

**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS E HOSPITALARES
COLETIVO EMPRESARIAL****01 – QUALIFICAÇÃO DAS PARTES:**

Pelo presente instrumento contratual e na melhor forma de direito, de um lado como CONTRATANTE, a Pessoa Jurídica _____, inscrita no C.N.P.J. nº, Inscrição Estadual nº, localizada à Rua _____, nº ____ Bairro _____, na cidade de _____, CEP: _____ e de outro lado, na qualidade de **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, Estado de São Paulo, na Rua Pedro José Senger, nº 230, Bairro 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 nº 42173-1, neste ato, representada na forma de seus atos constitutivos, têm, entre si, justo e livremente contratado o seguinte:

02 – DADOS DO PRODUTO:

- a) Número de Registro: 488.885/21-5
- b) Nome Comercial: AMHE PLUS 500 APARTAMENTO
- c) Tipo de Contratação: Coletivo Empresarial
- d) Segmentação assistencial do plano de saúde: Ambulatorial + Hospitalar c/ Obstetria
- e) Padrão de acomodação: Privativo
- f) Formação do preço: Pré-estabelecido
- g) Fator moderador: Não Possui
- h) Serviços e Coberturas Adicionais: Não possui
- i) Acesso a livre escolha de prestadores: Não possui
- j) Área Geográfica de Abrangência: é Grupo de Município, composta dos seguintes municípios: Alumínio, Araçoiaba da Serra, Boituva, Iperó, Itapetininga, Itu, Mairinque, Porto Feliz, Salto de Pirapora, Sorocaba, São Roque, Tatuí e Votorantim.
- k) Área de Atuação: Grupo de Município.

03 – DOCUMENTOS INTEGRANTES DO CONTRATO:

3.1. Fazem parte integrante deste Contrato os seguintes documentos:

- a) Proposta de Adesão;
- b) Entrevista Qualificada;
- c) Guia de Leitura Contratual, disponível no site www.amhemed.com.br
- d) Carta de Orientação ao Beneficiário, disponível no site www.amhemed.com.br
- e) Manual para Contratação de Plano de Saúde, disponível no site www.amhemed.com.br
- f) Carteira de Identificação do Plano, disponível no site www.amhemed.com.br
- g) Minuta Contratual, disponível no site www.amhemed.com.br

04 – ATRIBUTOS DO CONTRATO:

4.1. 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 editada pela ANS, vigente à época do evento, observadas as cláusulas, termos e condições adiante expostas.

4.2. 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.

05 – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO:

5.1. Os beneficiários do plano são as pessoas vinculadas à pessoa jurídica contratante por relação empregatícia ou estatutária, sócios e administradores da pessoa jurídica contratante, demitidos sem justa causa ou aposentados, que tenham sido a ela vinculados anteriormente, ressalvado o disposto no caput dos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/1998; agentes políticos, trabalhadores temporários, estagiários e menores aprendizes.

5.2. 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.

5.3. A adesão do grupo familiar dependerá da participação do beneficiário titular no plano privado de assistência à saúde (artigo 5º, § 2º, da RN 557/2022).

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

5.5. 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.

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

5.7. 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.

5.8. 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.

5.9. Nos casos de demissão sem justa causa, aposentadoria, ou rescisão contratual pela CONTRATADA, será facultada aos BENEFICIÁRIOS a continuidade no plano, nas condições e limites estabelecidos neste contrato de acordo com a legislação vigente.

5.10. O número mínimo de Beneficiários para manutenção deste contrato será de 03 (três) beneficiários.

5.10.1 Caso as exclusões de Beneficiários titulares e/ou dependentes, independente de motivo, reduza o número de Beneficiários a número inferior ao mínimo exigido na Cláusula 5.10., a CONTRATANTE ficará sujeita ao disposto na Cláusula Vigésima, item 20.1., letra "d".

06 - COBERTURA E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS:

6.1. Os usuários terão direitos às coberturas 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.

6.2. 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.

6.3. 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.

6.4. 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.

6.5. 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

6.6. 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.

6.7. Cobertura de Internação

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

As internações serão realizadas nos hospitais credenciados 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.
- 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.
- 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;
- 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;

6.8. 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;
- 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, entende-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.

6.9. 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/10ª Revisão (CID-10), sendo cobertos:

- a) O custo integral de 30 (trinta) dias de internação, por ano de contrato, não cumulativos, contínuos ou não, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise, respeitadas as Diretrizes de Utilização estabelecidas pela ANS.
- b) custeio parcial, após o 30º (trigésimo) dia de internação, por ano de contrato, não cumulativos, contínuos ou não, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise, com coparticipação do Beneficiário de 50% (Cinquenta por cento) incidentes sob o valor dos serviços utilizados, observados os tetos estipulados nos normativos editados pela ANS vigentes à época da contratação;
- 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.

6.10. Cobertura de Obstetrícia

Garante as despesas médico-hospitalares efetuadas com internamentos motivados por gravidez e suas consequências, 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.

6.10.1. A cobertura de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto e pós-parto imediato.

6.10.2. 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.

6.11. 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.

6.12. 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.

6.13. 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.

6.14. 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.

6.15. 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.

6.16. 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.

6.17. 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.

6.18. 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.

07 - EXCLUSÕES DE COBERTURAS

7.1. ESTÃO EXCLUÍDOS DE TODAS AS COBERTURAS DESTES PLANOS 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;

08 - DURAÇÃO DO CONTRATO

8.1. 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.

8.2. Ocorrendo o cancelamento antes da vigência inicial do plano o **CONTRATANTE** obriga-se a pagar 50% do valor da restante do contrato.

09 - PERÍODOS DE CARÊNCIAS

9.1. 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

9.2. Não haverá carências nos planos com 30 participantes ou mais (artigo 6º da RN 557/2022), para os beneficiários que formalizarem o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante.

9.3. 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.

9.4. Em caso do beneficiário ter que cumprir carência, a contagem para cada beneficiário se dará a partir do seu ingresso.

10 - DOENÇAS E LESÕES PRE EXISTENTES

10.1. 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.

10.2. 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.

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

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

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

10.3.1. 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.

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

10.3.3. 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.

10.3.4. 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.

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

10.3.6. 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.

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

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

10.5. Não haverá cláusula de Cobertura Parcial Temporária ou Agravado, nos casos de Doença e Lesão Preexistente, quando o número de participantes for igual ou maior que 30 (trinta), para os beneficiários que formalizarem o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante. (artigo 7º da RN 557/2022).

11 - URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

11.1. 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.

11.2. 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 11 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 Nona 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.

11.3. 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.

11.4. 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).

11.5.1. 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.

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

11.5.3. 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.

11.5.4. 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.

11.5.5. 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.

11.5.6. 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.

11.5.7. 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.

12. ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES

12.1. Este contrato não prevê acesso à livre escolha.

13. MECANISMOS DE REGULAÇÃO

13.1. 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).

13.2. 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 diferenças de valor vigentes na época, sujeitando-se as carências previstas para internação e/ou obstetrícia, resguardados seus direitos com relação a anterior.

13.3. 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.

13.3.1. 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.

14. FORMAÇÃO DE PREÇO:

14.1. Pré-estabelecido.

14.2. A taxa mensal por usuário será à estabelecida no **ANEXO I** do presente instrumento, que assinado passa a fazer parte integrante deste contrato.

14.3. 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.

14.4. 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.

14.5. A forma de cobrança do custo mensal será através de ficha de compensação bancária com vencimento no dia _____.

14.6. 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, sem prejuízo da eventual cobrança judicial de indenização por perdas e danos, conforme o caso.

14.7. O não-pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, implicará no automático cancelamento do plano. Não cabendo qualquer restituição ao usuário titular de custos mensais anteriormente pagos, desde que a **CONTRATADA** tenha comprovadamente notificado ao (à) **CONTRATANTE**, sua condição de inadimplência até o quinquagésimo (50º) dia de atraso.

14.8. 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.

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

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

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

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

14.13. 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.



14.14. A **CONTRATADA** se reserva o direito de cobrar os débitos não quitados por todos os meios legais cabíveis, inclusive promovendo a respectiva cobrança por meio de instituições financeiras e inscrição em órgãos de proteção ao crédito.

15. REAJUSTE

15.1. 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.

15.2. 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 incontornáveis 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.

15.3. 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 está o mês de assinatura do Contrato.

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

15.4. Para os contratos com **MAIS DE 30 (TRINTA) BENEFICIÁRIOS**, apurados na data de aniversário do contrato, o cálculo de reajuste terá por base a sinistralidade, quando a sinistralidade for inferior a 70%, serão reajustados automaticamente e anualmente ou na menor periodicidade legalmente permitida, pelo índice **VCMH (Variação de Custos Médicos Hospitalares)** acumulados nos últimos 12(doze) meses

15.5. 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.

15.5.1. 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.

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

15.5.3. 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.

15.5.4. 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.

15.5.5. Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, previsto no item 15.3.1., o mesmo deverá ser procedido de forma complementar ao especificado no item 15.3. e na mesma data, de forma a garantir a anualidade dos reajustes.

15.5.6. Todos os valores de remuneração dos **contratos participantes do agrupamento**, ou seja **MENOS 30 BENEFICIÁRIOS**, 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.

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

15.6. 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.

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

15.8. 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.

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

16. FAIXAS ETÁRIAS

16.1. 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. |



16.2. 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.

17. BÔNUS - DESCONTO

17.1. Este contrato não prevê bônus e descontos.

18. REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

18.1. Da Inscrição, Inclusão e Exclusão de Beneficiários.

A **CONTRATANTE** inscreverá os beneficiários titulares e dependentes, com os dados mínimos exigidos pela **AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE – A N S**, através de formulários a serem fornecidos a **CONTRATADA**, antes do início da vigência deste Contrato.

18.2. As alterações no quadro de beneficiários titulares, decorrentes de admissão e demissão, serão comunicadas à **CONTRATADA** pela **CONTRATANTE**, no mesmo dia em que ocorrer o fato.

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

18.2.2. Será excluído do presente Contrato, aquele que deixar de ter o vínculo empregatício da **CONTRATANTE**, cessando, por consequência, os seus direitos e os de seus dependentes.

a) A exclusão se opera a partir do primeiro dia subsequente à desvinculação do funcionário da **CONTRATANTE**.

b) Quando da exclusão, a **CONTRATANTE** deverá recolher e inutilizar os cartões de identificação do beneficiário principal e, se houver, de seus dependentes.

c) As despesas decorrentes do atendimento do beneficiário ou de seus dependentes, que deixarem de pertencer ao quadro de pessoal da **CONTRATANTE**, cuja exclusão não tenha sido imediatamente comunicada à **CONTRATADA**, serão de responsabilidade da **CONTRATANTE**.

18.2.3. Caso haja cancelamento do plano coletivo por parte da **CONTRATANTE**, os beneficiários do plano poderão, no prazo de 30 dias contados do cancelamento, contratar plano individual ou familiar junto à **CONTRATADA** com o aproveitamento do seu período permanência no plano coletivo cancelando para efeito de contagem dos prazos de carência.

18.3. DO DEDITADO

De acordo com o artigo 30 da Lei nº 9.656/4998, a **CONTRATADA** assegura ao beneficiário titular que contribuir para o pagamento da contraprestação pecuniária de seu plano de saúde, decorrente de seu vínculo empregatício com a **CONTRATANTE**, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho, sem justa causa, o direito de manter sua condição de beneficiário e dos beneficiários dependentes a ele vinculados, nas mesmas condições de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assumo o seu pagamento integral.

18.3.1. O período de manutenção da condição de beneficiário ou seu sucessor será de um terço do tempo de contribuição ao plano, com um mínimo assegurado de seis meses e um Máximo de vinte e quatro meses.

18.4. DO APOSENTADO

De acordo com o artigo 31 da Lei nº 9.656/1998, a **CONTRATADA** assegura ao beneficiário titular que se aposentar que tiver contribuído no pagamento da contraprestação pecuniária de seu plano de saúde, decorrente de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de dez anos, o direito de manutenção como beneficiário e dos beneficiários dependentes a ele vinculados, as mesmas condições de cobertura assistencial que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral.

18.4.1. Ao empregado aposentado que continua trabalhando na mesma empresa e dela vem a se desligar é garantido o direito de manutenção como beneficiário.

18.4.2. Na hipótese de contribuição pelo então empregado, por período inferior ao fixado no caput, é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, à razão de um ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral do plano.

18.4.3. Na hipótese de contribuição pelo prazo mínimo de 10 anos, pelo ex-empregado aposentado, é assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho por tempo indeterminado, desde que assuma pagamento integral do plano.

18.5. DAS CONDIÇÕES COMUNS AOS DEMITIDOS E APOSENTADOS

O titular que não participar financeiramente do plano, com contribuição de pagamento da contraprestação pecuniária de seu próprio plano, durante o período que mantiver o vínculo empregatício, não terá direito à cobertura estabelecida neste tema.

18.5. 1. A contribuição de que trata o caput não abrange os valores relacionados aos dependentes, à coparticipação ou franquia paga única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica.

18.5. 2. Será de responsabilidade do titular demitido ou do aposentado o pagamento integral da contraprestação em seu nome e em nome de seus dependentes.

18.5. 3. O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado deverá optar pela manutenção da condição de beneficiário no prazo máximo de 30(trinta) dias, em resposta à comunicação do empregador **CONTRATANTE**, formalizada no ato da concessão do aviso prévio, a ser cumprido ou indenizado, ou da comunicação da aposentadoria. Para que ocorra a manutenção do plano de saúde, a **CONTRATANTE** deverá informar a **CONTRATADA** através do Termo de Exclusão do Plano Coletivo o comunicado de desligamento e opção de manutenção da condição de beneficiário de plano de saúde de inativos.

18.5. 4. Ultrapassado o prazo previsto no item anterior, o titular perderá o direito à continuidade do plano de saúde nas condições aqui expressas.

18.5.5. Será de responsabilidade de a **CONTRATANTE** fornecer as informações a seus funcionários demitidos ou aposentados que preencherem as condições aqui descritas, sobre os direitos e obrigações inerentes à permanência deles vinculados a contrato coletivo, bem como fornecer à **CONTRATADA** as informações necessárias sobre o desligamento do titular.

18.5. 6. O direito de permanência assegurado ao beneficiário, demitido ou aposentado, não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

18.5. 7. A **CONTRATADA** efetuará a cobrança das contraprestações pecuniárias diretamente aos titulares demitidos, exonerados e aposentados, os quais se sujeitam às regras de suspensão e rescisão previstas neste contrato.

18.5.8. A **CONTRATANTE**, ao solicitar a exclusão de qualquer titular do plano de saúde, deverá informar à **CONTRATADA**, através do Termo de Exclusão do Plano Coletivo o comunicado de desligamento e opção de manutenção da condição de beneficiário de plano de saúde de inativos:

- a) Se o titular foi excluído por demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria;
- b) Se o titular demitido ou exonerado sem justa causa continuou trabalhando para a **CONTRATANTE** após sua aposentadoria;
- c) Se o titular contribuía para o pagamento do plano privado de assistência à saúde;
- d) Por quanto tempo o titular contribuiu para o pagamento do plano privado de assistência à Saúde, identificando os períodos de contribuição; e
- e) Se o ex-empregado optou pela sua manutenção como beneficiário, assumindo o pagamento integral das contraprestações pecuniárias, ou se recusou a manter essa condição.

18.5. 9. A **CONTRATADA** somente fará a exclusão do beneficiário titular se houver a comprovação de que o mesmo foi comunicado, pela **CONTRATANTE**, da opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, bem como das informações previstas no artigo anterior. Se não houver esta comunicação, o titular, bem como seus dependentes, continuarão ativos no plano de saúde e as contraprestações pecuniárias continuarão sendo devidas normalmente pela **CONTRATANTE** à **CONTRATADA**.

18.5. 10. Ainda que os valores contratados sejam estabelecidos per capita, a condição de manutenção do plano para demitidos e aposentados seguirá, sempre, a tabela em 10 (dez) faixas etárias estabelecidos na Proposta de Admissão, atualizada com os mesmos percentuais de reajuste sofridos pelo presente contrato.

18.5. 11. A manutenção da condição de beneficiário no mesmo plano privado de assistência à saúde em que se encontrava quando da demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria observará todas as condições previstas neste contrato, bem como as negociações acordadas entre a **CONTRATANTE** e a **CONTRATADA**.

18.5. 12. A **CONTRATADA** poderá exigir da **CONTRATANTE** prova do prazo de contribuição do então empregado para sua permanência no plano coletivo.

18.5. 13. A condição de beneficiário assegurada neste tema deixará de existir, quando da admissão do beneficiário titular, demitido ou aposentado, em novo emprego que possibilite o

ingresso em um plano de saúde coletivo empresarial, pelo término do prazo concedido, ou na hipótese de rescisão do presente contrato, independentemente do motivo.

18.5. 14. É assegurado ao ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado ou seus dependentes vinculados ao plano, durante o período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998, o direito de exercer a portabilidade especial de carências para plano individual ou familiar ou coletivo por adesão, em operadoras nos termos do disposto no artigo 28 da RN nº 279, de 2011, c.c artigo 7º - C da RN nº 186, de 2009, e suas posteriores alterações.

18.5. 15. Em caso de morte do titular demitido ou aposentado é assegurado o direito de manutenção aos seus dependentes cobertos pelo privado de assistência à saúde, nos termos do disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998.

18.6. DO CANCELAMENTO DO BENEFICIÁRIO DO PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Nos planos coletivos com vínculo empregatício, nos casos de exclusão ou de a **CONTRATANTE** decidir não mais contratar plano para seus empregados, estes poderão, no prazo máximo de 30(trinta) dias após o cancelamento do plano, ingressar em um plano individual ou familiar da **CONTRATADA**, sem a necessidade do cumprimento de prazos de carência já cumpridos, desde que a **CONTRATADA** disponha de plano ativo para comercialização nessa modalidade.

19. CONDIÇÕES DE PERDA DE QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

19.1. 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 notificado ao (à) **CONTRATANTE**, sua condição de inadimplência até o quinquagésimo (50º) dia de atraso conforme estipula o item 14.7. da Cláusula Décima Quarta 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**, 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.

19.2. 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.

20. RESCISÃO/SUSPENSÃO

20.1. 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 Nona do presente Contrato.
- b) Imediatamente, na constatação da hipótese prevista no item (a) da Cláusula Décima Nona 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 Nona do presente Contrato;
- d) Descumprimento da **CONTRATANTE** às cláusulas e condições deste Contrato;

20.2. Na ocorrência da hipótese prevista na Cláusula Décima Nona 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.

20.3. 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.

21. DO TRATAMENTO DOS DADOS PESSOAIS

21.1. As partes se obrigam, por si, seus prepostos, colaboradores e empregados, a manter o mais completo e absoluto sigilo sobre quaisquer dados, materiais, pormenores, informações, documentos e especificações comerciais da outra parte, de que venham a ter conhecimento ou acesso, ou que lhe venham a ser confiadas, sejam elas relacionadas a este Contrato ou não podendo sob qualquer pretexto, divulgar, reproduzir, utilizar ou deles dar conhecimento a terceiros estranhos a esta contratação. Em caso da necessidade de utilização ou revelação das Informações Confidenciais em razão da lei ou de ordem judicial e/ou da Administração Pública ou de qualquer outra autoridade competente, a **CONTRATADA** está desde já autorizada a utilizar ou revelar as Informações Confidenciais na exata medida e extensão em que for compelida a fazer.

21.2. O compromisso de confidencialidade com toda a base gerada, compartilhada ou disponibilizada entre as partes em virtude dos serviços contratados, vigorará pelo prazo de vigência deste Contrato.

21.3. As Partes poderão fazer uso das informações disponibilizadas pela outra Parte, somente para os propósitos do objeto do presente instrumento, estando proibida a utilização para fins pessoais ou de outras empresas, sob pena da rescisão contratual e penalidades previstas no CONTRATO, respondendo pelas perdas e danos incorridos.

21.4. As Partes obrigam-se ambas as partes a empregar toda a diligência e cuidado durante o acesso e/ou compartilhamento necessário destes dados para a tutela da saúde dos beneficiários da **CONTRATANTE**, dando assim cumprimento à Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais - Lei n. 13.709/2018. A **CONTRATADA** se compromete a fornecer o Termo de Consentimento para que a **CONTRATANTE** obtenha dos Beneficiários vinculados a esta última, de forma expressa, o consentimento livre, informado e inequívoco de cada um dos beneficiários vinculados ao presente instrumento para a coleta, processamento e uso próprio

e compartilhado dos dados pessoais sensíveis referente à saúde junto à rede credenciada e para atendimento do objeto do presente contrato, conforme disposto no art. 7º, incisos I, II, VII e VIII e § 5º da lei retro citada.

21.5. As partes obrigam-se ainda, em razão do contrato ora celebrado cumprem: **(i)** respeitar as Políticas, Normas e Procedimentos de Segurança, aplicações ou dados; **(ii)** garantir que o ambiente de Tecnologia da Informação, em seu lado, assegure a integridade, disponibilidade e confidencialidade do patrimônio de Tecnologia da Informação, incluindo dados, informações e direitos de propriedade intelectual; **(iii)** comunicar e solicitar aprovação a respeito de qualquer alteração ou atualização no modelo de comunicação de dados entre as Partes, mudanças significativas na arquitetura e em configurações de segurança e **(iv)** comunicar imediatamente a outra Parte sempre que for identificado um incidente de segurança associado ao serviço prestado e as informações sob custódia da que sofrer o incidente.

22. DISPOSIÇÕES GERAIS

22.1. 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**.

22.2. 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

22.3. DA TRANSFERÊNCIA.

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

22.4. 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 Vigésima.

22.5. 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.

22.6. 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.

23. FORO

23.1. 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, perante 02 (duas) testemunhas, para que surta seus efeitos legais.

Sorocaba, _____ de _____ de _____.

CONTRATANTE

**AMHE MED ASSISTÊNCIA A SAÚDE LTDA
CONTRATADA/OPERADORA**

TESTEMUNHAS:

Nome:
RG:

Nome:
RG: