

## **CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA Nº 452/17.**

Pelo presente instrumento,

ASSOCIAÇÃO DOS SERVIDORES PÚBLICOS MUNICIPAIS DE PONTA GROSSA, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob nº 80.254.972/0001-41, com sede na Rua Marquês do Paraná, nº 407, Bairro Ronda, Ponta Grossa, Paraná, CEP 84.051-060, neste ato representada por seu Presidente Sr. Sebastião Mendes, brasileiro, maior, casado, portador da CI/RG nº 161.530 SSP/PR, inscrito no CPF/MF sob nº 003.227.339-87, doravante denominada simplesmente CONTRATANTE, e de outro lado,

OPERADORA DE PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE CONSAÚDE S/S LTDA., pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob nº 02.906.583/0001-40, registrada na ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar sob nº 35.072-9, com sede na Avenida João Manoel dos Santos Ribas, nº 1.140, Bairro Nova Rússia, Ponta Grossa, Paraná, CEP 84.051-410, neste ato representada por sua Diretora Administrativa Sra. Anizia Horodenski, brasileira, maior, administradora, portadora da CI/RG nº 4.158.693-1 SSP/PR, inscrita no CPF/MF sob nº 569.068.389-20, doravante denominada simplesmente CONSAÚDE,

têm entre si, justo e livremente contratado o seguinte:

### **COLETIVO POR ADESÃO COM COPARTICIPAÇÃO - Informações Gerais**

Tipo de contratação: **Plano Coletivo por Adesão**

Abrangência geográfica: **Grupo de municípios (Arapoti-PR, Candói-PR, Cantagalo-PR, Carambeí-PR, Castro-PR, Curiúva-PR, Fernandes Pinheiro-PR, Foz do Jordão-PR, Goioxim-PR, Guamiranga-PR, Guarapuava-PR, Imbaú-PR, Imbituva-PR, Inácio Martins-PR, Ipiranga-PR, Irati-PR, Ivaí-PR, Jaguariaíva-PR, Mallet-PR, Ortigueira-PR, Palmeira-PR, Pinhão-PR, Piraí do Sul-PR, Ponta Grossa-PR, Porto Amazonas-PR, Prudentópolis-PR, Rebouças-PR, Reserva-PR, Reserva do Iguaçu-PR, Rio Azul-PR, São João do Triunfo-PR, Sengés-PR, Teixeira Soares-PR, Telêmaco Borba-PR, Tibagi-PR, Turvo-PR e Ventania-PR)**

Segmentação assistencial: **Ambulatorial Hospitalar Obstetrícia**

Formação do preço: **Preestabelecido**

Vínculo do beneficiário: **Com vínculo estatutário**

Padrão de acomodação em internação: **Coletiva**

Número de registro do plano na ANS: **474.723/15-2**

Nome comercial do plano: **ADESÃO A+H+OB COM COPART ENF**

### **Cláusula Primeira - ATRIBUTOS DO CONTRATO**

1.1. A CONSAÚDE se obriga a prestar serviços de forma continuada de assistência médica ambulatorial e hospitalar (diagnóstico e terapia), de acordo com a segmentação do produto prevista neste contrato, conforme dispõe o inciso I, do artigo 1º, da Lei 9.656/98, para cobertura de todas as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à

Saúde da Organização Mundial de Saúde CID-10, 10ª Revisão, respeitando-se, porém, os limites estabelecidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigente à época do evento.

1.2. O presente instrumento foi elaborado de acordo com a Lei 9.656/98, bem como, em conformidade com as Resoluções da ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, que dispõem sobre a regulamentação dos Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde, e, ainda, de acordo com as normas contidas na Lei 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor) e na Lei 10.406/02 (Código Civil Brasileiro).

1.3. Trata-se de contrato de adesão, revestido de características bilaterais, gerando direitos e obrigações para as partes, na forma dos artigos 458 a 461 do Código Civil Brasileiro.

## **Cláusula Segunda - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO**

2.1. Poderão ser admitidas na qualidade de beneficiários titulares deste contrato, somente as pessoas físicas (naturais) vinculadas a pessoa jurídica contratante por relação estatutária, a saber:

2.1.1. Presidente, diretores e associados vinculados a pessoa jurídica contratante na data de assinatura do contrato.

2.1.2. Presidente, diretores e associados que venham a se vincular a pessoa jurídica contratante e seus dependentes, após a assinatura do presente contrato.

2.1.3. Beneficiários dependentes, a partir do casamento, nascimento ou da regularização da condição de dependente legal.

2.1.4. O ingresso do grupo familiar previsto na cláusula 2.1.3., retro, dependerá da participação do beneficiário titular no contrato de plano privado de assistência a saúde coletivo por adesão.

2.2. São considerados dependentes do beneficiário titular, após comprovação documental, para fins deste contrato:

2.2.1. Esposa(o) ou companheira(o), conforme Lei Orgânica da Previdência Social e/ou na forma da regulamentação de União Estável prevista na legislação em vigor.

2.2.2. Filhos, naturais ou adotivos e enteados, desde que solteiros, até 26 (vinte e seis) anos de idade.

2.3. As inclusões de beneficiários, por ocasião da assinatura deste contrato, deverão ser promovidas pela CONTRATANTE mediante preenchimento de planilha eletrônica, a qual deverá ser enviada à CONSAÚDE através de e-mail ao endereço eletrônico "faturamento@consaude.com", somente se podendo ter por recebida a mensagem mediante confirmação da CONSAÚDE através de resposta expressa



também via e-mail.

2.4. As inclusões de beneficiários, depois da contratação, deverão ser promovidas pela CONTRATANTE através do sistema operacional da CONSAÚDE, mantido na rede mundial de computadores, sendo-lhe fornecidos para tanto, nesta oportunidade, login e senha de acesso.

2.5. Para inclusão de beneficiário, a CONTRATANTE e o mesmo deverão promover, até o dia 30 do mês em curso, todos os atos que lhes são previstos neste instrumento para tal fim, inclusive a realização da Entrevista Qualificada, iniciando-se então a vigência do contrato, em relação ao beneficiário inscrito, a partir do dia 1º do mês subsequente ao trintídio que se seguir ao cumprimento integral, pela CONTRATANTE e pelo beneficiário, dos atos anteriormente referidos, e somente passando a serem devidos os valores correspondentes à contraprestação cabível pelos serviços a partir do início da vigência.

2.6. Findo o processo de inclusão, na forma e condições estabelecidas nas cláusulas 2.3., 2.4. e 2.5., retro, a CONTRATANTE deverá juntar e enviar para a CONSAÚDE através de e-mail ao endereço eletrônico "faturamento@consaude.com", cópias simples digitalizadas do registro de matrícula do empregado, da certidão de casamento e/ou nascimento, da declaração de união estável, quando for o caso, e do RG e CPF/MF, sendo o CPF/MF, documento obrigatório para todos os beneficiários inscritos no plano, e ainda outros documentos necessários à comprovação da condição de dependente legal do beneficiário titular, à critério da CONSAÚDE.

2.7. Aos filhos adotivos menores de 12 (doze) anos e incluídos até 30 (trinta) dias da data da adoção, serão consideradas as carências já cumpridas pelo beneficiário titular adotante.

2.8. Por este instrumento é assegurado o direito de inscrição do recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência e sendo vedada qualquer alegação de DLP ou aplicação de CPT ou Agravo, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou da adoção.

2.9. No caso de inclusão de dependentes, todos deverão aderir a mesma segmentação e acomodação previstas no plano do beneficiário titular.

### **Cláusula Terceira - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS**

3.1. A CONSAÚDE assegurará aos beneficiários regularmente inscritos e satisfeitas as condições estabelecidas neste instrumento a cobertura de todas as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde da Organização Mundial de Saúde CID-10, 10ª Revisão, respeitando-se, porém, os limites estabelecidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigente à época do evento.

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

3.3. A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais priorizará o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando-se a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e de acordo com indicação do médico assistente.

3.4. Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde da Organização Mundial de Saúde CID-10, 10ª Revisão, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões autoinfligidas, estão obrigatoriamente cobertos.

3.5. O atendimento dentro da segmentação e da área de abrangência estabelecida no contrato, está assegurado independentemente do local de origem do evento.

3.6. Aos beneficiários serão asseguradas as coberturas com despesas decorrentes de cirurgias ambulatoriais que não necessitem de internação hospitalar, consultas médicas, exames clínicos e laboratoriais, bem como terapias, nas condições adiante descritas:

3.6.1. Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, aptas a atender as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

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

3.6.3. Procedimentos de reeducação e reabilitação física em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente.

3.6.4. Consultas e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo, de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente à época do evento, conforme indicação do médico assistente.

3.6.5. Psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente à época do evento, que poderão ser realizadas tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitados.

3.6.6. atendimentos nos casos de planejamento familiar, incluindo:  
- atividades educacionais;  
- consultas de aconselhamento para planejamento familiar;



- atendimento clínico;
- sulfato de DEHIDROEPIANDROSTERON A (SDHEA);
- implante de dispositivo intrauterino (DIU) hormonal incluindo o dispositivo.

3.6.7. Os seguintes procedimentos, considerados especiais:

- Hemodiálise e diálise peritoneal;
- Quimioterapia oncológica ambulatorial;
- Radioterapia;
- procedimentos de hemodinâmica ambulatorial;
- Hemoterapia ambulatorial;
- Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

3.6.8. Medicamentos registrados e regularizados pela ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos para a segmentação ambulatorial.

3.7. Aos beneficiários também serão asseguradas as coberturas de despesas médico-hospitalares, sem limite de prazo, valor máximo e quantidade de internação, em unidades referenciadas no Manual de Orientação do Beneficiário aptas a atender as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, incluindo os seguintes itens:

3.7.1. Internações hospitalares clínicas e/ou cirúrgicas, em leito hospitalar padrão "Enfermaria", acomodação "Coletiva", sem direito a acompanhante, bem como, acesso a acomodação em nível superior, sem ônus adicional, no caso de indisponibilidade de leito hospitalar em estabelecimentos próprios ou credenciados pela CONSAÚDE e, ainda, internações em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) ou similar.

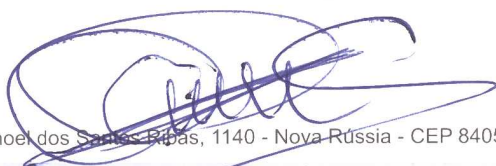
3.7.2. Despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem, exceto quando em caráter particular.

3.7.3. Toda e qualquer taxa de sala de cirurgia, incluindo materiais utilizados, assim como a remoção do paciente, quando comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites da abrangência geográfica prevista no contrato.

3.7.4. Os beneficiários terão direito à cobertura de despesas de diária(s) de 01 (um) acompanhante, no caso de paciente menor de 18 (dezoito) anos ou com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, bem como, para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente, no local da internação, excetuado os casos de UTI ou similar.

3.7.5. Exames complementares indispensáveis ao controle da evolução da doença e à elucidação diagnóstica realizados durante o período de internação hospitalar.

3.7.6. Fornecimento de medicamentos nacionais e nacionalizados, anestésicos, gases medicinais e transfusões, conforme prescrição do médico assistente ministrados durante o período de internação hospitalar.



P

3.7.7. Os seguintes procedimentos, considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:

- Hemodiálise e diálise peritoneal;
- Quimioterapia oncológica ambulatorial;
- Procedimentos radioterápicos ambulatorial e hospitalar;
- Hemoterapia;
- Nutrição enteral ou parenteral;
- Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
- Embolizações e radiologia intervencionista;
- Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- Procedimentos de fisioterapia.

3.7.8. Cirurgia plástica reparadora quando efetuada para restauração de órgãos e funções conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigente à época do evento.

3.7.9. Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer.

3.7.10. Procedimentos buco-maxilo-faciais que necessitem de internação hospitalar, realizada por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza buco-maxilo-faciais, e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar.

3.7.11. Cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, exceto, o pagamento dos honorários do cirurgião-dentista assistente.

3.7.12. Transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente à época do evento, bem como, as despesas com os procedimentos necessários à realização do transplante, incluindo, quando couber: despesas assistenciais com doadores vivos, medicamentos utilizados durante a internação, acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção, despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS - Sistema Único de Saúde. Na hipótese de realização dos referidos transplantes, o beneficiário deverá, obrigatoriamente, estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs, sujeitando-se aos critérios de fila única de espera e de seleção.

3.8. Aos beneficiários serão ainda asseguradas as coberturas das despesas



relativas à saúde mental, correspondentes ao tratamento de todos os transtornos psiquiátricos codificados na CID-10.

3.9. A cobertura hospitalar para saúde mental garantirá por ano de contrato:

3.9.1. Custeio integral de pelo menos 30 (trinta) dias de internação.

3.9.2. Nas internações psiquiátricas o custeio parcial, excepcionalmente, poderá ser fixado a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação, por ano de contrato, com coparticipação do beneficiário de 50%, observada a tabela Consaúde vigente à época do evento.

3.10. A cobertura do tratamento em regime de hospital dia deverá se dar de acordo com as diretrizes estabelecidas nas normativas vigentes.

3.11. Cobertura de procedimentos relacionados ao pré-natal, compreendendo consultas médicas periódicas e exames complementares necessários; assistência ao parto, cirúrgico ou não, por equipe especializada integrante do corpo clínico credenciado pela CONSAÚDE.

3.12. Assistência neonatal, compreendendo assistência imediata ao recém-nascido, no berçário, no centro de tratamento intensivo ou similar, a qualquer hora do dia ou da noite, durante o prazo máximo de 30 (trinta) dias contado do nascimento. Esta assistência continuará a ser prestada desde que a CONTRATANTE venha a incluir o recém-nascido no plano até o final do aludido prazo, sendo vedada qualquer alegação de DLP ou aplicação de CPT ou Agravo.

3.13. Após o transcurso do prazo estabelecido na cláusula 3.12, retro, a inclusão do recém-nascido se dará mediante o cumprimento de todos períodos de carência previstos neste contrato, inclusive no que se refere a cobertura de doença ou lesão preexistente, quando houver.

3.14. À gestante é garantido o direito de indicar 01 (um) acompanhante durante o trabalho de parto e o pós-parto imediato, incluindo-se cobertura de despesas do acompanhante no tocante aos serviços de hotelaria.

#### **Cláusula Quarta - EXCLUSÕES DE COBERTURA**

##### **4.1. ESTÃO EXCLUÍDOS DA COBERTURA OS SERVIÇOS RELATIVOS A:**

4.1.1. Todos os procedimentos e tratamentos clínicos e cirúrgicos não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar;

4.1.2. Tratamentos clínicos e cirurgias experimentais (exames e medicamentos ainda não reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina);

4.1.3. Procedimentos clínicos e cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses, para o mesmo fim;

- 4.1.4. Inseminação artificial;
- 4.1.5. Tratamentos e cirurgias para infertilidade e suas consequências, bem como procedimentos cirúrgicos e exames de diagnósticos para tratamento de todos os tipos de impotência sexual não listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar;
- 4.1.6. Clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- 4.1.7. Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética. Tratamento em clínicas de emagrecimento, exceto para tratamento de obesidade mórbida, clínicas de repouso, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- 4.1.8. Fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;
- 4.1.9. Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;
- 4.1.10. Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
- 4.1.11. Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- 4.1.12. Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- 4.1.13. Consultas, tratamentos e internações hospitalares, realizados antes do início de vigência do contrato ou do cumprimento dos prazos de carência nele estabelecidos;
- 4.1.14. Procedimentos ou exames realizados no exterior, ainda que a coleta do material seja feita no Brasil;
- 4.1.15. Enfermagem e atendimentos médicos domiciliares, mesmo em caráter de emergência ou urgência;
- 4.1.16. Atendimentos com médicos que não fazem parte da rede própria e credenciada da CONSAÚDE, tendo em vista que não há livre escolha de prestadores, mas sim utilização de rede própria e credenciada, exceto, nos casos de urgência e emergência, quando não for possível o atendimento em estabelecimentos da rede própria ou credenciada.
- 4.1.17. Despesas do beneficiário e seu acompanhante no caso de pacientes menores de 18 (dezoito) anos e maiores de 60 (sessenta) anos, não relacionadas diretamente com o tratamento médico-hospitalar, como medicamentos não prescritos pelo médico assistente e serviços de hotelaria que não sejam oferecidos pela entidade hospitalar credenciada;



4.1.18. Transplantes, exceto, córnea, rim, autólogo de medula óssea e alogênico de medula óssea;

4.1.19. Fornecimento de medicamentos de manutenção para pacientes transplantados;

4.1.20. Fornecimento de óculos, lentes de contato, aparelhos de surdez, implantes de lentes, aparelhos ortopédicos em geral;

4.1.21. Fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela comissão de incorporação de tecnologias do ministério da saúde;

4.1.22. Atendimentos realizados fora da área geográfica de abrangência do contrato, exceto, os atendimentos de urgência e emergência;

4.1.23. Instrumentação cirúrgica, enquanto não for contemplado pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar;

4.1.24. Atendimentos relacionados à medicina ocupacional, tanto em regime ambulatorial como hospitalar, exceto, os procedimentos contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, bem como, acidentes de trabalho;

4.1.25. Vacinas, consultas, avaliações, sessões, tratamentos e qualquer outro procedimento de Medicina Alternativa, Terapia Ocupacional, exames demissionais, admissionais e periódicos;

4.1.26. Transporte de beneficiários, assegurado, entretanto, o transporte daqueles que já se encontravam internados na rede credenciada da CONSAÚDE.

#### **Cláusula Quinta - DURAÇÃO DO CONTRATO**

5.1. Este contrato vigorará por prazo indeterminado e passará a produzir todos os seus efeitos a partir do dia 01 de julho de 2017.

5.2. Anualmente, no mês de julho, o contrato será renovado automaticamente, por prazo indeterminado, sem cobrança de qualquer taxa ou valor no ato da renovação.

#### **Cláusula Sexta - PERÍODOS DE CARÊNCIA**

6.1. Os beneficiários deste contrato farão jus aos serviços contratados somente após o cumprimento dos períodos de carência, previstos nesta cláusula, que constarão no Cartão de Identificação do beneficiário, a saber:

6.1.1. Casos de urgência e emergência, definidos e devidamente caracterizados através de declaração do médico assistente: **24 horas**;

6.1.2. Consultas médicas eletivas realizadas nos consultórios médicos, mediante hora previamente marcada, sempre dentro da rede credenciada: **30 dias**;

6.1.3. Exames e procedimentos simples: exames de análises clínicas; exames radiográficos simples e sem contraste; eletrocardiograma convencional: **60 dias**;

6.1.4. Exames e procedimentos médios: tonometria; fisioterapia; mamografia; citopatologia; eletroencefalograma convencional: **120 dias**;

6.1.5. Exames e procedimentos especiais: tomografia computadorizada; densitometria óssea; ecocardiograma uni ou bidimensional colorido ou não com doppler; endoscopia diagnóstica em regime ambulatorial; endoscopia diagnóstica com biopsias e testes; colonoscopia; exames e procedimentos dermatológicos; exames e testes alergológicos e otorrinolaringológicos; bioimpedanciometria; teste ergométrico; angiografia; arteriografia prolongada; mapeamento prolongado; mapeamento cerebral e polissonografia; potencial evocado; ressonância nuclear magnética; radiologia contrastada; laparoscopia diagnóstica; eletrocardiografia dinâmica (holter); ultrassonografias em geral; ultrassonografia obstétrica; medicina nuclear; teste de função pulmonar; monitorização de pressão arterial; litotripsia; radiologia intervencionista; cineangiocoronariografia e videolaringoscopia diagnóstica e cirúrgica desde que ambulatorial; oxigenoterapia hiperbárica; eletroneuromiografia; quimioterapia e radioterapia; hemoterapia ambulatorial; nutrição parenteral ou enteral; procedimentos diagnósticos terapêuticos em hemodinâmica; embolizações; videolaringoestroboscopia, hemodiálise peritoneal; exames e cirurgias oftalmológicas ambulatoriais; inserção de DIU (inclusive o dispositivo); vasectomia e ligadura de trompas; procedimentos cirúrgicos por videolaparoscopia; mamografia digital; exames de DNA para tratamento de doenças genéticas; exames laboratoriais para hepatite B (teste quantitativo) e C (genotipagem); HIV; consultas/sessões com: nutricionista, fonoaudiólogo, psicólogo e/ou terapeuta ocupacional, respeitados os limites estabelecidos pela ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar: **180 dias**;

6.1.6. Tratamento de transtornos psiquiátricos, previstos no contrato: **180 dias**;

6.1.7. Internamentos clínicos e cirúrgicos e todos os demais procedimentos previstos no contrato, de natureza hospitalar: **180 dias**;

6.1.8. Partos a termo: **300 dias**;

6.1.9. Cobertura integral de doenças e/ou lesões preexistentes: **24 meses**.

6.2. No plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão não poderá ser exigido dos beneficiários inscritos pela CONTRATANTE o cumprimento dos períodos de carência, previstos neste instrumento, desde que a inscrição seja efetivada até 30 (trinta) dias da data de celebração do contrato.

6.3. Ao beneficiário que vincular-se a pessoa jurídica contratante após o transcurso do prazo estabelecido na cláusula 6.2., retro, e desde que formalize sua proposta de adesão até 30 (trinta) dias após a data de aniversário do contrato, não poderá ser



exigido o cumprimento dos períodos de carência.

6.4. Após o transcurso dos prazos previstos nas cláusulas 6.2. e 6.3., retro, todos os beneficiários inscritos pela CONTRATANTE deverão cumprir integralmente os períodos de carência indicados neste contrato.

### **Cláusula Sétima - DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES**

7.1. Ao beneficiário é dado o conhecimento de que, conforme o disposto no inciso II, do parágrafo único, do artigo 13, da Lei 9.656/98, este deverá informar à CONSAÚDE, por meio de Declaração de Saúde, que é portador ou sofredor de Doença ou Lesão Preexistente, previamente à época de contratação de seu plano de saúde, sob pena de imputação de fraude, suspensão do plano, cobrança de prejuízos causados e, ainda, exclusão do beneficiário do plano ora contratado.

7.2. Todos os beneficiários inscritos pela CONTRATANTE deverão se submeter à realização de entrevista qualificada, podendo inclusive a CONSAÚDE, sob sua responsabilidade financeira, solicitar que o beneficiário titular e/ou seus dependentes se submetam à realização de exame pré-admissional. No caso do beneficiário optar por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da CONSAÚDE, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus financeiro da entrevista qualificada e do exame pré-admissional realizado. Havendo constatação de doença e/ou lesão preexistente, o beneficiário poderá escolher uma das seguintes alternativas para cobertura da mesma:

7.2.1. Cobertura Parcial Temporária (CPT): é a suspensão pelo período de 24 (vinte e quatro) meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, da cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.

7.2.2. Agravo: poderá ainda o beneficiário optar, através de declaração expressa, pela contratação de agravo, ou seja, acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano, cujo preço e fórmula de apuração deste valor serão informados pela CONSAÚDE ao beneficiário, em cumprimento as normativas da ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar.

7.3. No plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão não serão aplicadas aos beneficiários inscritos pela CONTRATANTE as cláusulas de Cobertura Parcial Temporária (CPT) e de Agravo, previstas neste contrato, desde que o beneficiário ingresse no plano até 30 (trinta) dias da data de celebração do contrato.

7.4. Ao beneficiário que vincular-se a pessoa jurídica contratante após o transcurso do prazo estabelecido na cláusula 7.3., retro, e desde que formalize sua proposta de adesão até 30 (trinta) dias após a data de aniversário do contrato, não serão aplicadas as cláusulas de Cobertura Parcial Temporária (CPT) e de Agravo.

7.5. Após o transcurso dos prazos previstos nas cláusulas 7.3. e 7.4., retro, todos os beneficiários inscritos pela CONTRATANTE deverão optar no momento da

contratação de seu plano de saúde, pelo regime de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou pela contratação do Agravado, na forma e condições estabelecidas neste contrato.

7.6. O Agravado será aplicado apenas nos procedimentos relacionados à patologia que requeira evento cirúrgico e/ou uso de leitos de alta tecnologia, e/ou procedimentos de alta complexidade, exclusivamente relacionados à doença ou lesão preexistente, conforme normativas editadas pela ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar.

7.7. No caso de constatação de doença ou lesão preexistente, os atendimentos e coberturas referentes à mesma ficarão suspensos, especificamente para a cobertura de procedimentos de internação cirúrgica, UTI e procedimentos de alta complexidade, até o cumprimento integral do prazo de cobertura parcial temporária de 24 meses.

7.8. Caso o consumidor não concorde com a alegação, a operadora deverá encaminhar a documentação pertinente a ANS - Agência Nacional de Saúde, que efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após a entrega efetiva de toda documentação.

7.9. Será considerada como fraudulenta a omissão pelo beneficiário ou seus dependentes de doença e/ou lesão preexistente conhecida anteriormente à adesão ao plano, e neste caso, sendo descoberta pela CONSAÚDE dentro do prazo de 24 (vinte e quatro) meses da adesão, o beneficiário deverá ser notificado para cumprimento da Cobertura Parcial Temporária pelo prazo remanescente, do contrário, ou seja, caso não seja aceito pelo beneficiário, será instaurado processo administrativo junto à ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, para exclusão do beneficiário, o que após o competente processo, resultará na exclusão definitiva do beneficiário do plano. Durante o trâmite do processo junto à ANS não será suspenso o contrato até o resultado do julgamento.

7.10. Caberá à CONSAÚDE o ônus da prova, podendo utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação da lesão ou doença preexistente.

7.11. Após o julgamento e acolhida à alegação da CONSAÚDE pela ANS - Agência Nacional de Saúde, o consumidor passa a ser responsável pelo pagamento de todas as 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 CONSAÚDE ao beneficiário.

## **Cláusula Oitava - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

8.1. Nos casos de urgência e emergência, os beneficiários serão atendidos pela CONSAÚDE no Hospital Bom Jesus (serviços próprios), 24 horas por dia ou nos estabelecimentos credenciados indicados no Manual de Orientação do Beneficiário.

8.2. Nos termos da legislação e para fins deste contrato entende-se como atendimento de urgência e emergência todos aqueles casos que compreendem os cuidados para preservação da vida, órgãos e funções.



- 8.3. Entende-se para fins do presente contrato, e nos termos da lei, por emergência, todos aqueles casos que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado por declaração do médico assistente; e por urgência, todos aqueles casos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.
- 8.4. O atendimento de emergência quando efetuado no decorrer dos períodos de carência será limitado às primeiras 12 (doze) horas de atendimento em regime ambulatorial.
- 8.5. O atendimento de urgência decorrente de acidente pessoal, será garantido, sem restrições, inclusive aqueles que redundarem em internação hospitalar, decorrido o prazo de 24 (vinte e quatro) horas, contado da data de início de vigência do contrato.
- 8.6. Os atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional serão limitados as primeiras 12 (doze) horas de atendimento em regime ambulatorial, durante o cumprimento dos períodos de carência.
- 8.7. Os casos de urgência e emergência que envolvam acordo de cobertura parcial temporária (CPT) de doença ou lesão preexistente, terão cobertura somente em regime ambulatorial, durante as primeiras 12 (doze) horas de atendimento.
- 8.8. Transcorridas as 12 (doze) primeiras horas de atendimento de que trata a cláusula 8.7., retro, e o atendimento evolua para internação hospitalar, caberá a CONSAÚDE o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS - Sistema Único de Saúde que disponha dos recursos necessários para garantir a continuidade do atendimento.
- 8.9. Quando o beneficiário ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento de que trata a cláusula 8.8., retro, em regime particular, a CONSAÚDE estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro por esta opção.
- 8.10. A CONSAÚDE deverá garantir ainda a cobertura de remoção, após realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade de atenção ao paciente, respeitando-se o limite de abrangência geográfica deste contrato.
- 8.11. Nos casos de urgência e emergência quando não possa haver remoção do paciente por risco de vida, a CONTRATANTE e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira pela continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a CONSAÚDE, desse ônus.
- 8.12. Nos casos de remoção do paciente beneficiário para uma unidade do SUS a CONSAÚDE 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 SUS.

8.13. Entende-se como acidente pessoal todo evento ocorrido em data específica provocado por agentes externos ao corpo humano, súbitos e involuntários, causadores de lesões físicas não decorrentes de problemas de saúde, como, por exemplo, acidentes de carro, quedas e inalação de gases.

8.14. Aos atendimentos de emergência em psiquiatria serão aplicadas as mesmas regras dos demais casos de emergência previstos anteriormente.

8.15. Nos casos de urgência e emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios ou credenciados pela CONSAÚDE, o beneficiário será reembolsado, nos limites das obrigações contratuais, de todas as despesas efetuadas, de acordo com a tabela de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pela CONSAÚDE.

8.16. O reembolso de que trata a cláusula 8.15., retro, será efetuado de acordo com os valores da tabela vigente praticada pela CONSAÚDE no prazo máximo de 30 (trinta) dias contado da data de apresentação dos seguintes documentos originais:

8.16.1. Documento comprobatório do pagamento das despesas ao profissional e/ou instituição não credenciada pela CONSAÚDE (Recibos e/ou Notas Fiscais).

8.16.2. Conta analítica médico-hospitalar, em caso de internação, contendo período de permanência hospitalar, data da alta, e discriminando materiais e medicamentos consumidos, com preços por unidade.

8.16.3. Relatório do médico assistente, indicando a patologia e o procedimento adotado.

8.16.4. Declaração do médico assistente especificando a razão da urgência e/ou emergência.

8.17. Perderá o beneficiário o direito ao reembolso decorridos 12 (doze) meses da data da realização do procedimento.

### **Cláusula Nona - MECANISMOS DE REGULAÇÃO**

9.1. A CONSAÚDE fornecerá aos beneficiários Cartões de Identificação, constando o plano em que estão inscritos, bem como, os períodos de carência a serem cumpridos e demais informações necessárias, cuja apresentação será obrigatória, juntamente com documento de identidade, sempre que os serviços forem utilizados.

9.2. Ocorrendo perda ou extravio do Cartão de Identificação, a CONTRATANTE deverá comunicar por escrito e de imediato o fato à CONSAÚDE. Não havendo comunicação, a CONTRATANTE se responsabilizará pelo uso incorreto do cartão, ficando a CONSAÚDE autorizada a cobrar, juntamente com a próxima mensalidade, o valor correspondente aos serviços utilizados indevidamente.

9.3. Para emissão de segunda via do Cartão de Identificação extraviado, será cobrada uma taxa de 10% correspondente ao preço *per capita* vigente do plano ao



qual o beneficiário está inscrito.

9.4. Os serviços, ora contratados, serão prestados por médicos, clínicas e hospitais próprios ou credenciados pela CONSAÚDE, devidamente indicados no Manual de Orientação do Beneficiário.

9.5. O beneficiário terá acesso a rede de prestadores credenciados através do Manual de Orientação do Beneficiário, entregue no ato da contratação do plano, e disponível a qualquer tempo na sede administrativa da CONSAÚDE, e, ainda, através do site: "www.consaude.com".

9.6. As condições de atendimento podem variar de acordo com o local de atendimento, estando estas diferenças detalhadas no Manual de Orientação do Beneficiário.

9.7. Os atendimentos aos serviços a que se refere este contrato serão realizados por médicos, hospitais e clínicas da rede credenciada da CONSAÚDE mediante liberação de guia de autorização para realização do procedimento.

9.8. Nos casos de atendimento de urgência e emergência, não há necessidade do beneficiário liberar a guia. Nestes casos, o prestador providenciará a liberação.

9.9. Procedimentos relacionados a internamentos eletivos, terapias e exames simples, de média e alta complexidades deverão, obrigatoriamente, ser liberados pessoalmente na sede administrativa da CONSAÚDE para que esta possa emitir a correspondente guia de liberação.

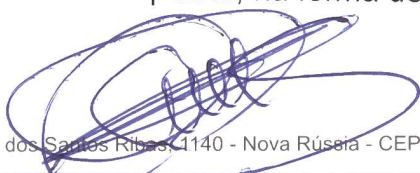
9.10. Marcação de consultas médicas eletivas poderão ser agendadas diretamente junto aos médicos credenciados e relacionados no Manual de Orientação do Beneficiário. Não há necessidade de liberação de guia.

9.11. Os mecanismos de regulação, previstos nesta cláusula, se estendem a todos os beneficiários do contrato, independente da faixa etária e/ou grau de parentesco.

9.12. Não há limite de liberação de procedimento em virtude de sua complexidade, preço e quantidade.

9.13. À CONSAÚDE se reserva o direito de, a seu critério, ampliar, reduzir ou alterar sua rede de serviços próprios ou credenciada, e, ainda, proceder à substituição de entidade hospitalar, conforme preceitua o § 1º, do artigo 17, da Lei 9.656/98, mediante comunicação prévia aos beneficiários, com 30 (trinta) dias de antecedência, salvo nos casos de rescisão por fraude ou infração às normas sanitárias e fiscais.

9.14. Se a substituição de entidade hospitalar a que se refere a cláusula 9.13., retro, ocorrer durante o período de internação do beneficiário, o estabelecimento descredenciado obriga-se a manter a internação do paciente, sendo certo que a CONSAÚDE se responsabilizará pelo pagamento das despesas do beneficiário até sua alta hospitalar, na forma deste contrato.



9.15. A redução da rede hospitalar da CONSAÚDE somente poderá ocorrer mediante autorização da ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar.

9.16. Por conta da coparticipação convencionada neste instrumento, sempre que um beneficiário do plano de saúde, ora contratado, fizer uso de quaisquer dos serviços de assistência à saúde relacionados ao regime ambulatorial, a CONTRATANTE pagará à CONSAÚDE uma contraprestação pecuniária, denominada TAXA DE COPARTICIPAÇÃO, correspondente a 50% (cinquenta por cento) do valor do respectivo serviço ou procedimento, observando-se para o cálculo da referida taxa a tabela CONSAÚDE vigente à época do evento.

9.17. Não haverá cobrança de taxa de coparticipação nos serviços e procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar.

9.18. A tabela adotada para o cálculo das taxas de coparticipação, indicada na cláusula 9.16, retro, poderá ser reajustada parcial ou integralmente, a qualquer tempo, durante a vigência do contrato.

9.19. O valor total das taxas de coparticipação correspondentes aos procedimentos realizados no período anterior ao da cobrança será, assim, acrescido do valor total da taxa mensal de manutenção, para cobrança conjunta, na forma e condições estabelecidas na Cláusula Décima, deste instrumento.

#### **Cláusula Décima - FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE**

10.1. Os preços que resultarão o valor total da mensalidade devida pela CONTRATANTE são preestabelecidos, a saber:

<b>FAIXAS ETÁRIAS</b>	<b>PREÇOS</b>
<b>00 até 18 anos</b>	R\$ 74,00
<b>19 até 23 anos</b>	R\$ 88,00
<b>24 até 28 anos</b>	R\$ 108,00
<b>29 até 33 anos</b>	R\$ 123,00
<b>34 até 38 anos</b>	R\$ 145,00
<b>39 até 43 anos</b>	R\$ 161,00
<b>44 até 48 anos</b>	R\$ 184,00
<b>49 até 53 anos</b>	R\$ 225,00
<b>54 até 58 anos</b>	R\$ 283,00
<b>59 anos e acima</b>	R\$ 398,00

10.2. O valor total da mensalidade devida pela CONTRATANTE pela cobertura assistencial deste contrato, será obtido através da multiplicação do número de beneficiários inscritos no plano pelo preço *per capita* correspondente a faixa etária de cada beneficiário, conforme tabela estipulada na cláusula 10.1., retro, e será cobrado através do sistema de pré-pagamento até o 15º (décimo quinto) dia de cada



mês de competência.

10.3. A responsabilidade pelo pagamento total da contraprestação pecuniária devida pela cobertura assistencial deste contrato é da pessoa jurídica contratante.

10.4. As faturas emitidas pela CONSAÚDE serão baseadas na comunicação de movimentação de pessoal enviada pela CONTRATANTE. A fatura se baseará nos dados disponíveis, realizando-se os acertos nas faturas subsequentes.

10.5. A CONSAÚDE não poderá fazer distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles a este já vinculados.

10.6. No caso de opção pelo Agravado, o valor total da remuneração mensal que a CONTRATANTE pagará à CONSAÚDE resultará da soma do valor da taxa mensal de manutenção correspondente a faixa etária do beneficiário e o valor do Agravado.

10.7. Se a CONTRATANTE não receber o boleto de cobrança que possibilite realizar o pagamento de sua obrigação até 05 (cinco) dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente à CONSAÚDE, para que não se sujeite a consequência de mora.

10.8. As mensalidades não pagas no vencimento serão acrescidas de multa de 2% e juros de mora de 1% ao mês, calculado sobre o valor cobrado no dia do pagamento, podendo outrossim a CONSAÚDE incluir seu nome no banco de dados dos órgãos de restrição ao crédito, relativamente aos meses em aberto.

10.9. No caso de o vencimento da mensalidade recair em dia em que não haja expediente bancário, a CONTRATANTE poderá efetuar o pagamento no primeiro dia útil subsequente.

10.10. Correrá por conta da CONTRATANTE no caso de inadimplência, as despesas com os honorários de advogados que serão devidos caso iniciado o processo judicial, os juros, as despesas relativas à cobrança de débito, e multa de lei sobre o valor em atraso.

10.11. No caso da CONTRATANTE solicitar mudança da data de vencimento da mensalidade, a mesma deverá pagar a diferença equivalente entre a data anterior e a nova data programada.

10.12. O pagamento antecipado de mensalidade não implicará redução ou eliminação dos períodos de carência.

### **Cláusula Décima Primeira - REAJUSTE**

11.1. A mensalidade devida pela CONTRATANTE pela cobertura assistencial deste contrato será reajustada anualmente, na data de aniversário do contrato, de acordo com o IGP-M (Índice Geral de Preços do Mercado) da Fundação Getúlio Vargas, acumulado dos últimos 12 (doze) meses.

11.2. Caso o índice convencionado na cláusula 11.1, retro, deixe de existir, será adotado outro, mediante assinatura de termo aditivo contratual.

11.3. Caso seja verificado desequilíbrio econômico atuarial do contrato, o mesmo será reavaliado.

11.4. Para os contratos com até 30 (trinta) beneficiários, apurados na data de aniversário do contrato, o cálculo do reajuste terá por base o agrupamento de todos os contratos com número igual ou inferior a 30 (trinta) beneficiários, pertencentes a carteira de clientes da CONSAÚDE.

11.5. O percentual de reajuste calculado para o agrupamento de contratos será aplicado no mês de aniversário do contrato e vigorará a partir do mês de maio de cada ano ao mês de abril do ano subsequente.

11.6. O percentual calculado para o agrupamento de contratos será divulgado anualmente no site da operadora, a saber: "www.consaude.com".

11.7. O desequilíbrio econômico atuarial é constatado quando o nível de sinistralidade do contrato ou da carteira (agrupamento de contratos), ultrapassar o percentual de 70% (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 de aniversário do contrato. Neste caso, para o cálculo do percentual de reajuste será aplicada a seguinte fórmula:

$$R = (S / Sm) - 1$$

Onde: (S) representa a sinistralidade apurada no período (mínimo de 12 meses); e

(Sm) a meta de sinistralidade indicada no contrato.

11.8. Havendo necessidade de reajuste de acordo com as condições estabelecidas na cláusula 11.7, o mesmo deverá ser procedido de forma complementar à aplicação do índice previsto na cláusula 11.1, retro.

11.9. Independentemente da data de inclusão do beneficiário, os valores das taxas mensais de manutenção serão reajustados na data de aniversário do contrato.

11.10. Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro do mesmo contrato.

11.11. Nenhum contrato poderá receber reajuste em periodicidade inferior a 12 (doze) meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária, migração e adaptação do contrato à Lei 9.656/98.

11.12. Os reajustes efetuados serão comunicados à ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, conforme determinação de legislação em vigor.

## **Cláusula Décima Segunda - FAIXAS ETÁRIAS**



12.1. Para formação dos percentuais de variação das faixas etárias deste contrato foi adotada a seguinte tabela:

FAIXAS ETÁRIAS	VARIAÇÃO ENTRE AS FAIXAS
00 até 18 anos	0,00%
19 até 23 anos	19,30%
24 até 28 anos	22,56%
29 até 33 anos	13,78%
34 até 38 anos	16,99%
39 até 43 anos	11,13%
44 até 48 anos	14,21%
49 até 53 anos	22,28%
54 até 58 anos	25,89%
59 anos e acima	40,74%

% = Percentual de reajuste por alteração de faixa etária.

12.2. Os percentuais de variação em cada mudança de faixa etária atendem a RN 63/03 da ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar e suas atualizações, observadas as seguintes condições:

12.2.1. O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária;

12.2.2. A variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

12.3. Os beneficiários que mudarem de faixa etária terão suas mensalidades automaticamente reajustadas no mês de seu aniversário.

12.4. Os beneficiários com 60 (sessenta) anos de idade e que há mais de 10 (dez) anos participam do plano, ininterruptamente, mesmo que através de plano sucessivo da CONSAÚDE, não sofrerão reajustes por alteração de faixa etária.

12.6. Além do reajuste anual, a mensalidade poderá sofrer reajuste por mudança de faixa etária, de acordo com a tabela descrita na cláusula 12.1., retro.

### **Cláusula Décima Terceira - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO**

13.1. O beneficiário poderá ser excluído pela CONSAÚDE, sem prejuízo de outras penalidades previstas em lei, nas seguintes hipóteses:

13.1.1. Utilização indevida do Cartão de Identificação pelo beneficiário titular ou seus

dependentes.

13.1.2. Se ocorrer qualquer ato ilícito ou dolo, devidamente comprovado pela CONSAÚDE, praticado pelo beneficiário titular ou seus dependentes.

13.2. Ressalvadas as situações anteriormente descritas, somente a CONTRATANTE poderá solicitar a exclusão do beneficiário do plano.

#### **Cláusula Décima Quarta - SUSPENSÃO / RESCISÃO**

14.1. O presente contrato poderá ser suspenso por prazo indeterminado, até sua regularização, sem prejuízo de outras penalidades previstas em lei e neste instrumento, quando houver atraso no pagamento da mensalidade por período superior a 05 (cinco) dias úteis, mediante notificação por escrito por parte da CONSAÚDE.

14.2. O presente contrato poderá ser rescindido, sem prejuízo da aplicação das penalidades previstas em lei e neste instrumento, nas seguintes hipóteses:

14.2.1. Por opção da CONTRATANTE, a qualquer tempo, mediante comunicação por escrito com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

14.2.2. Por opção da CONSAÚDE, a qualquer tempo, mediante comunicação por escrito com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

14.2.3. Por qualquer uma das partes, por descumprimento contratual da parte adversa, mediante comunicação por escrito com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

14.2.4. Durante o decurso dos prazos estipulados nos subitens 14.2.1., 14.2.2. e 14.2.3., retro, não serão admitidas novas inclusões e/ou exclusões de beneficiários.

14.3. Em qualquer situação de rescisão, os beneficiários terão um prazo de 30 (trinta) dias contado do término do contrato, para realizar a contratação de plano individual e/ou familiar, aproveitando-se os períodos de carência já cumpridos no contrato originário.

14.4. A rescisão do contrato não exonera a CONTRATANTE do pagamento de quaisquer pendências em atraso.

#### **Cláusula Décima Quinta - DISPOSIÇÕES GERAIS**

15.1. Na data da contratação do plano, a CONTRATANTE deverá abranger a totalidade ou a maioria absoluta da sua massa populacional.

15.2. A CONTRATANTE, em caso de exclusão de beneficiário ou extinção deste contrato, deverá destruir todos os Cartões de Identificação e quaisquer outros documentos fornecidos pela CONSAÚDE, respondendo pelos prejuízos resultantes do uso indevido desses documentos, não cabendo à CONSAÚDE qualquer



responsabilidade em relação ao uso indevido dos mesmos.

15.3. As exclusões de beneficiários deverão ser promovidas pela CONTRATANTE através do sistema operacional da CONSAÚDE, mantido na rede mundial de computadores.

15.4. Considera-se uso indevido dos Cartões de Identificação a utilização desses documentos para obter atendimento, mesmo que na forma contratada, pelos beneficiários excluídos ou por terceiros que não sejam beneficiários.

15.5. As informações prestadas no Questionário de Entrevista Qualificada são confidenciais e exclusivas do beneficiário.

15.6. Além dos documentos já mencionados anteriormente também fazem parte integrante do presente contrato:

15.6.1. Proposta de Adesão;

15.6.2. Declaração de Saúde;

15.6.3. Resultado de exame pré-admissional, caso tenha sido realizado.

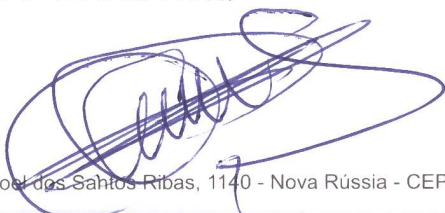
15.7. Os beneficiários que desejarem fazer sugestões ou reclamações poderão realizá-las através do SO (Serviço de Ouvidoria) pelo telefone (42) 3220-2772, em horário comercial, ou através de e-mail ao endereço eletrônico "ouvidoria@consaude.com".

15.8. No caso de mudança de endereço a CONTRATANTE se obriga a comunicar a CONSAÚDE o novo endereço de sua sede, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias. Caso não o faça, assumirá inteira responsabilidade por eventuais danos ou transtornos que ocorram por comunicados e cobranças que deixar de receber.

15.9. No caso de opção do beneficiário por acomodação hospitalar superior à prevista neste contrato, a CONSAÚDE ficará desobrigada da sua obrigação contratual e do ônus financeiro ocasionado por esta opção, sendo certo que o beneficiário se responsabilizará diretamente com o médico assistente e o hospital.

15.10. Caso o beneficiário titular opte por contratar, durante a vigência do contrato, outro plano de cobertura superior, incluindo-se melhor padrão de acomodação hospitalar, desde que contratado pela CONTRATANTE junto à CONSAÚDE, todos os seus dependentes deverão fazê-lo simultaneamente, sendo vedada a contratação individualizada. Neste caso haverá recontagem dos períodos de carência apenas em relação aos serviços e procedimentos não contemplados no plano anterior.

15.11. A CONSAÚDE não se responsabiliza por qualquer acordo ajustado particularmente pelos beneficiários com hospitais, clínicas e médicos credenciados ou não. Tais despesas são de responsabilidade exclusiva do beneficiário e da CONTRATANTE.



15.12. O beneficiário que utilizar-se de serviços de profissionais não pertencentes à rede credenciada da CONSAÚDE ou de serviços não cobertos pelo plano, assume integralmente a responsabilidade pelos custos destes serviços, que em sendo cobrado da CONSAÚDE, esta deverá ser ressarcida pela CONTRATANTE por uso indevido do plano.

15.13. As mensagens eletrônicas enviadas à CONSAÚDE, pela CONTRATANTE, somente poderão ser reputadas como recebidas pela CONSAÚDE desde que a mesma confirme o recebimento através de resposta expressa encaminhada à CONTRATANTE também via e-mail.

15.14. No caso de inscrição de beneficiário oriundo de outro plano privado de assistência à saúde contratado junto à CONSAÚDE, serão considerados os períodos de carência já cumpridos no contrato originário, parcial ou integralmente, no que couber, exceto, no que diz respeito ao acréscimo de cobertura assistencial ou de elevação do padrão de acomodação de leito hospitalar ao qual estava inscrito. Nestes casos haverá recontagem dos períodos de carência apenas aos serviços e procedimentos não contemplados no plano anterior, na forma e condições estabelecidas neste contrato.

15.15. Fica desde já designado o glossário de algumas terminologias utilizadas neste contrato para melhor entendimento, a saber:

**AGRAVO POR DOENÇA:** aumento na mensalidade normalmente comercializada pela CONSAÚDE, visando a cobertura para as doenças e/ou lesões preexistentes declaradas na proposta.

**ATENDIMENTO AMBULATORIAL:** é o atendimento que se limita aos serviços possíveis de serem realizados em consultório ou ambulatório, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que, embora prescindam de internação, demandem o apoio de estruturas hospitalares por período superior a 12 (doze) horas ou serviços de recuperação pós-anestésica, UTI ou similares.

**CARÊNCIA:** é o período entre a data de vigência do contrato e a concessão dos benefícios, em que o beneficiário não pode utilizar os serviços.

**COBERTURAS:** são os riscos cobertos de acordo com o plano contratado e mencionado no Cartão de Identificação do beneficiário.

**COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA:** é a suspensão da cobertura, pelo período de 24 meses, de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, relacionada à doença ou lesão preexistente.

**CONSAÚDE:** é a operadora de planos de saúde qualificada no início deste contrato, que oferece aos seus beneficiários a prestação de serviços de assistência à saúde de acordo com o plano adquirido, nos termos deste contrato, através de meios de execução próprios e/ou credenciados.

**CONTRATANTE:** é a pessoa jurídica que contrata a prestação de serviços de assistência à saúde, sendo a única legitimada para exigir e/ou responder pelos direitos e obrigações decorrentes do contrato.

**CONTRATO:** conjunto de cláusulas contratuais que estabelece obrigações e direitos tanto da contratada como do contratante.

**DIÁLISE PERITONIAL:** processo terapêutico que consiste em introduzir e retirar da



cavidade abdominal, de modo contínuo e intermitente, uma determinada solução, depurando o sangue de diversas substâncias nocivas.

**DOENÇA OU LESÃO PREEXISTENTE:** é aquela, inclusive as congênitas, que o beneficiário sabia ser portador ou sofredor, na época da assinatura do contrato.

**EMERGÊNCIA:** situação que exige atuação médica imediata sem tempo de preparo do paciente e que implica risco de vida ou de lesões irreparáveis para o beneficiário.

**HEMODIÁLISE:** processo terapêutico em que o sangue, mediante o uso de equipamento especial, é depurado de diversas substâncias nocivas.

**HEMODINÂMICA:** estudo dinâmico da circulação sanguínea.

**HEMOTERAPIA:** tratamento com derivados do sangue.

**LEITO DE ALTA TECNOLOGIA:** unidade de terapia intensiva, unidades de terapia semi-intensiva, recuperação pós-anestésica, unidades intermediárias, unidades coronarianas, unidades de tratamento de pacientes queimados e unidades de isolamento.

**NUTRIÇÃO PARENTERAL:** alimentação utilizada via endovenosa (que se aplica no interior da veia).

**ÓRTESE:** tipo de prótese externa.

**PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE:** são os procedimentos relacionados no Anexo I, da Resolução RDC 68/01, editado pela ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, e suas atualizações, disponíveis para consultas dos beneficiários na sede da CONSAÚDE, como por exemplo: tomografias computadorizadas, ressonâncias magnéticas, angiografias (digital ou não), ecocardiogramas, quimioterapia, litotripsia, radioterapias, braquiterapias, eletroencefalografias, Holter de pressão arterial e frequência, hemodíálises, diálises peritoniais e hemodiafiltrações, estudos cardíacos hemodinâmicos (cateterismo), estudos de medicina nuclear (cintilográficos ou não), entre outros.

**PRÓTESE:** substituto artificial de um membro ou órgão, bem como qualquer aparelho que auxilie ou aumente uma função natural.

**QUIMIOTERAPIA:** tratamento com substâncias químicas que visa a destruição dos tumores.

**RADIOTERAPIA:** tratamento com radiação que visa a destruição de tumores.

**SERVIÇOS DE DIAGNÓSTICO:** serviço que visa a realização de exames para confirmação de uma doença.

**TABELA CONSAÚDE:** utilizada para remuneração dos profissionais e serviços credenciados pela CONSAÚDE; para cálculo atuarial de Nota Técnica; para reembolso dos beneficiários; e, ainda, para cálculo das taxas de coparticipação.

**TRANSPLANTES:** remoção de tecidos ou órgãos de uma parte do corpo e colocação em outra parte do mesmo organismo ou em organismo distinto.

**TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS:** patologias apresentadas, orgânicas ou não, que comprometem a saúde mental, afetando a relação com o meio social, familiar, profissional etc.

**URGÊNCIA:** situação resultante de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

**BENEFICIÁRIO:** é a pessoa física, inscrita pela CONTRATANTE e admitida na CONSAÚDE, que usufruirá dos serviços contratados, seja na qualidade de titular ou de dependente.

**DATA DE VIGÊNCIA DO CONTRATO:** data inicial estabelecida pelas partes para que o contrato comece a produzir todos os seus efeitos de direito.

**MPS e GLC:** respectivamente, Manual de Orientação para Contratação de Planos de

Saúde e Guia de Leitura Contratual. São instrumentos que fazem parte integrante do contrato, para melhor entendimento dos serviços contratados.

**PLANO REFERÊNCIA:** plano que oferece cobertura assistencial médico-hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, correspondendo à segmentação ambulatorial acrescida da segmentação hospitalar com cobertura obstétrica, realizados exclusivamente no Brasil, em leito hospitalar padrão "Enfermaria", Unidade de Terapia Intensiva (UTI) ou similar, quando necessária a internação hospitalar. É obrigatório as operadoras oferecerem o Plano Referência aos seus atuais e futuros consumidores.

15.16. A CONSAÚDE disponibiliza a CONTRATANTE para entrega aos novos beneficiários do plano, o Guia de Leitura Contratual - GLC e o Manual para a Contratação de Planos de Saúde - MPS, instituídos pela Resolução Normativa RN nº 195/09, mediante protocolo de recebimento.

15.17. Modificações das cláusulas deste contrato serão admitidas nos casos admitidos pela Lei e Normativas editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

15.18. Os casos omissos no presente instrumento contratual serão resolvidos de comum acordo entre as contratantes.

15.19. Nos termos do disposto no artigo 6º da Resolução RDC n.º 64, de 10 de abril de 2001, da Agência Nacional de Saúde Suplementar, e suas posteriores atualizações, as partes contratantes se comprometem a agir de acordo com os princípios éticos, estabelecidos na Resolução CFM nº 1.246/88, de 08 de janeiro de 1988, principalmente no que se refere ao sigilo médico.

15.20. A CONSAÚDE não se responsabiliza por quaisquer informações ou promessas que não estejam assinadas por pessoa autorizada, nem mesmo por informações, promessas, promoções ou outros compromissos ocorridos entre a CONTRATANTE e os beneficiários e que não sejam aqueles previstos neste contrato, exceto se previamente aprovados por escrito pela CONSAÚDE.

#### **Cláusula Décima Sexta - ELEIÇÃO DE FORO**

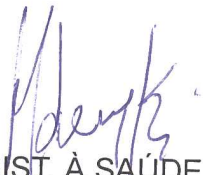
As partes elegem o foro da cidade da CONTRATANTE como competente para dirimir quaisquer questões oriundas do presente instrumento, mesmo que haja outro mais privilegiado.

E, por estarem assim justos e contratados, a CONSAÚDE e a CONTRATANTE assinam o presente instrumento em 2 (duas) vias de igual teor.

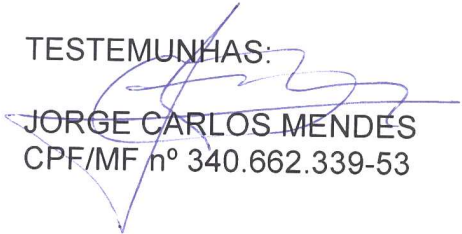
Ponta Grossa, 15 de maio de 2017.


ASSOCIAÇÃO DOS SERVIDORES PÚBLICOS MUNICIPAIS DE PONTA GROSSA  
SEBASTIÃO MENDES



  
OP. DE PL. PRIV. DE ASSIST. À SAÚDE CONSAÚDE S/S LTDA.  
ANIZIA HORODENSKI

TESTEMUNHAS:

  
JORGE CARLOS MENDES  
CPF/MF nº 340.662.339-53

  
MÔNICA EIDAM GIOVANETTI  
CPF/MF nº 804.832.599-34

## DECLARAÇÃO

ASSOCIAÇÃO DOS SERVIDORES PÚBLICOS MUNICIPAIS DE PONTA GROSSA, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob nº 80.254.972/0001-41, com sede na Rua Marquês do Paraná, nº 407, Bairro Ronda, Ponta Grossa, Paraná, CEP 84.051-060, representada pelo Sr. Sebastião Mendes, brasileiro, maior, casado, portador da CI/RG nº 161.530 SSP/PR, inscrito no CPF/MF sob nº 003.227.339-87, DECLARA, para os devidos fins de Direito que, a OPERADORA DE PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE CONSAÚDE S/S LTDA., ofereceu seu Plano Referência de contratação coletivo empresarial, o qual encontra-se devidamente registrado na ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, sob nº 415.769/99-9, em cumprimento ao disposto no § 2º do artigo 12 da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998.

Não obstante, por livre escolha e vontade da CONTRATANTE, elegeu-se a contratação do plano coletivo por adesão, na forma e condições estabelecidas no Contrato de Prestação de Serviços de Assistência Médica nº 452/17, Cobertura Assistencial Ambulatorial Hospitalar Obstetrícia, Padrão de Acomodação em Internação Coletiva, firmado em 15 de maio de 2017.

Por ser expressão de inteira verdade, subscrevo a presente declaração na presença de DUAS testemunhas, a tudo presentes.

Ponta Grossa, 15 de maio de 2017

SEBASTIÃO MENDES

TESTEMUNHAS:

JORGE CARLOS MENDES  
CPF/MF nº 340.662.339-53

MÔNICA EIDAM GIOVANETTI  
CPF/MF nº 804.832.599-34