

ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.

2.5. Na declaração de saúde, o BENEFICIÁRIO TITULAR deverá relacionar todas as lesões e doenças preexistentes à contratação, sob pena da sua omissão voluntária caracterizar fraude contratual.

Parágrafo Primeiro. Fica a critério da CONTRATADA a realização de perícia ou exames até a realização de entrevista qualificada, visando identificar a existência de doenças ou lesões preexistentes, à sua expensa.

Parágrafo Segundo. 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 vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.

2.6. Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do BENEFICIÁRIO a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a CONTRATADA oferecerá a cobertura parcial temporária, e, dependendo do caso, ser-lhe-á facultada a oferta do agravo.

2.7. 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 a doença ou lesão pré-existente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a CONTRATADA e o BENEFICIÁRIO.

2.8. Cobertura Parcial Temporária - CPT é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal, observando o item 4.4.2 do anexo I do Edital (ETP)

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

Parágrafo Único. Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, disponível no site www.ans.gov.br

2.10. 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.

2.11. 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 ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do BENEFICIÁRIO à Cobertura Parcial Temporária.

2.12. Instaurado o processo administrativo na ANS, à CONTRATADA caberá o ônus da prova.

2.13. 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 ou lesão preexistente.

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

2.15. Se solicitado pela ANS, o BENEFICIÁRIO deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.

2.16. Após julgamento, e acolhida à alegação da CONTRATADA, pela 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.

2.17. Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de doença ou lesão preexistente, bem como a suspensão ou rescisão unilateral do contrato até a publicação, pela ANS, do encerramento do processo administrativo.

III - DO DIREITO ASSEGURADO AOS DEMITIDOS E APOSENTADOS

CAPÍTULO I – DO EXONERADO

1.1 A CONTRATADA assegura ao BENEFICIÁRIO TITULAR que contribuir para o plano contratado, decorrente de seu vínculo empregatício ou estatutário com o CONTRATANTE, no caso de rescisão ou exoneração do trabalho, sem justa causa, o direito de manter sua condição de BENEFICIÁRIO TITULAR e dos BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES a ele já vinculados no plano no ato do desligamento, nas mesmas condições de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assumam também o pagamento da parcela anteriormente de responsabilidade do

CONTRATANTE.

§1º. O período de manutenção da condição de BENEFICIÁRIO será de um terço do tempo de contribuição ao plano, ou sucessor, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses.

§2º. Em caso de morte do BENEFICIÁRIO TITULAR, o direito de permanência é assegurado aos BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES cobertos pelo plano na data do óbito, nos termos dispostos neste clausula.

§3º. A condição de BENEFICIÁRIO assegurada neste clausula deixará de existir, quando da admissão do BENEFICIÁRIO TITULAR em outro emprego, ou na hipótese de rescisão do presente contrato, independentemente do motivo.

§4º. O BENEFICIÁRIO TITULAR terá 30 (trinta) dias após seu desligamento da empresa para obter este benefício junto à CONTRATADA, cabendo ao CONTRATANTE dar expressa ciência ao BENEFICIÁRIO demitido.

§5º. O BENEFICIÁRIO TITULAR que não participar financeiramente do plano, durante o período que mantiver o vínculo empregatício, não terá direito à cobertura ora estabelecida.

§6º. Nos planos coletivos custeados integralmente pela empresa, não é considerada contribuição a participação do BENEFICIÁRIO, única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica e/ou hospitalar.

§7º. A contratada deverá emitir boleto de cobrança em nome do beneficiário, o qual ficará responsável pelo seu pagamento, conforme item 1.1.

CAPÍTULO II – DO APOSENTADO

2.1 A CONTRATADA assegura ao BENEFICIÁRIO TITULAR que se aposentar, e que tiver contribuído para o plano contratado, decorrente de vínculo empregatício ou estatutário, pelo prazo mínimo de dez anos, o direito de manutenção como BENEFICIÁRIO TITULAR e dos BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES a ele vinculados, as mesmas condições de cobertura assistencial que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, **desde que assuma também o pagamento da parcela anteriormente de responsabilidade do CONTRATANTE.**

§1º. Na hipótese de contribuição pelo então empregado, por período inferior ao previsto acima, é assegurado o direito de manutenção como BENEFICIÁRIO, **à razão de um ano para cada ano de contribuição**, desde que assuma o pagamento integral do plano.

§2º. Em caso de morte do BENEFICIÁRIO TITULAR durante o gozo do benefício, o direito de permanência é assegurado aos BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES cobertos pelo plano na data do óbito, nos termos dispostos neste clausula.

§3º. A condição de BENEFICIÁRIO assegurada neste clausula **deixará de existir, quando da admissão do BENEFICIÁRIO TITULAR em outro emprego, ou na hipótese de rescisão do presente contrato**, independente do motivo.

§4º. O BENEFICIÁRIO TITULAR terá **30 (trinta) dias após seu desligamento da empresa**

para obter este benefício junto à CONTRATADA, cabendo ao CONTRATANTE dar expressa ciência ao BENEFICIÁRIO aposentado.

§5º. O BENEFICIÁRIO TITULAR que não participar financeiramente do plano, durante o período que mantiver o vínculo empregatício, não terá direito à cobertura ora estabelecida.

§6º. Nos planos coletivos custeados integralmente pela empresa, não é considerada contribuição a participação do BENEFICIÁRIO, única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica e/ou hospitalar.

2.2 Caso o empregado venha a se aposentar e continuar trabalhando para o CONTRATANTE (pessoa jurídica empregadora), na oportunidade do seu desligamento será garantido o direito de manter sua condição de beneficiário observando-se as regras previstas neste Capítulo.

CAPÍTULO III – DAS RESPONSABILIDADES

3.1 Será de responsabilidade do EX-EMPREGADO o pagamento da contraprestação enviada por boleto em seu nome e de seus respectivos dependentes diretamente à CONTRATADA durante o gozo do benefício previsto neste Título.

§1º. O EX-EMPREGADO pagará à CONTRATADA, a importância obtida pela soma dos valores das mensalidades de acordo com a faixa etária em que cada BENEFICIÁRIO esteja inscrito no plano (titulares e dependentes), **conforme tabela de preços prevista no instrumento contratual.**

§2º. Os valores referentes ao fator moderador – franquia e/ou co-participação, se houver – não estão incluídos nos preços das mensalidades previstas acima.

§3º. Os valores devidos serão reajustados no mesmo percentual e periodicidade aplicado aos demais participantes do plano.

3.2 É de responsabilidade do CONTRATANTE disponibilizar aos BENEFICIÁRIOS a *tabela de preços de seu custo por faixa etária*, mesmo que as partes tenham acordado valores inferiores a estes, bem como apresentar a **tabela de preços**, por faixa etária, das mensalidades **devidamente atualizada** em caso de gozo do benefício previsto neste Título.

Parágrafo Único. A referida tabela será reajustada anualmente, na mesma periodicidade e percentual aplicado aos demais preços.

3.3 O CONTRATANTE fica obrigado, no momento da comunicação à CONTRATADA da exclusão do BENEFICIÁRIO, a informar:

- I – Se o BENEFICIÁRIO foi excluído por demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria;
- II – Se aposentado, se continuou trabalhando para a CONTRATANTE;
- III – Se o BENEFICIÁRIO contribuía para o pagamento do plano e ainda, se total ou

parcialmente;

IV – Por quanto tempo o BENEFICIÁRIO contribuiu para o pagamento do plano; e

V - Se o BENEFICIÁRIO optou por sua manutenção no plano ou se recusou esta condição;

3.4 A CONTRATADA somente aceitará a exclusão de BENEFICIÁRIOS mediante a comprovação de que o mesmo foi comunicado sobre a opção de manutenção da condição de beneficiário, bem como o repasse das informações/documentos previstos no clausula anterior.

Parágrafo Único. Até a data do cumprimento das obrigações previstas no *caput* e no clausula anterior, o CONTRATANTE é responsável pelo pagamento das contraprestações dos respectivos BENEFICIÁRIOS, não havendo qualquer possibilidade de desconto ou reembolso em faturas subsequentes.

3.5 Caso venha a ser comprovado que o CONTRATANTE não cumpriu as responsabilidades acima previstas impedindo o BENEFICIÁRIO de manifestar sua opção pelo exercício do direito no prazo de 30 (trinta) dias, tais como a não comunicação ao demitido sem justa causa ou aposentado dos direitos assegurados neste Título, ou o envio de informações omissas ou incorretas quanto ao motivo da exclusão, as partes estabelecem que fica o CONTRATANTE obrigado a pagar o valor correspondente ao número de mensalidades do titular e respectivos dependentes do período entre o desligamento do BENEFICIÁRIO e o início do gozo do direito, a título de multa contratual, para que estes possam exercer o seu direito.

3.6 Fica a critério das partes, mediante prévio acordo, a disponibilização de plano de assistência à saúde exclusivo para ex-empregados - demitidos ou exonerados sem justa causa e aposentados.

Parágrafo Único. Casos as partes acordem a disponibilização de plano de saúde exclusivo para ex-empregados, as mensalidades serão reajustadas anualmente, a critério da CONTRATADA considerando a totalidade da carteira de contratos exclusivo para ex-empregados, e o respectivo percentual será divulgado em sua página na Internet.

3.7 Perde o direito de permanência no plano na condição de ex-empregado nos casos de:

- a) Término dos prazos de permanência;
- b) Admissão do ex-empregado em novo emprego;
- c) Cancelamento do plano pelo CONTRATANTE (pessoa jurídica empregadora) que concede este benefício a seus empregados ativos e ex-empregados.

3.8 A CONTRATADA disponibilizará plano de assistência à saúde na modalidade individual ou familiar aos BENEFICIÁRIOS vinculados a planos coletivos decorrentes de vínculo empregatício, no caso de cancelamento desse benefício, sem necessidade de

cumprimento de novos prazos de carência.

§1º. Considera-se, na contagem de prazos de carência o período de permanência do BENEFICIÁRIO no plano coletivo cancelado.

§2º. Incluem-se no universo de BENEFICIÁRIOS de que trata o *caput* todo o grupo familiar vinculado ao BENEFICIÁRIO TITULAR.

§3º. Será de responsabilidade do CONTRATANTE informar aos BENEFICIÁRIOS TITULARES sobre o cancelamento do benefício, para que estes possam fazer opção pelo plano individual ou familiar da CONTRATADA no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o cancelamento.

3.9 Será de responsabilidade do CONTRATANTE informar seus empregados, na oportunidade da rescisão contratual em caso de demissão ou aposentadoria, a possibilidade de manter-se como BENEFICIÁRIO do plano, para que estes **manifestem sua opção no prazo de 30 (trinta) dias, sob pena de perda do direito.**

CAPÍTULO IV – DEFINIÇÕES IMPORTANTES

4.1. Para fins das regras previstas neste Título, assim definem-se:

- a) **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 oferecido pelo empregador em decorrência de vínculo empregatício, à exceção dos valores relacionados aos dependentes e à co-participação ou franquia paga única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médico-hospitalar;
- b) **Tempo de Contribuição:** período pelo qual o beneficiário contribuiu financeiramente para o plano coletivo decorrente de vínculo empregatício, e não se confunde com o período que ele esteve vinculado ao plano de saúde;
- c) **Mesmas condições de cobertura assistencial:** mesma segmentação e cobertura, rede assistencial, padrão de acomodação em internação, área geográfica de abrangência e fator moderador do plano privado de assistência à saúde contratado para os empregados ativos; e
- d) **Desligamento:** ato da rescisão do contrato de trabalho (demissão/exoneração/aposentadoria)
- e) **Novo emprego:** novo vínculo profissional que possibilite o ingresso do ex-empregado em um plano de assistência a saúde coletivo empresarial, coletivo por adesão ou de autogestão.

IV- EXCLUSÃO DE COBERTURA

Em conformidade com o que prevê a Lei nº 9.656/98 e as normativas da ANS, respeitando as coberturas mínimas obrigatórias previstas na legislação vigente e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, estão excluídos de

cobertura do Plano os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não descritos expressamente neste contrato e os provenientes de:

- a) procedimentos não constantes expressamente no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS e vigente à época do evento para a cobertura assistencial contratada ou para aqueles que, mesmo previstos, não preenchem os requisitos estabelecidos em Diretrizes de Utilização – DUT, Diretrizes Clínicas - DC e Protocolos de Utilização – PROUT;
- b) tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- c) procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
- d) inseminação artificial e fornecimento de medicamentos de uso domiciliar, ainda que relacionados ao planejamento familiar;
- e) tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;
- f) fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados;
- g) fornecimento de medicamentos prescritos durante a atendimento e internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde - CITEC;
- h) fornecimento de vacinas e medicamentos de qualquer natureza, administrados em ambiente domiciliar;
- i) atendimento domiciliar, incluindo aluguel de equipamentos e similares para tratamento domiciliar, materiais e medicamentos para tratamento domiciliar, serviços de enfermagem domiciliar e remoção domiciliar, exceto nos casos de internação domiciliar oferecida pela CONTRATADA em substituição à internação hospitalar.
- j) fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
- k) tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecido pelas autoridades competentes; e
- l) casos de cataclismos, guerras e comoções internas quando declarados pela autoridade competente.
- m) estabelecimentos para acolhimento de idosos;
- n) enfermagem em caráter particular seja em regime hospitalar ou domiciliar;

- o) consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de urgência ou emergência;
- p) despesas decorrentes de serviços prestados por médicos não credenciados/contratados ou entidades não credenciadas/contratadas, exceto os atendimentos previsto no item 5.5.4.
- q) despesas com assistência odontológica de qualquer natureza, exceto as cirurgias buco-maxilofaciais que necessitem de ambiente hospitalar e aquelas passíveis de realização em consultório, que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar;
- r) honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista quando, por imperativo clínico, for necessária estrutura hospitalar para a realização de procedimentos de caráter odontológico;
- s) despesas não vinculadas à cobertura deste contrato ou em desacordo do que são contratadas pelo CONTRATANTE;
- t) aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
- u) transplantes, exceto aqueles listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento e de acordo com as condições expressas neste contrato;
- v) produtos de toalete e higiene pessoal, serviços telefônicos ou qualquer outra despesa que não seja vinculada à cobertura em curso;
- w) realização de exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais.
- x) toda e qualquer espécie de assistência ou atendimento domiciliar;

Parágrafo Único. Para utilização das coberturas previstas neste contrato, os BENEFICIÁRIOS que não se enquadrarem no item 5.5.2 do termo de referência, deverão cumprir prazos de carência estabelecida no Termo de Contratação, que serão contados a partir da data de inclusão de cada BENEFICIÁRIO no plano respeitados os seguintes prazos máximos:

- a) 24 (vinte e quatro) horas – atendimento de urgências/emergências;
- b) 180 (cento e oitenta) dias – demais procedimentos;
- c) 300 (trezentos) dias – parto a termo.