
**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS
MÉDICO – HOSPITALARES
COLETIVO POR ADESÃO**

Pelo presente instrumento contratual e na melhor forma de direito, de um lado a **CONTRATANTE, (Nome da empresa)**, pessoa jurídica de direito privado, neste ato representado por seu _____, o Sr _____ brasileiro, casado, RG: _____ CPF: _____, e de outro lado, na qualidade de **CONTRATADA/OPERADORA** a **AMHE MED ASSISTÊNCIA A SAÚDE LTDA**, neste ato, representada na forma de seus atos constitutivos, têm, entre si, justo e livremente contratado o seguinte:

a) QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA

CONTRATADA/OPERADORA a **AMHE MED ASSISTÊNCIA A SAÚDE LTDA**, classificada na Agência Nacional de Saúde Suplementar como Medicina de Grupo, com sede na cidade de Sorocaba, Rua Pedro José Senger, n.º 421, Vila Haro, CEP: 18015-000, inscrita no CNPJ/MF sob n.º 29.174.910/0001-72, registrada no Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo sob n.º 977849 e na Agência Nacional de Saúde Suplementar sob n.º 42173-1.

b) QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE

CONTRATANTE, a Empresa _____, inscrita no C.N.P.J. n.º _____, Inscrição Estadual n.º _____, localizada à Rua _____, n.º _____, Bairro _____, na cidade de _____, CEP: _____.

c) NOME COMERCIAL E NÚMERO DO REGISTRO DO PLANO

Nome Comercial: (preencher de acordo com o tipo de plano)

Número de Registro: (preencher de acordo com o tipo de plano)

d) TIPO DE CONTRATAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE

O tipo de Contratação do Plano ora contratado é **Coletivo por Adesão**.

e) TIPO DE SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE

O tipo de segmentação ora contratado é Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia.

f) ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE

A área de abrangência geográfica é Grupo de Município, composta dos seguintes **municípios**:

g) ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE

A área de atuação do plano é Grupo de Município.

h) PADRÃO DE ACOMODAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Coletivo.

i) FORMAÇÃO DE PREÇO

Este plano será custeado em regime de pré-pagamento.

j) SERVIÇOS E COBERTURA ADICIONAIS

Este contrato não prevê nenhuma cobertura ou serviços adicionais.

TEMA I

ATRIBUTOS DO CONTRATO

1. Este Contrato tem por objeto a cobertura de serviços de assistência médica continuada na forma de Plano Privado de Assistência à Saúde, conforme previsto no inciso I, art. 1º da Lei nº 9656/98 e sua regulamentação, visando a Assistência Médica, Hospitalar e Ambulatoriais de Diagnósticos ao usuário titular e/ou aos seus beneficiários dependentes, inscritos e devidamente identificados na proposta de ingresso/adesão anexa, através de médicos, hospitais e demais estabelecimentos credenciados conforme as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina constantes na relação de

credenciados da **CONTRATADA**, com cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial da Saúde, e do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento, observadas as cláusulas, termos e condições adiante expostas.

1.1. O presente instrumento contratual reveste-se de característica bilateral, gerando direitos e obrigações individuais para as partes, considerando-se, ainda, esta avença, como um Contrato aleatório, na forma do disposto nos artigos 458 a 461 do Código Civil Brasileiro, assumindo o (a) **CONTRATANTE**, o risco de não vir a existir a cobertura da referida assistência, pela inocorrência do evento do qual será gerada a obrigação da **CONTRATADA** em garanti-la. Outrossim, este Contrato sujeita-se às normas estatuídas na Lei Federal nº 9.656/98 e legislação específica que vier a sucedê-la, estando também sujeito as disposições do Código de Defesa do Consumidor.

TEMA II CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

2. Os beneficiários do plano são as pessoas físicas que mantenham vínculo profissional, classista ou setorial com os conselhos profissionais e entidades de classe nos quais seja necessário o registro para o exercício da profissão; os sindicatos, as centrais sindicais e as respectivas federações e confederações; as associações profissionais legalmente constituídas; as cooperativas que congreguem membros de categorias ou classes de profissões regulamentadas e as caixas de assistência e fundações de direito privado que se enquadrem nas disposições desta resolução, bem como outras pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial desde que autorizadas pela ANS e as entidades previstas nas Leis 7395 de 31 de outubro de 1985 e 7398, de 04 de novembro de 1985.

2.1.Dos Dependentes:

Poderão ser incluídos como usuários neste contrato as pessoas descritas abaixo, desde que comprovem mediante documentação pessoal o grau de parentesco.

- a) Cônjuge;
- b) Companheiro(a);
- c) Filho(a) legítimo(a) ou legitimado(a) com até 18 anos de idade;
- d) Filho(a) com deficiência física, independentemente da idade.

2.2. A adesão do grupo familiar dependerá da participação do beneficiário titular no plano privado de assistência à saúde (artigo 9º, § 2º, da RN 195/2009, alterada pela RN 200/2009).

2.3. Fica garantida a inclusão de filho adotivo, menor de 12 (doze) anos de idade, aproveitando os períodos de carência já cumpridos pelo usuário adotante.

2.4. Fica assegurada a inscrição ao recém nascido de parto coberto pela operadora, não caberá qualquer alegação de doença ou lesão preexistente, sendo-lhes garantida a assistência durante os 30 (trinta) primeiros dias de vida dentro da cobertura do plano do titular, assim como estará garantida a sua inscrição na operadora sem a necessidade de cumprimento de qualquer período de carência ou de cobertura parcial temporária ou agravo.

2.5. Será assegurada a inscrição ao recém-nascido, filho natural de parto não coberto pela operadora, aproveitando os períodos de carência já cumpridos pelo usuário.

2.6. No caso de inclusão de novos dependentes durante a vigência do plano, dar-se-á, desde que o (a) **CONTRATANTE**, assine o Termo Aditivo de Inclusão; e a Taxa Mensal deverá ter o acréscimo, no ato da inclusão do dependente, do valor *per capita*, correspondente à faixa etária a que o incluído pertencer, de acordo com a tabela vigente na época, sendo a Taxa de Adesão quitada no ato da inclusão.

2.7. Fica assegurado à **CONTRATADA** o direito de exigir, a qualquer tempo, da **CONTRATANTE**, documentos que comprovem o vínculo dos

beneficiários, que deverão também ser apresentados quando houver pedido de inclusão e exclusão de qualquer usuário.

2.8. As alterações no quadro de beneficiários titulares, decorrentes de vínculo profissional, classista ou setorial, serão comunicadas à **CONTRATADA** pela **CONTRATANTE**, no mesmo dia em que ocorrer o fato.

2.9. A **CONTRATANTE** obriga-se a fornecer à **CONTRATADA**, quando esta julgar necessário, documentos comprobatórios de seu quadro de pessoal.

TEMA III

COBERTURA E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

3. Os usuários terão direitos às coberturas listadas abaixo, previstas no artigo 12 da Lei 9656/98, no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que são as coberturas e procedimentos mínimos a serem garantidos nos planos de saúde, por determinação da legislação vigente e sua regulamentação:

- a) Consultas Médicas
- b) Exames Complementares Básicos
- c) Exames Complementares Complexos
- d) Procedimentos Ambulatoriais
- e) Procedimentos Ambulatoriais Especiais
- f) Atendimentos Ambulatoriais de Urgência / Emergência
- g) Atendimento Psiquiátrico Ambulatorial
- h) Internação
- i) Procedimentos Especiais durante a Internação
- j) Internação Psiquiátrica
- k) Obstetrícia
- l) Cobertura dos atendimentos nos casos de planejamento familiar

- m) Participação de profissional médico anestesiológico
- n) Atendimento dentro da segmentação e da área de abrangência
- o) Consultas e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional
- p) Psicoterapia
- q) Fisioterapia

3.1. Cobertura de Consultas Médicas

Garante as despesas efetuadas com a realização de consultas médicas, com os profissionais credenciados, constantes no Indicador de Serviços da Operadora.

- a) Como consulta médica entende-se o encontro do profissional devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina (CRM) com o paciente, não internado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, para fins de assistência e tratamento médico, consistindo de exame clínico, interpretação de exames complementares para diagnóstico e prescrição terapêutica;
- b) Os retornos decorrentes da primeira consulta para acompanhamento, avaliação de exames complementares e prescrição terapêutica, não serão considerados como nova consulta e conseqüentemente não gerarão honorários;
- c) A segunda consulta prestada ao usuário dentro do período de 30 (trinta) dias, pelo mesmo médico, somente será reconhecida pela operadora mediante justificativa plausível;
- d) Não haverá limite de consultas por usuário.

3.2. Cobertura de Exames Complementares.

Garante as despesas efetuadas com exames complementares realizados fora do regime de internação hospitalar.

- a) Exames Complementares básicos (diagnose e terapia): Radiologia Simples, Exames Laboratoriais (análises clínicas e citopatologia), Eletrocardiograma, Eletroencefalograma, Campimetria, Teste Ortóptico; Fisioterapia.

b) Exames Complementares Complexos: todos os outros exames que conste no Rol de Procedimentos estabelecidos pela Agência nacional de saúde Suplementar e não estejam classificados como básicos.

c) Não haverá limite de exames por usuário.

3.3. Cobertura de Procedimentos Ambulatoriais

A cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, ou cirurgião-dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação (artigo 12, I, "b", da Lei 9656/1998, artigo 14, II, da RN 167/2008 e Súmula da Diretoria Colegiada da ANS 11/2007);

3.4. Cobertura de Procedimentos Ambulatoriais Especiais

Garante as despesas efetuadas com a realização dos seguintes procedimentos ambulatoriais, considerados especiais:

- a) hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;
- b) quimioterapia oncológica ambulatorial;
- c) radioterapia ambulatorial (megavoltagem, cobaltoterapia, eletroterapia);
- d) hemoterapia ambulatorial;
- e) cirurgias oftalmológicas ambulatoriais;
- f) procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais

3.5. Cobertura de Atendimento Psiquiátrico Ambulatorial

Garante o tratamento ambulatorial de todos os transtornos psiquiátricos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10^a Revisão (CID - 10), sendo cobertos os seguintes atendimentos:

- a) tratamento básico, entende-se como tal, aquele prestado por médico, com número ilimitado de consultas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico,

tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente;

b) atendimento às emergências, assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes;

c) psicoterapia de crise, entende-se como tal, o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, com duração máxima de 12 (doze) semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência e podendo ser limitadas a 12 (doze) sessões por ano de contrato, não cumulativas.

3.6. Cobertura de Internação

Garante as despesas médicas e/ou hospitalares efetuadas com internamentos para fins clínicos ou cirúrgicos.

As internações serão realizadas, preferencialmente, no hospital próprio da Contratada, “excepcionalmente”, a internação poderá ser feita em outro hospital credenciado a critério exclusivo do coordenador médico da contratada.

Não haverá limites de dias para internação por usuário.

Serão cobertas as despesas decorrentes de:

a) Diárias de internação na acomodação prevista na proposta de adesão. Caso não haja vaga na acomodação prevista na proposta de adesão, fica garantida ao usuário a utilização de acomodação de nível superior, sem ônus adicional para o mesmo; mas se, por opção do beneficiário, ocorrer a utilização de acomodação de nível superior, este se responsabilizará pelo valor da diferença de custos, diretamente, perante o hospital e a equipe médica.

b) Diárias de Unidade de Terapia Intensiva – UTI e Unidade de Isolamento ou similares;

c) Honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;

d) Exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos,

gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia / radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internamento hospitalar;

e) Cobertura de cirurgia odontológica buco-maxilo-facial que necessite de ambiente 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 odontológica, e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar (artigo 15, III c/c artigo 17, § 4º, ambos da RN 167/2008);

f) A 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 e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar (artigo 15, IV c/c artigo 17, §§ 2º e 4º, ambos da RN 167/2008);

g) Toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados;

h) Cobertura de despesas de acompanhante, no caso de pacientes menores de dezoito anos e com idade igual ou superior a sessenta anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente (artigo 12, II, "f", da Lei 9656/1998 c/c artigo 16 da Lei 10741/2003 - Estatuto do Idoso e artigo 15, I e II, da RN 167/2008);

i) A cobertura para remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro;

j) A cobertura de 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;

k) A cobertura de cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

3.7. Cobertura de Procedimentos Especiais Durante a Internação

Garante as despesas médicas e/ou hospitalares realizadas durante o período de internamento com os seguintes procedimentos, considerados especiais:

a) Hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;

b) Quimioterapia oncológica ambulatorial, como definida no artigo 14, VIII, "b", da RN 167/08;

c) Radioterapia todos os procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente para ambas as segmentações ambulatorial e hospitalar;

d) Hemoterapia;

e) Nutrição parenteral ou enteral;

f) Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

g) Embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

h) Radiologia intervencionista;

i) Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;

j) Procedimentos de Fisioterapia: aqueles listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

k) Transplantes de Rins e Córneas, e dos transplantes autólogos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, bem como despesas com procedimentos vinculados, entendendo-se como tal, todas aquelas necessárias a realização do transplante, incluindo:

- Despesas assistenciais com doadores vivos;

- Medicamentos utilizados durante a internação;

- Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicação de manutenção;
- Despesas com captação, transporte e preservação do órgão na forma de ressarcimento ao SUS.

O candidato a transplante de órgão proveniente de doador cadáver, conforme legislação específica, deverá obrigatoriamente, estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos – CNCDOs e se sujeitará ao critério de fila única de espera e de seleção.

3.8. Cobertura de Internação Psiquiátrica.

Garante tratamento sob regime de internamento hospitalar de todos os transtornos psiquiátricos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10º Revisão (CID-10), sendo cobertos:

- a) O custo integral de 30 (trinta) dias de internação, por ano de contrato, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise;
- b) O custo integral de 15 (quinze) dias de internação, por ano de contrato, em hospital geral, para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização.
- c) A cobertura de todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos, aí incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas.

3.9. Cobertura de Obstetrícia

Garante as despesas médico-hospitalares efetuadas com internamentos motivados por gravidez e suas conseqüências, tais como: parto, cesariana, aborto involuntário, prenhes ectópica, bem como a curetagem uterina motivada por interrupção voluntária da gravidez quando assim determinada pelo médico responsável para evitar risco de vida da parturiente.

3.9.1. A cobertura de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto e pós-parto imediato (artigo 16, I, da RN 167/2008);

3.9.2. A cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, titular ou dependente, durante os primeiros trinta dias após o parto (artigo 12, III, "a", da Lei 9656/1998), sendo vedada qualquer alegação de DLP ou aplicação de CPT ou Agravo (artigo 20, da RN 162/2007). (artigo 16, II, da RN 167/2008).

3.10. Cobertura dos Atendimentos nos Casos de Planejamento Familiar.

A cobertura dos atendimentos nos casos de planejamento familiar, de que trata o inciso III do artigo 35-C da Lei 9656/98, previstos no Anexo I da RN 192/2009.

3.11. A Participação de Profissional Médico Anestesiologista.

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

3.12. Cobertura de Atendimento dentro da Segmentação e da Área de Abrangência Estabelecida

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

3.13. Cobertura de Consultas e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional

A cobertura de consulta e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, conforme indicação do médico assistente (artigo 14, III, da RN 167/2008);

3.14. Cobertura de Psicoterapia

A cobertura de psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, que poderão ser realizados tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme indicação do médico assistente (artigo 14, IV, da RN 167/2008).

3.15. Cobertura dos Procedimentos de Fisioterapia

A cobertura dos procedimentos de fisioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente (artigo 14, V, da RN 167/2008).

3.16. Os procedimentos necessários ao tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas, decorrentes de procedimentos não cobertos, têm cobertura obrigatória quando constarem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, respeitadas as segmentações e os prazos de carência e Cobertura Parcial Temporária – CPT.

3.17. Cobertura dos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho, respeitadas as segmentações contratadas.

TEMA IV EXCLUSÕES DE COBERTURAS

4. ESTÃO EXCLUÍDOS DE TODAS AS COBERTURAS DESTE PLANO DE ASSISTÊNCIA, OS TRATAMENTOS/DESPESAS DECORRENTES DE:

- a) CASOS DE CATACLISMOS, GUERRAS E COMOÇÕES INTERNAS, QUANDO DECLARADOS PELA AUTORIDADE COMPETENTE;**
- b) TRATAMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS NÃO ÉTICOS OU ILEGAIS, ASSIM DEFINIDOS SOB O ASPECTO MÉDICO OU NÃO RECONHECIDOS PELAS AUTORIDADES COMPETENTES;**
- c) TRATAMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS EXPERIMENTAIS;**
- d) TRATAMENTOS CLÍNICOS, CIRÚRGICOS E/OU INVESTIGAÇÃO DIAGNOSTICA COM FINALIDADE ESTÉTICA, BEM COMO ÓRTESES E PRÓTESES PARA O MESMO FIM;**

- e) **TRATAMENTO DE REJUVENESCIMENTO OU DE EMAGRECIMENTO COM FINALIDADE ESTÉTICA;**
- f) **INSEMINAÇÃO ARTIFICIAL;**
- g) **FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS IMPORTADOS NÃO NACIONALIZADOS;**
- h) **FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS PARA TRATAMENTO DOMICILIAR;**
- i) **FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS PRESCRITOS DURANTE A INTERNAÇÃO HOSPITALAR CUJA EFICÁCIA E/OU EFETIVIDADE TENHAM SIDO REPROVADAS PELA COMISSÃO DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE - CITEC;**
- j) **FORNECIMENTO DE PRÓTESES, ÓRTESES E SEUS ACESSÓRIOS NÃO LIGADOS AO ATO CIRÚRGICO;**
- k) **DESPESAS EXTRAORDINÁRIAS, TAIS COMO: DIFERENÇA DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES MOTIVADAS POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR EM ACOMODAÇÃO SUPERIOR À CONTRATADA, POR OPÇÃO DO USUÁRIO, DESPESAS COM FRIGOBAR, TELEFONEMAS, GORJETAS E QUEBRA DE OBJETOS;**
- l) **ENFERMAGEM DE CARÁTER PARTICULAR, SEJA EM REGIME DOMICILIAR OU HOSPITALAR, MESMO QUE AS CONDIÇÕES DO PACIENTE EXIJAM CUIDADOS ESPECIAIS E/OU EXTRAORDINÁRIOS;**
- m) **TRATAMENTOS EM CLÍNICAS DE EMAGRECIMENTO, CLÍNICAS DE REPOUSO, ESTÂNCIAS HIDROMINERAIS, CLINICAS PARA ACOLHIMENTO DE IDOSOS E INTERNAÇÕES QUE NÃO NECESSITEM DE CUIDADOS MÉDICOS EM AMBIENTE HOSPITALAR;**
- n) **TRANSPLANTES, À EXCEÇÃO DE CÓRNEA E RIM, E DOS TRANSPLANTES AUTÓLOGOS LISTADOS NO ROL DE**

PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE VIGENTE À ÉPOCA DO EVENTO;

- o) TODO E QUALQUER PROCEDIMENTO OU TRATAMENTO NÃO PREVISTO NAS COBERTURAS ESPECÍFICAS DO PLANO CONTRATADO E SUA RESPECTIVA SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL, BEM COMO DO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE VIGENTE À ÉPOCA DO EVENTO.**
- p) CONSULTAS DOMICILIARES.**
- q) TRATAMENTOS ILÍCITOS OU ANTIÉTICOS, ASSIM DEFINIDOS SOB O ASPECTO MÉDICO, OU NÃO RECONHECIDOS PELAS AUTORIDADES COMPETENTES;**

**TEMA V
DURAÇÃO DO CONTRATO**

5. O período inicial de vigência do plano é de 12 (doze) meses, e a partir daí, a sua renovação dar-se-á automaticamente por prazo indeterminado, sendo vedada a cobrança de taxa ou qualquer outro valor, caso não haja expressa desistência do usuário titular, através de solicitação escrita encaminhada à CONTRATADA até 30 (trinta) dias antes do final de vigência.

**TEMA VI
PERÍODOS DE CARÊNCIAS**

6. As coberturas previstas pelo plano contratado somente passam a vigorar após cumpridos os prazos de carência a seguir descritos, contados a partir do ingresso do usuário titular e/ou de seu(s) dependente(s):

COBERTURAS	CARÊNCIA
Consultas Médicas	30 DIAS
Exames Complementares Básicos	90 DIAS

Exames Complementares Complexos	180 DIAS
Procedimentos Ambulatoriais	90 DIAS
Procedimentos Ambulatoriais Especiais	180 DIAS
Atendimentos Ambulatoriais de Urgência / Emergência	24 HORAS
Atendimento Psiquiátrico Ambulatorial	30 DIAS
Internação	180 DIAS
Procedimentos Especiais Durante a Internação	180 DIAS
Urgência / Emergência que Evoluir para Internação	24 HORAS
Internação Psiquiátrica	180 DIAS
Parto a Termo	300 DIAS

6.1. Não poderá ser exigido o cumprimento de carências se:

6.1.1. A inscrição do beneficiário no plano ocorrer em até trinta dias da celebração do contrato (artigo 11 da RN 195/2009, alterada pela RN 200/2009).

6.1.2. O beneficiário se vincular à contratante após o transcurso do prazo acima e formalizar sua proposta de adesão até trinta dias após a data de aniversário do contrato coletivo (artigo 11, § 1º, da RN 195/2009, alterada pela RN 200/2009).

6.2. Aproveitamento de Carências:

Fica garantida a inclusão de filho natural ou adotivo, menor de doze anos de idade, aproveitando os períodos de carência já cumpridos pelo usuário, desde que solicitado num prazo máximo de 30 dias após o nascimento ou adoção.

TEMA VII DOENÇAS E LESÕES PRE EXISTENTES

7. O proponente titular do Contrato preencherá uma declaração de saúde por si e por seus dependentes, sendo a este permitido optar por orientação médica para

responder as questões, escolhendo um profissional cujo nome conste da Relação de Credenciados da Operadora, sem qualquer ônus. Caso o proponente titular opte por médico não constante da referida relação este arcará com o ônus decorrente dessa opção.

7.1. Sendo constatada pela Operadora, a existência de lesão ou doença preexistente que é aquela doença de que o beneficiário é sabedor no momento da contratação do plano a qual possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, uso de leitos de alta tecnologia ou procedimentos de alta complexidade, serão oferecidas as seguintes alternativas para cobertura da mesma:

a) “Cobertura Parcial Temporária” – é a suspensão, por um período ininterruptos de 24 meses, a partir da contratação ou adesão ao plano, da cobertura de procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos desde que relacionados exclusivamente à doença ou lesão declarada;

b) “Agravado”, cujo valor será estipulado pela Operadora na Proposta de Adesão e o seu oferecimento é facultativo.

7.1.1. A escolha de uma das alternativas acima dependerá exclusivamente de decisão do proponente titular por meio de declaração expressa, constante da Proposta de Adesão.

7.1.2. No caso de não aceitação do agravado, o usuário estará automaticamente aceitando a Cobertura Parcial Temporária o para doenças e/ou lesões preexistentes, por um período de 24 (vinte e quatro) meses.

7.2. Será considerado como comportamento fraudulento a omissão de doença ou lesão preexistente de conhecimento prévio do proponente titular.

7.2.1. A Operadora poderá comprovar o conhecimento prévio do usuário titular, durante o período de 24 (vinte e quatro) meses, cabendo a esta o ônus da prova.

7.2.2. A Operadora poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação acima.

7.2.3. Alegada a existência de doença ou lesão preexistente não declarada por ocasião do preenchimento da Proposta de Adesão, o usuário titular será imediatamente comunicado pela Operadora.

7.2.4. Caso o usuário titular não concorde com a alegação, a Operadora encaminhará a documentação pertinente a ANS, que efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação.

7.2.5. Se solicitado pela ANS, o usuário titular deverá remeter documentação necessária para instrução do processo;

7.2.6. Após julgamento e acolhida a alegação da Operadora pela ANS, o usuário titular passará a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação por parte da Operadora.

7.2.7. Não haverá, sob qualquer alegação, a suspensão das coberturas contratadas até o resultado do julgamento pela ANS.

7.3. Às crianças nascidas de parto coberto pela Operadora, não caberá qualquer alegação de doença ou lesão preexistente.

TEMA VIII URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

8. Atendimentos Ambulatoriais de Urgência / Emergência:

Serão cobertas as despesas efetuadas com a realização de atendimentos caracterizados como de urgência / emergência que demandem atenção continuada, pelo período de até 12 (doze) horas.

a) Havendo necessidade de internação, ainda que em tempo menor que 12 (doze) horas, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser do usuário titular, não cabendo ônus à operadora.

b) Para efeito desta cobertura, entende-se como atendimento de emergência aquele que implicar em risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente. Como atendimento de urgência entende-se aquele resultante de acidente pessoal ou de complicações no processo gestacional.

8.1. Cobertura de Urgência / Emergência que Evoluir para Internação:

Garante as despesas efetuadas com a realização de atendimentos caracterizados como de urgência / emergência que evoluírem para internação, desde a admissão do paciente até a sua alta ou aqueles que sejam necessários à preservação da vida, órgãos e funções.

Para efeito desta cobertura, entende-se como atendimento de emergência aquele que implicar em risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizados em declaração do médico assistentes. Como atendimento de urgência entende-se aquele resultante de acidente pessoal ou de complicações no processo gestacional.

A cobertura de urgência / emergência se restringirá àquela descrita no item 8 desta Cláusula, caso o atendimento de urgência / emergência for:

- a) Decorrente de doença ou lesão preexistente para a qual exista acordo de cobertura parcial temporária;**
- b) Decorrente da condição gestacional de paciente sem cobertura obstétrica;**
- c) Efetuado no decorrer dos períodos de carência previstos na Cláusula Sexta do presente Contrato.**

Excetua-se desta condição o atendimento de urgência / emergência decorrente de acidente pessoal que será prestado sem qualquer restrição, ou seja, desde a admissão do paciente até a sua alta.

Como acidente pessoal considera-se o evento ocorrido após o início de vigência do plano, de forma súbita, involuntária e violenta, por meio exclusivo e diretamente externo que venha a causar lesão física ao usuário do plano, tornando necessário tratamento médico em caráter de urgência / emergência.

8.2. Reembolso em Casos de Urgência /Emergência.

Nos casos de urgência e emergência em que o usuário, comprovadamente, não puder se utilizar dos serviços próprios ou credenciados indicados na relação fornecida pela operadora, serão reembolsadas as despesas cobertas pelo plano contratado, observando-se os seguintes limites de reembolso:

- a) Despesas Hospitalares: até os valores previstos na Tabela de Serviços Hospitalares da Operadora;
- b) Materiais e Medicamentos: até os valores previstos como preço ao consumidor no Brasíndice vigente na data do final do atendimento (alta do usuário). Os materiais e medicamentos não constantes no Brasíndice serão reembolsados com base nos preços de mercado praticados nessa data;
- c) Honorários Médicos: até o valor previsto para o procedimento na Tabela de Honorários da Operadora.

8.3. Documentação para Reembolso

Para obtenção do reembolso, o usuário deverá enviar à operadora os originais dos seguintes documentos:

- a) Relatório do médico assistente contendo diagnóstico, tratamento efetuado, data do atendimento e as condições que caracterizaram a urgência / emergência;
- b) Recibos individuais quitados dos honorários médicos. Quando se tratar de pessoa jurídica, nota fiscal quitada. Em ambos os casos deverão ser discriminados os seguintes dados:
 - Nome completo do paciente;
 - Procedimento e data de sua realização;
 - Atuação do médico (cirurgião, clínico, auxiliar, anestesista e outros);
 - Valor dos honorários;
 - Nome, número do Conselho Regional e CPF do médico;

c) Conta hospitalar discriminada, inclusive relação de materiais e medicamentos utilizados, apresentando nota fiscal quitada, facultado à operadora periciar os prontuários médicos, resguardadas as normas éticas.

d) O reembolso será realizado no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a apresentação dos documentos, através de cheque nominal ao usuário titular ou depósito em conta bancária fornecida pelo mesmo.

e) O prazo de prescrição para o beneficiário apresentar os documentos, observando o mínimo de um ano (Código Civil 2002).

8.4. Utilização de Serviço Público

Quando não for possível a utilização de serviços próprios ou credenciados indicados na relação fornecida pela operadora, os atendimentos prestados no âmbito do SUS – Sistema Único de Saúde, serão ressarcidos diretamente aos órgãos governamentais em conformidade com a Lei.

8.5. Remoção

Na hipótese da falta de recursos oferecidos pelo serviço prestador do atendimento de urgência ou emergência, atestado pelo médico assistente, ou pela necessidade de internação, quando em período de carência, fica assegurada a remoção inter-hospitalar terrestre.

8.5.1. Fica garantida a remoção do paciente para unidade do SUS que disponha de serviço de emergência, visando a continuidade do atendimento.

8.5.2. Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente que a do SUS, a operadora estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

8.5.3. Quando a remoção não puder ocorrer por risco de vida, o usuário titular e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a operadora, desse ônus.

8.5.4. Em caso de rescisão contratual solicitada pelo prestador credenciado, o usuário que se encontrar em regime de internação hospitalar, será

imediatamente transferido para outra entidade hospitalar equivalente, sem quaisquer ônus para o usuário titular.

8.5.5. Caberá à operadora o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento.

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

TEMA IX ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES

9. Este contrato não prevê acesso à livre escolha.

TEMA X MECANISMOS DE REGULAÇÃO

10. Dos Serviços Próprios e Rede Credenciada

Será fornecida, ao usuário titular, uma relação (Indicador de Serviços) contendo os dados dos prestadores de serviços próprios e credenciados pela operadora.

a) Quando o usuário utilizar-se dos prestadores de serviços constantes dessa relação, o pagamento dos serviços será de responsabilidade da Operadora que o fará por conta e em nome do usuário titular.

b) A Operadora reserva-se o direito de a qualquer tempo credenciar ou descredenciar médicos, hospitais e serviços auxiliares, devendo o descredenciamento do prestador hospitalar ser comunicado à ANS e ao usuário titular, com trinta dias de antecedência, observando o disposto no artigo 17 e parágrafos, da Lei 9656/1998.

c) Será fornecida pela operadora a cada um dos usuários uma Carteira de Identificação, cuja apresentação juntamente com a Cédula de Identidade, será

indispensável para utilização de qualquer tipo de serviço prestado pela mesma ou por sua rede credenciada.

d) Ocorrendo utilização dos serviços próprios ou credenciados sem o devido pagamento do custo mensal do plano, fica o usuário titular responsabilizado quanto ao ressarcimento à operadora do valor correspondente aos serviços prestados.

e) Ocorrendo a perda ou extravio da Carteira de Identificação ou de outros documentos fornecidos pela operadora, o usuário titular obriga-se a comunicar de imediato o fato à mesma, por escrito, responsabilizando-se pelo seu uso indevido até a data do recebimento da comunicação pela operadora.

f) Quando da utilização dos serviços cobertos pelo presente Contrato, o beneficiário deverá apresentar ao estabelecimento prestador dos serviços, credenciado pela **CONTRATADA**, Carteira de Identificação, Cédula de Identidade e guia de encaminhamento emitida e assinada pela **CONTRATADA**, sendo certo que a falta da referida guia, acarretará a não cobertura por parte da **CONTRATADA**, das despesas resultantes do atendimento.

g) As internações feitas em caráter de emergência ou urgência, deverão ser comunicadas à **CONTRATADA** até 24 (vinte e quatro) horas, contado a partir do momento em que se tenha dado o internamento, mediante declaração do médico assistente, para que seja emitida a guia correspondente, sendo certo que a falta de comunicação no referido prazo, acarretará a não cobertura por parte da **CONTRATADA**, das despesas resultantes do atendimento.

h) Nos procedimentos que exigem autorização prévia, o **CONTRATANTE** deverá apresentar na sede da **CONTRATADA** a solicitação de autorização em impresso próprio, completamente preenchido, assinado e datado pelo médico assistente e assinado pelo **CONTRATANTE**, a resposta à solicitação de autorização prévia do procedimento será dada, no prazo máximo de um dia útil, a partir do momento da solicitação, ou em prazo inferior, quando caracterizada a urgência (artigo 4º, IV, da Resolução CONSU 8/1998).

i) Os serviços diagnósticos, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais podem ser solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista, não podendo haver restrição aos não pertencentes à rede própria ou contratualizada da operadora referenciados/cooperados/credenciados (artigo 12, I, "b" e artigo 2º, VI, da Resolução CONSU 8/1998 – Súmula da Diretoria Colegiada da ANS 11/2007.

10.1. Mudança de Produto na Categoria de Acomodação ou de um Valor Menor para um Valor Maior.

Ocorrendo mudança de Produto, na Categoria de Acomodação ou de um Produto de Valor Menor para um de Valor Maior por opção do **CONTRATANTE**, de um custo menor para uma de custo maior, neste caso, pagará as diferença de valor vigentes na época, sujeitando-se as carências previstas para internação e/ou obstetrícia, resguardados seus direitos com relação a anterior.

10.2. Da Junta Médica

As divergências de natureza médica sobre as coberturas e atendimentos previstos pelo plano serão dirimidas por uma junta constituída de 3 (três) médicos, conforme a natureza do atendimento, sendo um nomeado pela operadora, outro pelo usuário, e um terceiro desempatador, escolhido pelos dois nomeados; cada uma das partes pagará os honorários do médico que nomear e a remuneração do terceiro desempatador ficará a cargo da operadora.

10.2.1. Se não houver acordo na escolha do médico desempatador, a sua designação será solicitada a ANS, na forma do artigo 4º, V, da Resolução CONSU 8/1998.

TEMA XI FORMAÇÃO DE PREÇO

11. Pré-estabelecido.

11.1. A taxa mensal por usuário será:

Faixas Etárias	Taxa Mensal
De 0 a 18 anos	
De 19 a 23 anos	
De 24 a 28 anos	
De 29 a 33 anos	
De 34 a 38 anos	
De 39 a 43 anos	
De 44 a 48 anos	
De 49 a 53 anos	
De 54 a 58 anos	
De 59 a mais anos	

11.2. A **CONTRATANTE** obriga-se a pagar a primeira mensalidade na data de ingresso no plano, concomitantemente com a assinatura do contrato, na modalidade de pré-pagamento.

11.3. O valor total da remuneração mensal que a **CONTRATANTE** efetuará a **CONTRATADA**, resultará da multiplicação do número dos beneficiários pelo valor vigente no mês considerado, de acordo com o tipo do plano.

11.4. A forma de cobrança do custo mensal será através de ficha de compensação bancária com vencimento dia ____.

11.5. O pagamento do custo mensal deverá ser efetuado até a data de seu vencimento, após esta data haverá multa de 2% (dois por cento), sobre o valor a ser pago, acrescido de juros de mora de 0,03 % (três centésimos de por cento) ao dia e atualização monetária do período.

11.6. A falta de quitação do custo mensal até o sexagésimo primeiro dia, consecutivos ou não, posterior a data de seu vencimento, implicará no automático cancelamento do plano. Não cabendo qualquer restituição ao usuário titular de custos mensais anteriormente pagos, desde que a **CONTRATADA** tenha comunicado ao (à) **CONTRATANTE**, sua condição de inadimplência ao quinquagésimo (50º) dia de atraso.

11.7. O não recebimento pelo usuário titular da ficha de compensação dentro do prazo de pagamento, não o isenta da responsabilidade quanto ao pagamento da mesma, devendo este fato ser notificado em tempo hábil à operadora, para a devida regularização, sendo que tal inobservância implicará na automática aplicação de todas as condições que regem o presente Contrato, inclusive no tocante ao seu cancelamento por falta de pagamento.

11.8. É obrigação do **CONTRATANTE** manter atualizados seu endereço e telefone junto à Operadora, para fins e efeitos desse contrato.

11.9. O pagamento antecipado dos custos mensais não elimina nem reduz os prazos de carência estabelecidos na Cláusula Sexta do presente Contrato.

11.10. O recebimento pela **CONTRATADA** de parcelas em atraso constituirá mera tolerância, não implicando em novação contratual ou transação.

11.11. O pagamento da taxa mensal de manutenção referente a um determinado mês não significa estarem pagos ou quitados débitos anteriores.

11.12. O pagamento total das mensalidades será feito pela pessoa jurídica **CONTRATANTE**, sendo de sua exclusiva responsabilidade, ressalvadas as hipóteses dos artigos 30 e 31 da Lei 9656/1998.

11.13 Não poderá haver distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles a este já vinculados (artigo 21 da RN 195/2009, alterada pela RN 200/2009)

TEMA XII REAJUSTE

12. Os reajustes da Taxa Mensal de Manutenção serão efetivados nos termos da Lei nº 8.880/94, e legislação subsequente, anualmente, e de acordo com a Lei 9.656/98, com livre negociação entre as partes. Entretanto, em havendo permissivo legal, desde já, fica pactuada que a referida mensalidade, será reajustada com a menor periodicidade legalmente permitida.

12.1. Além da modalidade de reajuste estipulada no subitem anterior, fica pactuado que as Taxas Mensais sofrerão, mais as seguintes majorações:

a) Aumento decorrente da impactação, na estrutura de custo da **CONTRATADA**, de fatores incontrolláveis que incidam sobre a aquisição de

insumos básicos para a execução dos serviços cobertos pelo presente Contrato; ou de novos procedimentos inseridos na medicina ou, também, de novos métodos de diagnóstico e terapia; e avanços tecnológicos do setor além daqueles advindos de mudança de legislação, tributária ou não, mas com repercussão financeira e de aumento imprevisível da frequência de sinistralidade ou da utilização dos serviços. A apuração do percentual dessa impactação será feita anualmente e estará disponível para conhecimento da **CONTRATANTE**.

b) Ocorrendo alteração na idade de cada um dos usuários, que signifique deslocamento para outra faixa etária, a taxa mensal de manutenção será reajustada no próximo mês da ocorrência, conforme tabela do documento anexo ao presente Contrato.

12.2. Nos termos da legislação vigente, o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do Índice previsto em contrato. Este será apurado no período de 12 meses consecutivos, com uma antecedência de 01 mês em relação a data-base de aniversário, considerada esta o mês de assinatura do Contrato.

12.2.1. Caso seja verificado o desequilíbrio econômico-atuarial do contrato, este será reavaliado.

12.3. Para os contratos com menos de 30 (trinta) beneficiários, apurados na data de aniversário do contrato, o cálculo de reajuste terá por base o agrupamento de todos os contratos com número menor de que 30 (trinta) beneficiários.

12.3.1. Apenas para a primeira apuração a quantidade de beneficiários a ser observada será do mês de janeiro de 2013.

12.3.2. O percentual de reajuste calculado para o agrupamento de contratos será aplicado no mês de aniversário do contrato no período que vai do mês de maio ao mês de abril do ano subsequente, imediatamente posterior ao período de cálculo do reajuste.

12.3.3. O percentual calculado para o agrupamento será divulgado no site da operadora www.amhemed.com.br.

12.3.4. O desequilíbrio é constatado quando o nível de sinistralidade da carteira ultrapassar o índice de 70% (Sm), cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 meses consecutivos, anteriores à data base de aniversário.

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

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

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

Sm - Meta de Sinistralidade expressa em contrato.

12.3.6. Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, previsto no item 12.2.1., o mesmo deverá ser procedido de forma complementar ao especificado no item 12.2. e na mesma data, de forma a garantir a anualidade dos reajustes.

12.3.7. Todos os valores de remuneração dos contratos participantes do agrupamento, que forem apuradas a sinistralidade inferior a 70%, serão reajustados automaticamente e anualmente ou na menor periodicidade legalmente permitida, pelo índice financeiro IGPM (Índice de Preços do Mercado), da FGV acumulados nos últimos 12(doze) meses.

12.3.8. Na hipótese de descontinuidade do índice estabelecido no item 1, será estipulado novo índice mediante instrumento específico.

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

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

12.3.11. Nenhum contrato poderá receber reajuste em periodicidade inferior a 12 meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária, migração e adaptação do contrato à Lei 9656/98.

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

TEMA XIII FAIXAS ETÁRIAS

13. São dez faixas etárias, observando-se a seguinte tabela:

- I)- de 00 a 18 anos = valor estabelecido na proposta de adesão;
- II)- de 19 a 23 anos = acréscimo de 18,00 % do preço do beneficiário;
- III)- de 24 a 28 anos = acréscimo de 18,00 % do preço do beneficiário;
- IV)- de 29 a 33 anos = acréscimo de 18,00 % do preço do beneficiário;
- V)- de 34 a 38 anos = acréscimo de 18,00 % do preço do beneficiário;
- VI)- de 39 a 43 anos = acréscimo de 18,00 % do preço do beneficiário;
- VII)- de 44 a 48 anos = acréscimo de 18,00 % do preço do beneficiário;
- VIII) de 49 a 53 anos = acréscimo de 30,02% do preço do beneficiário;
- IX) de 54 a 58 anos = acréscimo de 30,00% do preço do beneficiário;
- X) de 59 a mais anos = acréscimo de 30,00% do preço do beneficiário.

13.1. Alteração de Faixa Etária

- a) Ocorrendo alteração na idade de cada um dos usuários, que signifique deslocamento para outra faixa etária, a taxa mensal de manutenção será reajustada no próximo mês da ocorrência, conforme tabela acima.
- b) O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária.
- c) A variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

TEMA XIV
BÔNUS - DESCONTO

14. Este contrato não prevê bônus e descontos.

TEMA XV
REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS
DE PLANOS COLETIVOS

15. Não se aplica a esse contrato.

TEMA XVI
CONDIÇÕES DE PERDA DE QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

16. O usuário titular perderá o direito à(s) cobertura(s) do plano quando:

- a) For constatada fraude, tentativa de fraude, dolo ou inobservância das obrigações, convencionadas neste Contrato, inclusive em caso da idade declarada ser inferior à idade real, quando da contratação do plano.
- b) Por cancelamento automático do plano, pela falta de quitação do custo mensal por período superior a 60(sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência contratual, desde que a **CONTRATADA** tenha comunicado ao (à) **CONTRATANTE**, sua condição de inadimplência ao quinquagésimo (50º) dia de atraso conforme estipula o item 11.6. da Cláusula Décima Primeira do presente contrato.
- c) Caberá tão-somente à pessoa jurídica contratante solicitar a suspensão ou exclusão de beneficiários.
- d) No caso de desistência do beneficiário titular, que para tanto deverá ser informado por escrito pela **CONTRATANTE** com pelo menos 30(trinta) dias de antecedência e o pagamento estar em dia;
- e) O cancelamento do plano do beneficiário titular, por qualquer motivo, implicará no automático cancelamento do plano dos dependentes.

f) Caso o presente Contrato seja rescindido pela **CONTRATANTE**, a mesma fica obrigada ao pagamento, de uma só vez, de todos os valores das contraprestações pecuniárias devidas.

16.1. A **CONTRATANTE** admite a natureza da dívida líquida, certa e exigível, cobrável inclusive por processo de execução dos valores oriundos das suas taxas, do uso indevido, do excesso de permanência, por serviços não cobertos, por utilização dentro dos prazos de carências, referentes a este Contrato.

TEMA XVII RESCISÃO/SUSPENSÃO

17. O plano será cancelado em uma das seguintes hipóteses:

a) Automaticamente, no caso de inadimplência da **CONTRATANTE**, na forma prevista no item (b) da Cláusula Décima Sexta do presente Contrato.

b) Imediatamente, na constatação da hipótese prevista no item (a) da Cláusula Décima Sexta do presente Contrato;

c) No caso de desistência do usuário titular, que para tanto deverá estar com o pagamento em dia, na forma prevista na Cláusula Décima Sexta do presente Contrato;

17.1 Na ocorrência da hipótese prevista na Cláusula Décima Sexta deste contrato, o cancelamento do plano não prejudicará a cobrança dos serviços eventualmente utilizados pelo usuário titular ou seus dependentes durante a vigência do plano.

17.2 A **CONTRATANTE** admite a natureza da dívida líquida, certa e exigível, cobrável inclusive por processo de execução dos valores oriundos das suas taxas, do uso indevido, do excesso de permanência, por serviços não cobertos, por utilização dentro dos prazos de carências, referentes a este contrato.

17.3 O contrato somente poderá ser rescindido imotivadamente após a vigência do período de doze meses e mediante previa notificação da outra parte com antecedência mínima de sessenta dias (artigo 17, parágrafo único da RN 195).

TEMA XVIII DISPOSIÇÕES GERAIS

18. Fazem parte integrante deste Contrato os seguintes documentos:

- a) Proposta de Adesão;
- b) Entrevista Qualificada;
- c) Guia de Leitura Contratual.

18.1. A **CONTRATADA** não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelo **CONTRATANTE** com hospitais, entidades, médicos ou outros profissionais, filiados ou não a mesma. Tais despesas correrão por conta exclusiva do **CONTRATANTE**.

18.2. Terão prioridade nos atendimentos cobertos por este contrato:

- a) Idosos com 60 (sessenta) anos ou mais.
- b) Crianças com até 05 (cinco) anos de idade
- c) Gestantes e lactantes

18.3. DA TRANSFERÊNCIA.

Os direitos relativos ao presente Contrato não poderão ser transferidos, cedidos ou onerados por qualquer forma.

18.4. DA ALTERAÇÃO DE ENDEREÇO DO USUÁRIO TITULAR

É de responsabilidade do usuário titular comunicar de imediato qualquer alteração em seu endereço, para que todas as correspondências e documentos cheguem em tempo hábil em seu poder. A inobservância desta condição não impedirá a operadora quanto à automática aplicação de todas as condições que regem o presente Contrato, inclusive no que se refere ao disposto na Cláusula Décima Sétima.

18.5. DA SUB-ROGAÇÃO

Efetuada o atendimento por qualquer cobertura prevista neste Contrato, a operadora ficará automaticamente sub-rogada, até o valor despendido, em todos os direitos e ações que competirem ao usuário titular ou seus dependentes contra terceiros, obrigando-se o usuário titular a facilitar os meios ao pleno exercício desta sub-rogação.

18.6. DA NOVAÇÃO

Qualquer concessão praticada pela operadora no tocante a(s) cobertura(s) do plano contratado, não se constituirá em novação, bem como não caracterizará qualquer direito adquirido pelo usuário titular.

TEMA XIX FORO

19. Para dirimir qualquer dúvida sobre o presente Contrato, as partes elegem, como privilegiado, o Foro da Comarca do **CONTRATANTE**.

E por estarem, assim justos e contratados, as partes assinam o presente instrumento em duas vias de igual teor e forma, para que surtam os efeitos legais.

Sorocaba, de de 2019.

**NOME DA EMPRESA
CONTRATANTE**

**AMHE MED ASSISTÊNCIA A SAÚDE LTDA
OPERADORA**

TESTEMUNHAS:

Nome:
RG:

Nome:
RG: