as condições clínicas do beneficiário.

DEPENDENTE: beneficiário de plano privado de assistência à saúde cujo vínculo com a operadora depende da existência do vínculo de um beneficiário titular. Pessoa física com vínculo familiar com o beneficiário titular do plano de saúde, de acordo com as condições de elegibilidade estabelecidas no contrato. No plano individual, titular e dependentes devem estar no mesmo plano. Nos planos coletivos, titulares e dependentes podem estar no mesmo plano ou em planos diferentes de acordo com o estabelecido pela pessoa jurídica contratante.

DOENÇA: é o processo mórbido definido, tendo um conjunto característico de sintomas e sinais, que levam o indivíduo ao tratamento médico.

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

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

DOENÇA PROFISSIONAL: é aquela adquirida em consequência do trabalho.

EMERGÊNCIA: é a situação que implica risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizada em declaração do médico assistente.

EXAME: é o procedimento complementar solicitado pelo médico, que possibilita uma investigação diagnóstica, para melhor avaliar as condições clínicas do beneficiário.

FRANQUIA: é o valor financeiro a ser pago pelo beneficiário diretamente ao prestador da rede credenciada ou referenciada no ato da utilização do serviço, por não ser responsabilidade contratual da operadora.

LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES: mecanismo de acesso oferecido ao beneficiário que possibilita a utilização de serviços assistenciais de prestadores de serviços não pertencentes às redes, credenciada ou referenciada ao plano, mediante reembolso, parcial ou total, das despesas assistenciais.

MÉDICO ASSISTENTE: é o profissional responsável pela indicação da conduta médica a ser aplicada ao beneficiário.

MENSALIDADE: contraprestação pecuniária paga pelo contratante à operadora.

ÓRTESE: acessório usado em atos cirúrgicos e que não substitui parcial ou totalmente nenhum órgão ou membro, podendo ou não, ser retirado posteriormente.

PRÓTESE: peça artificial empregada em atos cirúrgicos, em substituição parcial ou total de um órgão ou membro, reproduzindo sua forma e/ou sua função.

PRIMEIROS SOCORROS: é o primeiro atendimento realizado em casos de urgência ou emergência.

PROCEDIMENTO ELETIVO: é o termo usado para designar procedimentos médicos não considerados de urgência ou emergência e que podem ser programados.

TITULAR: é o beneficiário de plano privado de assistência à saúde cujo contrato o caracteriza como detentor principal do vínculo com uma operadora.

URGÊNCIA: é o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional.

CLÁUSULA XXIV – DA ELEIÇÃO DE FORO

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

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 20_____.

**SAMIG - SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA
MÉDICA DA ILHA DO GOVERNADOR LTDA**

CONTRATANTE