

CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE

1- QUALIFICAÇÃO DAS PARTES

Pelo presente instrumento e na melhor forma de direito, de um lado como, **CONTRATADA, MEDIC GLOBAL PLANOS DE SAÚDE LTDA**, nome fantasia **MEDIC GLOBAL PLANOS DE SAÚDE**, inscrita no CNPJ sob o número 03.548.273/0001-63, com sede na Rua Alcebiades Wolhers, 02, na cidade de Extrema (MG), CEP: 37640-000, e filial inscrita no CNPJ sob o nº 03.548.273/0002-44, com endereço na Avenida Porfírio Ribeiro de Andrade, nº 90, Fátima I, Pouso Alegre (MG), CEP: 37.554-200, **registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS sob nº 41.186-8**, na modalidade de Medicina de Grupo.

De outro lado o **CONTRATANTE**, qualificado no **TERMO ADITIVO CONTRATUAL**, celebram o presente contrato, mediante as cláusulas e condições a seguir:

2 – DADOS GERAIS DO PLANO

Nome Comercial: **Plano De Saúde Coletivo Empresarial Ambulatorial com Coparticipação**

Número de registro do Plano na ANS: **470.013/13-9**

Tipo de Contratação: **Coletivo Empresarial**

Segmentação Assistencial do Plano de Saúde: **Ambulatorial**

Área geográfica de abrangência do plano de saúde: **Municipal**

Área de atuação do Plano de Saúde: **Extrema, Camanducaia, Cambuí, Atibaia e Bragança Paulista**

Padrão de Acomodação em Internação: **Sem internação**

Formação do preço: **Pré-estabelecido**

Serviços e Coberturas Adicionais: **Não**

Vínculo do Beneficiário: **Com vínculo empregatício ativo e com vínculo empregatício inativo**



CLÁUSULA 1ª - ATRIBUTOS DO CONTRATO

1.1. O presente contrato tem por objetivo a prestação continuada de serviços na forma de plano privado de assistência à saúde segmentação ambulatorial, conforme previsto no inciso I, art. 1º da Lei 9.656/98, abrangendo a cobertura descrita na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, CID 10, as especialidades definidas pelo Conselho Federal de Medicina, bem como no Rol de Procedimentos Médicos editados pela ANS, vigente à época do evento, aos Beneficiários regularmente inscritos, na forma e condições deste instrumento.

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

CLÁUSULA 2ª – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

.1 Plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à **CONTRATANTE** por relação empregatícia ou estatutária.

2.2 Podem ser inscritos no plano como Beneficiários Titulares as pessoas que comprovem o vínculo com a **CONTRATANTE**, conforme previsto na legislação em vigor:

2.3 Podem ser inscritos pelo Titular como Beneficiários Dependentes, a qualquer tempo, mediante a comprovação das qualidades abaixo indicadas e da dependência econômica em relação àquele:

- a) O cônjuge;
- b) O companheiro, havendo união estável na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge salvo por decisão judicial.
- c) Os filhos e enteados, ambos com até 18 anos incompletos ou, se estudantes universitários, até 24 anos incompletos;



d) Os tutelados e os menores sob guarda;

2.3.1 A adesão do grupo familiar dependerá da participação do Titular no plano privado de assistência à saúde.

2.4. Em caso de inscrição de filho adotivo menor de 12 (doze) anos, serão aproveitados os períodos de carência já cumpridos pelo Beneficiário Titular ou Dependente adotante.

2.5. No momento da admissão será obrigatório o preenchimento da Declaração Pessoal de Saúde acompanhada da Carta de Orientação do Beneficiário, para fins de inclusão no Contrato, nas seguintes hipóteses:

- a) Nos Contratos com menos de 30 (trinta) beneficiários, ou
- b) Se durante a vigência do contrato, houver 30(trinta) beneficiários ou mais e o pedido de ingresso no plano se der após o período de 30 (trinta) dias da vinculação do beneficiário à **CONTRATANTE** ou da elegibilidade do seu beneficiário dependente.

2.6. A **CONTRATANTE** se compromete a informar, na data de assinatura do Contrato, todos os beneficiários que se encontrem afastados e/ou internados, seja em ambiente hospitalar, seja em ambiente domiciliar (“home-care”), aqueles em tratamentos com medicamentos especiais e aqueles portadores de doenças crônicas.

2.7. A Medic Global exigirá, no momento da contratação, a documentação a seguir:

2.7.1. Para Sociedade Comercial: Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ; Contrato Social da Sociedade Comercial atualizado e registrado na Junta Comercial;

2.7.2. Para Sociedade Civil: Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ; Contrato Social da Sociedade Civil atualizado e registrado em Cartório;

2.7.3. Para Sociedade Anônima: Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ; Estatuto Social da Sociedade Anônima, atualizado e publicado no Diário Oficial;



2.7.4. Comprovação dos Beneficiários Titulares:

2.7.4.1. Para inclusão dos funcionários com vínculo empregatício

- a) Relação atualizada do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço - FGTS acompanhada da última Guia de Recolhimento quitada; ou
- b) Cópia da Carteira de Registro Profissional, quando solicitada pela Medic Global; ou
- c) Ficha de Registro de Empregados com carimbo e assinatura do representante legal, para funcionários recém admitidos;

2.7.4.2. Para sócios e administradores: documento societário comprobatório do vínculo com a **CONTRATANTE**.

2.7.4.3. Para estagiários e aprendizes: Contrato de estágio ou de aprendizagem, com o respectivo prazo de validade.

2.7.4.4. Para trabalhadores temporários: contrato de trabalho temporário entre a **CONTRATANTE** a empresa cedente da mão de obra e o funcionário temporário.

2.7.4.5. Para estatutários: Nomeação publicada no Diário Oficial ou documento similar de vinculação à **CONTRATANTE**.

2.7.4.6. Para agentes políticos: Nomeação publicada no Diário Oficial ou documento similar de vinculação à **CONTRATANTE**.

2.7.5. Comprovação dos Beneficiários Dependentes

2.7.5.1. Cônjuge: Certidão de Casamento;

2.7.5.2. Companheiro (a): do mesmo sexo ou de sexo oposto: Escritura Pública de Declaração de União Estável emitida por Cartório de Títulos e Documentos, na qual ambos os companheiros declarem a união estável e o início da convivência; ou Declaração Padrão fornecida pela Medic Global, na qual ambos os companheiros



declarem a união estável e o início da convivência, com firma reconhecida por ambos e assinatura de duas testemunhas;

2.7.5.3. Filho (a): Certidão de Nascimento ou documento de identidade com foto; para o filho adotivo, Certidão de Nascimento e documento de adoção.

2.7.5.4. Tutelado (a) e menor sob guarda: Certidão de Nascimento ou documento de identidade com foto e Termo de Tutela ou Guarda;

2.7.5.5. Enteadado (a): Certidão de nascimento em conjunto com a certidão do casamento ou com os documentos que comprovem a União Estável, conforme item 2.7.5.2.

2.8. Não será aceita a inclusão de funcionário ou dependente que não tenha a elegibilidade prevista nos itens anteriores, sob pena de a **CONTRATANTE** responder, perante a Medic Global, por todos os ônus e/ou penalidades que eventualmente sejam por ela suportados e/ou impostas, mesmo após o encerramento do Contrato.

2.9. A Medic Global poderá solicitar e a **CONTRATANTE** se obriga a fornecer, a qualquer tempo, documentação complementar para averiguação da regularidade do vínculo do Beneficiário com a **CONTRATANTE** e daquele com seu(s) dependente(s), sendo esta responsável pelas informações prestadas, inclusive referentes aos dados cadastrais dos Beneficiários exigidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, bem como dos Beneficiários das eventuais Empresas Sub**CONTRATANTE**s que eventualmente venham a ser incluídos no plano, as quais se tornarão automaticamente cientes e solidárias às condições **CONTRATADAS**.

2.10. A **CONTRATANTE** tem ciência de que o não fornecimento, o fornecimento incompleto, incorreto e/ou a não atualização dos dados cadastrais dos Beneficiários, poderá acarretar a rejeição do cadastro por parte da ANS, constituindo, ainda, infração às normas editadas por aquela agência, bem como de que as inconsistências nos dados cadastrais poderão impedir a movimentação da massa de Beneficiários, com a obrigatoriedade de pagamento de taxas e ressarcimentos desnecessários pela Medic Global à ANS.



2.11. Em razão do disposto no subitem anterior, as Partes acordam que, quando da implantação do Contrato, se após a análise dos dados cadastrais dos Beneficiários enviados à Medic Global forem detectados dados incompletos ou incorretos, a **CONTRATANTE** se compromete a regularizar as pendências existentes, no prazo máximo de 30 (trinta) dias a contar da comunicação da Medic Global, assumindo e isentando-a de todos os riscos, ônus e/ou penalidades, inclusive pecuniárias, decorrentes do não fornecimento, do fornecimento incompleto, incorreto e/ou da não atualização dos dados cadastrais dos Beneficiários a ela vinculados. A **CONTRATANTE** responsabiliza-se, ainda, pelos ônus e/ou penalidades, inclusive pecuniárias, que eventualmente sejam suportados/impostos à Medic Global pela ANS, em razão da inobservância das obrigações acima citadas, mesmo após o encerramento do Contrato, bem como pelos custos envolvidos na obtenção dos referidos dados junto a outras fontes que os disponibilizem, no sentido de sanar tais pendências.

2.12. A **CONTRATANTE**, a critério da **CONTRATADA** e se assim for conveniente, deverá enviar à Medic Global, na data da assinatura do Contrato, cadastro de todos os Beneficiários titulares e respectivos dependentes que serão inscritos no plano, em impresso próprio fornecido pela Operadora ou através de transferência eletrônica, dentro de layout preestabelecido por ela, juntamente, se o caso exigir, com a Declaração Pessoal de Saúde devidamente preenchida e assinada. A partir da data da inclusão, os Beneficiários terão direito às coberturas contratuais, de modo a surtir os efeitos determinados pela legislação em vigor, inclusive para atender às exigências da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

CLÁUSULA 3ª – COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

3.1 Respeitados os prazos de carência, as exclusões e as coberturas estabelecidas neste contrato, o **BENEFICIÁRIO** terá cobertura para as despesas ambulatoriais, exames complementares e serviços auxiliares listados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, através do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, relacionados às doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde (CID 10).



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

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

3.1.3 A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais priorizará o atendimento ambulatorial e em consultórios.

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

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

3.2. COBERTURAS AMBULATORIAIS EM UNIDADES DA REDE REFERENCIADA PELA CONTRATADA:

3.2.1 Ao BENEFICIÁRIO serão asseguradas as coberturas com despesas decorrentes de cirurgias ambulatoriais que não necessitem de internação hospitalar, consultas médicas, exames clínicos e laboratoriais, bem como terapias, conforme relacionado a seguir:

a) Cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, aptas a atender as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM;

b) cobertura de consultas e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo, de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de



Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, conforme indicação do médico assistente.

c) Psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, conforme Diretrizes de Utilização, que poderão ser realizados tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitados;

d) 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;

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

f) Cobertura para os atendimentos nos casos de planejamento familiar, incluindo:

- atividades educacionais;
- consultas de aconselhamento para planejamento familiar;
- atendimento clínico;
- sulfato de DEHIDROEPIANDROSTERON A (SDHEA);
- implante de dispositivo intra-uterino (diu) hormonal, incluindo o dispositivo.

g) Cobertura para os seguintes procedimentos, considerados especiais:

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

h) Medicamentos registrados/regularizados na ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos para a segmentação ambulatorial;



i) Cobertura de tratamentos antineoplásicos domiciliares de uso oral, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes, conforme as Diretrizes de Utilização Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigentes à época do evento.

CLÁUSULA 4ª – EXCLUSÕES DE COBERTURA

4.1 ESTÃO EXCLUÍDOS DA COBERTURA AS DESPESAS COM ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA DE QUALQUER NATUREZA, INCLUSIVE AS RELACIONADAS COM ACIDENTES.

4.2 ESTÃO EXCLUÍDOS DA COBERTURA AS DESPESAS COM OS SEGUINTE PROCEDIMENTOS:

- A) QUALQUER TIPO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR. TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO EXPERIMENTAL, ASSIM DEFINIDO PELA AUTORIDADE COMPETENTE;
- B) PROCEDIMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS PARA FINS ESTÉTICOS, BEM COMO ÓRTESES E PRÓTESES PARA O MESMO FIM;
- C) INSEMINAÇÃO ARTIFICIAL;
- D) TRATAMENTO DE REJUVENESCIMENTO OU DE EMAGRECIMENTO COM FINALIDADE ESTÉTICA;
- E) FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS IMPORTADOS NÃO NACIONALIZADOS, OU SEJA, SEM REGISTRO VIGENTE NA ANVISA;
- F) ATENDIMENTO DOMICILIAR, INCLUINDO ALUGUEL DE EQUIPAMENTOS E SIMILARES PARA TRATAMENTO DOMICILIAR, MATERIAIS E MEDICAMENTOS PARA TRATAMENTO DOMICILIAR, SERVIÇOS DE ENFERMAGEM DOMICILIAR E REMOÇÃO DOMICILIAR;
- G) 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;



- H) FORNECIMENTO DE PRÓTESES, ÓRTESES E SEUS ACESSÓRIOS NÃO LIGADOS AO ATO CIRÚRGICO;
- I) TRATAMENTOS ODONTOLÓGICOS;
- J) TRATAMENTOS ILÍCITOS OU ANTIÉTICOS, ASSIM DEFINIDOS SOB O ASPECTO MÉDICO, OU NÃO RECONHECIDO PELAS AUTORIDADES COMPETENTES; E
- K) CASOS DE CATACLISMOS, GUERRAS E COMOÇÕES INTERNAS QUANDO DECLARADOS PELA AUTORIDADE COMPETENTE;
- L) TRATAMENTOS EM CLÍNICAS DE REPOUSO, SPAS, ESTÂNCIAS HIDROMINERAIS, CLÍNICAS PARA ACOLHIMENTO DE ACOLHIMENTO.
- M) QUAISQUER OUTRAS DESPESAS COM ASSISTÊNCIA À SAÚDE NÃO ESTABELECIDAS NO ROL DEFINIDO PELA ANS VIGENTE À ÉPOCA DO EVENTO, PARA A SEGMENTAÇÃO AMBULATORIAL.

CLÁUSULA 5ª – DURAÇÃO DO CONTRATO

5.1 O presente Contrato vigorará pelo prazo de 12 (doze) meses, contados da data do contrato, desde que até este momento não seja feito nenhum pagamento à operadora.

5.2 O contrato será renovado automaticamente, por prazo indeterminado, ao término da vigência inicial, sem cobrança de qualquer taxa ou outro valor no ato da renovação, salvo manifestação formal em contrário por qualquer uma das partes, mediante aviso prévio de 30 (trinta) dias anteriores ao seu vencimento.

5.2.1 A **CONTRATADA** e a **CONTRATANTE** poderão excluir mediante acordo, qualquer uma das **SUBCONTRATANTES** deste contrato, antes mesmo do fim do período inicial de fidelização, estando elas (**SUBCONTRATANTES**), desde já, cientes e de acordo com tal condição.

CLÁUSULA 6ª – PERÍODOS DE CARÊNCIA

6.1 Na proposta de adesão constará os prazos de carências para acesso as coberturas observando os seguintes limites, a contar da data de inclusão do beneficiário ao plano:



Procedimento	Período de Carência
Urgência/Emergência	24 horas
Consultas médicas	30 dias
Exames de Patologia Clínica	30 dias
Outros Exames	90 dias
Quimioterapia e Radioterapia	180 dias
Diálise e Hemodiálise	180 dias
Pequenas cirurgias e atendimentos ambulatoriais	180 dias
Tratamento Fisioterápico	90 dias
Tratamento Psiquiátrico	180 dias
Demais casos	180 dias
Parto à termo	300 dias

6.2 Não será exigida carência quando houver 30 beneficiários ou mais vinculados ao contrato no momento da adesão do beneficiário.

CLÁUSULA 7ª – DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

7.1 O beneficiário deverá informar à **CONTRATADA**, quando expressamente solicitado na documentação contratual por meio da Declaração de Saúde, o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes à época da adesão ao presente contrato, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou rescisão unilateral do contrato, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656/1998.

7.2 Doenças ou Lesões Preexistentes são aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofrendor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei nº 9656/1998, o inciso IX do art. 4º da Lei nº 9961/2000 e as diretrizes estabelecidas na Resolução Normativa nº 162/2007, e suas posteriores atualizações.



7.3 Para informar a existência de doenças e lesões preexistentes, o Beneficiário Titular preencherá o Formulário de Declaração de Saúde acompanhado da Carta de Orientação ao Beneficiário e poderá solicitar um médico para orientá-lo.

7.3.1 O beneficiário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados ou referenciados pela **CONTRATADA**, sem qualquer ônus para o beneficiário.

7.3.2 Caso o beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da **CONTRATADA**, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus financeiro dessa entrevista.

7.3.3 O objetivo da entrevista qualificada é orientar o beneficiário para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ser portador ou sofrendor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.

7.4 É vedada a alegação de omissão de informação de doença ou lesão preexistente quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário pela **CONTRATADA**, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.

7.4.1 Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do beneficiário, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a **CONTRATADA** oferecerá a cobertura parcial temporária, e, dependendo do caso, ser-lhe-á facultada a oferta do agravo. Caso a **CONTRATADA** não ofereça Cobertura Parcial Temporária no momento da adesão contratual, não caberá alegação de omissão de informação na Declaração de Saúde ou aplicação posterior de Cobertura Parcial Temporária ou Agravo.

7.4.2 Cobertura Parcial Temporária - CPT é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado



de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.

7.4.3 Agravo é qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura **CONTRATADA**, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.

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

7.4.5 Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no site <http://www.ans.gov.br/>.

7.5 É vedada à **CONTRATADA** a alegação de Doença ou Lesão Preexistente decorridos 24 meses da data da celebração do contrato ou da adesão ao plano privado de assistência à saúde.

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

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

7.7 Identificado indício de fraude por parte do beneficiário, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da adesão ao plano privado



de assistência à saúde, a **CONTRATADA** deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao beneficiário através de Termo de Comunicação ao Beneficiário e poderá solicitar abertura de processo administrativo junto a ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do beneficiário à Cobertura Parcial Temporária.

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

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

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

7.7.4 Se solicitado pela ANS, o Beneficiário deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.

7.7.5 Após julgamento, e acolhida à alegação da **CONTRATADA**, pela ANS, o Beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação da constatação da doença e lesão preexistente, pela **CONTRATADA**, bem como será excluído do contrato.

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

7.8 Não haverá Cobertura Parcial Temporária ou Agravo, nos casos de Doença e Lesão Preexistente, quando o número de participantes for igual ou maior que trinta, 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**.



CLÁUSULA 8ª – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

8.1 É obrigatória por parte da **CONTRATADA** a cobertura integral, ambulatorial, do atendimento nos casos de:

- I. **urgência**, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional; e
- II. **emergência**, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

8.2. A **CONTRATADA** garantirá os atendimentos decorrentes de acidentes pessoais, sem restrições, depois de decorridas 24 horas de vigência do contrato.

8.3. A cobertura será prestada por 12 (doze) horas ou, caso surja a necessidade de internação, por período inferior, para:

- I - os atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, durante o cumprimento dos períodos de carência;
- II - os atendimentos de urgência e emergência, quando efetuados no decorrer dos períodos de carência para internação; e
- III - os casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia ou procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças ou lesões preexistentes.

8.4. Após cumpridas as carências, haverá cobertura dos atendimentos de urgência e emergência desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções.

8.5 DA REMOÇÃO

8.5.1 A **CONTRATADA** garantirá a remoção do paciente nas seguintes hipóteses:

- a. para outra unidade de atendimento da rede do plano, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada,



pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente; e

- b. para uma unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, nos casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças ou lesões preexistentes.

8.5.2 Da Remoção para o SUS:

8.5.2.1 À **CONTRATADA** caberá 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.

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

8.5.2.3 A **CONTRATADA** deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS.

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

8.6 DO REEMBOLSO

8.6.1 Será garantido ao Beneficiário o reembolso das despesas decorrentes dos atendimentos de urgência e emergência ocorridos na área de abrangência geográfica da cobertura contratual sempre que não for possível a utilização dos serviços de prestadores da rede assistencial deste plano.



8.6.2 O beneficiário terá o prazo de 1 (um) ano para solicitar o reembolso, devendo para tanto apresentar à **CONTRATADA** os seguintes documentos:

8.6.2.1. Via original do documento comprobatório do pagamento das despesas ao profissional e/ou instituição não credenciada pela **CONTRATADA** (Recibos e/ou Notas Fiscais);

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

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

8.6.3 O reembolso será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento da documentação completa pela **CONTRATADA**, e seu valor não poderá ser inferior ao praticado por esta junto à rede assistencial do presente plano.

CLÁUSULA 9ª – MECANISMOS DE REGULAÇÃO

9.1 CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO:

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

9.1.2 O beneficiário, no extravio do Cartão, para obter uma 2ª (segunda) via, comunicará o fato imediatamente à **CONTRATADA**, arcando com as despesas da confecção de outra via.

9.1.3 Cessa a responsabilidade do beneficiário a partir da comunicação do extravio do cartão de identificação.



9.2 AUTORIZAÇÕES PRÉVIAS:

9.2.1 Para a realização dos procedimentos **CONTRATADA**s será necessária a obtenção de **AUTORIZAÇÃO PRÉVIA** através de **GUIA**, exceto consultas e os casos caracterizados como urgência e emergência.

9.2.2 O pedido médico deverá ser apresentado à Central de Emissão de Guias da **CONTRATADA** que emitirá resposta pelo profissional avaliador no prazo de 01 (um) dia útil, a contar da data da solicitação à **CONTRATADA**, ou em prazo inferior, quando caracterizada a urgência.

9.2.3 Os procedimentos deverão ser solicitados pelo médico-assistente ou cirurgião-dentista em formulário específico e disponibilizado pela **CONTRATADA**, ou quando não credenciado, em Receituário, contendo dados do **BENEFICIÁRIO**, descrição dos exames e especificação de acordo com CID.

9.3. SEGUNDA OPINIÃO MÉDICA:

9.3.1. A Medic Global condicionará a autorização de procedimentos solicitados pelo médico assistente, à realização de Segunda Opinião Médica para os casos em que houver necessidade de uma melhor elucidação diagnóstica, respeitados os prazos para disponibilização do procedimento previsto pela RN 259/11.

9.3.2. Quando necessário, a realização da segunda Opinião será presencial com o médico auditor da Medic Global, hipótese em que o **BENEFICIÁRIO** estará obrigado a comparecer em consulta agendada pela Operadora.

9.3.3. O não comparecimento do **BENEFICIÁRIO** na consulta agendada para a realização da Segunda Opinião prejudicará a análise da autorização solicitada até sua realização.

9.3.4. Caso a Segunda Opinião Médica leve à conclusão pela não indicação do(s) Procedimento(s) solicitado(s), a definição do impasse dar-se-á através de Junta Médica.



9.4 JUNTA MÉDICA:

9.4.1 A **CONTRATADA** garante, no caso de situações de divergência médica, a definição do impasse através de junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo beneficiário, por médico da operadora e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais nomeados.

9.4.2 Cada uma das partes pagará os honorários do profissional que nomear, exceto se o médico-assistente escolhido pelo beneficiário pertencer à rede credenciada ou própria da **CONTRATADA**, que nesse caso, arcará com os honorários de ambos os nomeados. A remuneração do terceiro desempatador deverá ser paga pela operadora.

9.5 DA COPARTICIPAÇÃO:

9.5.1 Coparticipação é a participação na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário diretamente à operadora, após a realização de procedimento.

9.5.2 Os valores ou percentuais referentes à coparticipação estarão de acordo com o normativo editado pela ANS vigente, e serão devidamente preenchidos no momento da contratação, na PROPOSTA DE ADESÃO.

9.5.3 Estão sujeitos a coparticipação:

- a. consultas, inclusive aquelas realizadas em ambiente ambulatorial (consultório médico ou pronto atendimento), no percentual de 50%;
- b. exames e terapias, no percentual de 50%;
- c. quimioterapia e radioterapia, no percentual de 50%;
- d. demais tratamentos, no percentual de 50%.

9.5.4 Os procedimentos da segmentação ambulatorial (consultas, exames, terapias, outros atendimentos ambulatoriais) que vierem a ser inclusos no rol editado pela ANS, posteriormente a assinatura do contrato, também estarão sujeitos a coparticipação, dentro dos limites legais.



9.6 SERVIÇOS PRÓPRIOS E REDE CREDENCIADA:

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

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

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

- a. A substituição da entidade hospitalar seja por outra equivalente e mediante comunicação aos consumidores e à ANS com trinta dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo, os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor;
- b. Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, a operadora deverá solicitar à ANS autorização expressa.
- c. A substituição de prestadores não hospitalares, seguirá os normativos vigentes da ANS, e estará disponível no site da operadora para consulta do beneficiário.

9.6.4 No caso de dificuldades de acesso a rede de prestadores dentro dos prazos de garantia de atendimento estabelecidos em normas vigentes, o beneficiário deverá contatar a operadora, que indicará o prestador apto a atendê-lo dentro desses prazos.

9.7. ALTERAÇÕES NA REDE CREDENCIADA:



9.7.1. É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outra equivalente e mediante comunicação aos Beneficiários e à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor.

9.8. TELEATENDIMENTO

9.8.1 A **CONTRATANTE** reconhece e aceita que os beneficiários deste plano de saúde poderão ser atendidos por médicos através da modalidade de teleatendimento (consulta online), conforme previsto na regulamentação vigente e em consonância com as diretrizes estabelecidas pelos órgãos competentes. O teleatendimento será realizado mediante a utilização de plataformas seguras e apropriadas, visando garantir a confidencialidade e a segurança das informações trocadas durante as consultas.

9.8.2 A **CONTRATANTE** está ciente de que o teleatendimento poderá ser utilizado tanto para consultas iniciais, inclusive relacionadas a Pronto Atendimento, quanto para acompanhamentos, conforme a necessidade e a critério do médico responsável. A utilização desta modalidade de atendimento não comprometerá a qualidade e a eficácia dos serviços prestados, sendo assegurado aos beneficiários o mesmo padrão de atendimento oferecido em consultas presenciais.

9.8.3 A **CONTRATANTE** compreende que, em casos específicos, o médico poderá considerar necessário o encaminhamento do beneficiário para uma consulta presencial, exames complementares ou outras formas de atendimento, com o objetivo de proporcionar um diagnóstico mais preciso e um tratamento adequado.

9.8.4 Ao aderir a este plano de saúde, a **CONTRATANTE** expressamente aceita os termos desta cláusula, reconhecendo os benefícios e as limitações inerentes ao teleatendimento, e concorda em comunicar aos Beneficiários todas as informações pertinentes relacionadas a esta modalidade de atendimento.

CLÁUSULA 10ª – FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE



10.1 O **CONTRATANTE** obriga-se a pagar à **CONTRATADA**, em pré-pagamento, por meio de emissão de nota fiscal/boleto, as obrigações financeiras decorrentes da prestação de serviços: a soma das mensalidades correspondentes a cada faixa etária dos beneficiários, titulares e/ou dependentes, inscritos nos planos vinculados neste contrato, valores estes constantes no Termo de Adesão; taxa de inscrição ou de segunda via de cartão de identificação; eventuais valores de coparticipação decorrentes da utilização; multas, juros e correção monetária, quando for o caso.

10.2 As obrigações financeiras decorrentes da prestação de serviços serão pagas até seus respectivos vencimentos, conforme acordado no Termo de Adesão, sendo que a cobrança se dará com a emissão dos competentes documentos de cobrança.

10.3 Quando a data de vencimento cair em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser realizado até o primeiro dia útil subsequente, sem que haja qualquer penalização ao **CONTRATANTE**.

10.4 Ocorrendo impontualidade no pagamento da mensalidade, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso, além de multa de 2% (dois por cento) ou, ainda, conforme o caso, ressarcimento por perdas e danos, honorários advocatícios e reembolso de cobrança de custas judiciais e extrajudiciais.

10.5 O inadimplemento das obrigações financeiras previstas no presente contrato acarretará a inclusão dos dados do **CONTRATANTE** nos órgãos de proteção ao crédito.

10.6 A **CONTRATADA** não poderá fazer distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles a este já vinculados, devendo ser respeitadas os valores por faixas etárias dos planos **CONTRATADAS**.

10.7. Na hipótese de haver redução no perfil da massa (etário e gênero) no decorrer da vigência do Contrato, em percentual igual ou superior a 30% (trinta por cento), o



faturamento mínimo do contrato tomará por base o número de vidas correspondente a 70% (setenta por cento) do número de beneficiários analisados na Proposta Comercial.

10.7.1. Será considerado para cálculo do faturamento mínimo o valor da menor contraprestação pecuniária dentre os planos **CONTRATADAS**, dos Beneficiários ativos.

CLÁUSULA 11ª – REAJUSTE

11.1 Para fins de reajuste será considerado a totalidade dos beneficiários vinculados aos planos objeto deste contrato.

11.2 Conforme o número de vidas do contrato a ser apurado no seu último aniversário, ou na data de sua pactuação, caso este ainda não tenha completado 12 (doze) meses de vigência, este integrará ou não o agrupamento de contratos coletivos para composição das regras do Pool de Risco da RN 309/12.

11.2.1 Se este contrato **possuir até 30 vidas** na data de sua assinatura/mês de seu aniversário, ser-lhe-á aplicado o reajuste do agrupamento no seu aniversário subsequente, observando os **critérios estabelecidos no item 11.3**.

11.2.2 Se este contrato **possuir acima de 30 vidas** na data de sua assinatura/mês de seu aniversário, não comporá o agrupamento e ser-lhe-á aplicado, no seu aniversário subsequente, o reajuste conforme os **critérios estabelecidos no item 11.4**.

11.2.3 Ficarão disponíveis, no sítio eletrônico dessa operadora, o percentual de reajuste a ser aplicado ao agrupamento de contratos, os contratos que receberão o reajuste, com o código informado no sistema RPC, e seus respectivos planos, com número de registro na ANS.

11.3 O critério para o reajuste anual da contraprestação pecuniária do contrato agregado ao agrupamento observará o disposto nesse item.



11.3.1 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 aplicado aos planos individuais, pela ANS, e na inexistência/apuração negativa do referido índice, de acordo com o IPCA. Este será apurado no período de 12 meses consecutivos, com uma antecedência de 30 (trinta) dias em relação a data-base de aniversário, considerada esta como sendo o mês de assinatura do Contrato.

11.3.1.1 Na hipótese de descontinuidade dos índices estabelecido no item 11.3.1, será estipulado novo índice mediante instrumento específico.

11.3.2 Caso seja verificado o desequilíbrio econômico-atuarial da carteira de planos coletivos com até 30 (trinta) vidas, este será reavaliado, nos termos descritos a seguir.

11.3.2.1 O desequilíbrio é constatado quando o nível de sinistralidade da carteira ultrapassar o índice de 75% (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.

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

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

Onde: **S** - Sinistralidade apurada no período

S_m - Meta de Sinistralidade expressa em contrato

11.3.3 Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, previsto no item 11.3.2, este deverá ser procedido de forma complementar ao especificado no item 11.3.1 e na mesma data, de forma a garantir a anualidade dos reajustes.

11.4 O critério para o reajuste anual da contraprestação pecuniária do contrato não agregado ao agrupamento observará o disposto nesse item.



11.4.1 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.

11.4.1.1 Para o primeiro ano de vigência do contrato, com a finalidade de apresentar o percentual de reajuste com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, o período de apuração do índice poderá variar.

11.4.2 Caso seja verificado o desequilíbrio econômico-atuarial do contrato com mais de 30 (trinta) vidas, este será reavaliado nos termos descritos a seguir.

11.4.2.1 O desequilíbrio é constatado quando o nível de sinistralidade da carteira ultrapassar o índice de 75% (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.

11.4.2.2 Para o primeiro ano de vigência do contrato, com a finalidade de apresentar o percentual de reajuste com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, o período de apuração dos dados será de 10 meses consecutivos.

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

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

Onde: S - Sinistralidade apurada no período

Sm - Meta de Sinistralidade expressa em contrato

11.4.3 Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, previsto no item 11.4.2, este deverá ser procedido de forma complementar ao especificado no item 11.3.1 e na mesma data, de forma a garantir a anualidade dos reajustes.



11.5 No mês de aplicação do reajuste a operadora encaminhará ao **CONTRATANTE** a memória de cálculo do percentual de reajuste a que se refere os itens 11.3 e 11.4 supra, conforme o caso, demonstrando os critérios para sua apuração.

11.6 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.

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

11.8 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.

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

CLÁUSULA 12ª – FAIXAS ETÁRIAS

12.1 As mensalidades são estabelecidas de acordo com a faixa etária de cada beneficiário inscrito. Ocorrendo alteração na idade de qualquer dos beneficiários inscritos que importe em deslocamento para a faixa etária superior, as mensalidades serão aumentadas automaticamente, no mês seguinte ao do aniversário do beneficiário.

12.2 Para fins deste contrato, ficam fixadas as seguintes faixas etárias:

	Faixa Etária	% de variação entre as faixas
1	De 0 a 18 anos de idade	00,00%
2	De 19 a 23 anos de idade	22,15%
3	De 24 a 28 anos de idade	33,72%
4	De 29 a 33 anos de idade	11,40%
5	De 34 a 38 anos de idade	9,84%



6	De 39 a 43 anos de idade	17,27%
7	De 44 a 48 anos de idade	6,95%
8	De 49 a 53 anos de idade	30,26%
9	De 54 a 58 anos de idade	51,37%
10	59 anos de idade ou mais	19,71%

12.3 Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária corresponderão aos percentuais indicados acima, incidindo sobre o preço da faixa etária anterior, e não se confundem com o reajustamento disciplinado na cláusula de Reajuste.

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

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

CLAUSULA 13ª – REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS

13.1 DO DIREITO DE MANUTENÇÃO DA CONDIÇÃO DE BENEFICIÁRIO PARA EX-EMPREGADOS DEMITIDOS OU EXONERADOS SEM JUSTA CAUSA OU APOSENTADOS.

13.1.1 A **CONTRATANTE** assegura ao beneficiário titular que contribuir para o plano privado de assistência à saúde no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho, sem justa causa, ou aposentadoria, o direito de manter sua condição de beneficiário - e dos beneficiários dependentes a ele vinculados - nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma junto à **CONTRATANTE** o pagamento integral das mensalidades, conforme disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656, de 1998, observada a Resolução nº 489/22, e suas posteriores alterações.

13.1.2 O período de manutenção da condição de beneficiário para ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa será de um terço do tempo de contribuição ao



plano, ou sucessor, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses.

13.1.3 O período de manutenção da condição de beneficiário para o ex-empregado aposentado será:

- a. indeterminado, se o ex-empregado contribuiu para o plano pelo prazo mínimo de dez anos; ou
- b. à razão de um ano para cada ano de contribuição, se o ex-empregado contribuiu por período inferior a dez anos.

13.1.4 A manutenção da condição de beneficiário está assegurada a todos os dependentes do beneficiário demitido ou aposentado inscritos quando da vigência do contrato de trabalho (artigo 30, § 2º, e artigo 31, § 2º da Lei nº 9656, de 1998), podendo o direito ser exercido individualmente pelo ex-empregado ou com parte do seu grupo familiar (artigo 7º, § 1º da RN nº 488/22 e suas posteriores alterações);

13.1.5 O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado deve optar pela manutenção do benefício no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da comunicação inequívoca do empregador sobre a opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho formalizada no ato da concessão do aviso prévio, a ser cumprido ou indenizado, ou da comunicação da aposentadoria (artigo 10 da RN nº 488/22 e suas posteriores alterações);

13.1.6 O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado poderá incluir novo cônjuge e filhos no período de manutenção da condição de beneficiário (artigo 7º, § 2º da RN nº 488/22);

13.1.7 Em caso de morte do ex-empregado demitido ou aposentado, o direito de permanência no plano é assegurado aos dependentes nos termos do disposto no artigos 30 e 31 da Lei nº 9656, de 1998 e no artigo 8º da RN nº 488/22, e suas posteriores alterações);



13.1.8 O direito de manutenção assegurado ao beneficiário demitido ou aposentado não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas ou acordos coletivos de trabalho (artigo 30, § 4º e artigo 31, § 2º da Lei nº 9656, de 1998, e artigo 9º da RN nº 488/22 e suas posteriores alterações);

13.1.9 A condição de beneficiário deixará de existir:

- a. pelo decurso dos prazos de manutenção previstos nos parágrafos únicos dos artigos 4º e 5º da RN nº 488/22 e suas posteriores alterações; ou
- b. pela admissão do beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado em novo emprego considerado novo vínculo profissional que possibilite o ingresso do ex-empregado em um plano de assistência à saúde coletivo empresarial, coletivo por adesão ou de autogestão (artigo 30, § 5º e artigo 31, § 2º da Lei nº 9656, 1998 c.c inciso II e § 1º do artigo 26 e inciso III do artigo 2º da RN nº 488/22 e suas posteriores alterações; ou
- c. pelo cancelamento pelo empregador do benefício do plano privado de assistência à saúde concedido aos seus empregados ativos e ex-empregados (inciso III do artigo 26 da RN nº 488/22 e suas posteriores alterações.

13.1.10 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 9656, 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 488/22, c.c artigo 8º da RN nº 438/18, e suas posteriores alterações.

13.1.11 Ao empregado aposentado que continua trabalhando na mesma empresa e dela vem a se desligar é garantido o direito de manter sua condição de beneficiário nos termos do disposto no artigo 31 da Lei nº 9656, de 1998 e na RN nº 488/22, e suas posteriores alterações.

13.2 DO CANCELAMENTO DO BENEFÍCIO DO PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE.



13.2.1 No caso de cancelamento do benefício do plano privado de assistência à saúde oferecido aos empregados e ex-empregados da **CONTRATANTE**, os beneficiários poderão optar, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o cancelamento do benefício, em ingressar em um plano Individual ou Familiar da **CONTRATADA**, sem a necessidade do cumprimento de novos prazos de carência, desde que:

- a. A **CONTRATADA** disponha de um plano individual ou familiar;
- b. O beneficiário titular se responsabilize pelo pagamento de suas mensalidades e de seus dependentes;
- c. O valor da mensalidade corresponderá ao valor da Tabela Vigente na data de adesão ao plano Individual Familiar;

13.2.2 Incluem-se no universo de beneficiários todo o grupo familiar vinculado ao beneficiário titular.

CLÁUSULA 14ª – CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

14.1 A perda da qualidade de beneficiário poderá ocorrer nas seguintes situações:

14.1.1 Perda da qualidade de beneficiário titular:

- a. pela rescisão do presente contrato;
- b. pela perda do vínculo com a pessoa jurídica **CONTRATANTE**, ressalvadas as condições previstas nos artigos nº 30 e nº 31 da Lei nº 9.656/98;
- c. fraude praticada pelo beneficiário titular, apurada de acordo com a legislação vigente.

14.1.2 Perda da qualidade de beneficiário dependente:

- a. pela perda da condição de dependência prevista nas condições gerais deste contrato;
- b. a pedido do beneficiário titular;



- c. fraude praticada pelo beneficiário dependente, apurada de acordo com a legislação vigente.

14.2 Caberá tão-somente à pessoa jurídica **CONTRATANTE** solicitar a suspensão ou exclusão de beneficiários.

14.3 A **CONTRATADA** só poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência da pessoa jurídica **CONTRATANTE** nas seguintes hipóteses:

- a. fraude;
- b. por perda do vínculo do titular com a pessoa jurídica **CONTRATANTE**, ou de dependência, previstos neste contrato, ressalvado o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/1998

CLÁUSULA 15ª - DAS INCLUSÕES E EXCLUSÕES DOS BENEFICIÁRIOS

15.1 O **CONTRATANTE** se obriga a fornecer a relação dos beneficiários a serem inscritos e seus respectivos dados cadastrais, conforme previsto na legislação vigente e nos padrões de arquivo e/ou formulários definidos pela **CONTRATADA**, bem como os comprovantes de vinculação do beneficiário titular com o **CONTRATANTE** e da situação de dependência, nos termos deste contrato.

15.2 O **CONTRATANTE** obriga-se a comunicar à **CONTRATADA**, por escrito ou por meio eletrônico (movimentação eletrônica empresarial), as inclusões e exclusões de beneficiários para os efeitos deste contrato, que não gerarão efeitos em caso de erro de preenchimento pelo **CONTRATANTE**.

15.3 O **CONTRATANTE** manterá seu cadastro atualizado e será o único responsável pelas informações nele contidas, responsabilizando-se, ainda, pelas consequências advindas da não comunicação, em tempo hábil, à **CONTRATADA** de dados importantes para a prestação de serviços ou por fornecimento de informação inexata para disponibilização ou cancelamento dos serviços pactuados. Atenderá às solicitações



de documentação feitas pela **CONTRATADA** no prazo de 3 (três) dias corridos da data de recebimento da solicitação.

15.4 O **BENEFICIÁRIO** que deixar de atender às condições exigidas para sua manutenção será excluído do contrato, quando:

- a. o **CONTRATANTE** solicitar, por escrito ou por meio eletrônico específico a exclusão;
- b. o beneficiário titular perder o vínculo com o **CONTRATANTE**;
- c. ocorrer prática de ato ilícito ou fraude contra o plano;
- d. vier a falecer, após a comunicação do fato à **CONTRATADA** pelo **CONTRATANTE** requerendo sua exclusão;
- e. ocorrer perda da qualidade de beneficiário dependente, conforme requisitos do presente contrato.

15.5 A exclusão do beneficiário titular cancelará a inscrição de seu(s) respectivo(s) dependente(s).

15.6 A comunicação do falecimento do beneficiário titular é obrigação contratual do **CONTRATANTE** e, até que o faça formalmente, permanecerá responsável pelas obrigações financeiras decorrentes da manutenção do beneficiário falecido no plano de saúde.

15.7 O **CONTRATANTE** se obriga, quando das exclusões, a devolver para a **CONTRATADA** os respectivos cartões de identificação do beneficiário titular e de eventuais dependentes no prazo máximo de 30 (trinta) dias da exclusão daquele. Não o fazendo, arcará com os ônus, em custo operacional, de qualquer utilização indevida por parte do(s) beneficiário(s) excluído(s) ou de seus dependentes, valores estes que serão incluídos na fatura mensal de serviços ou serão objeto de fatura especificamente emitida.

15.8 O ex-empregado aposentado ou demitido sem justa causa que tenha contribuído com a mensalidade do(s) plano(s) goza dos direitos de manutenção do plano de saúde,



assumindo o pagamento integral das mensalidades, de acordo com as condições descritas na cláusula **Regras para Instrumentos Jurídicos Coletivos**.

15.9 O **CONTRATANTE** é obrigado a apresentar ao beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa comunicação FORMAL, conforme modelo disponibilizado pela **CONTRATADA**, de que poderá optar pela permanência no plano de saúde, devendo a opção ser feita no prazo de 30 (trinta) dias, contados dessa comunicação.

15.10 O beneficiário somente será excluído do plano pela **CONTRATADA** mediante comprovação, pelo **CONTRATANTE**, do comunicado para exercício da opção de permanência na condição de beneficiário ex-empregado.

15.11 O **CONTRATANTE** é o responsável pela comprovação e veracidade das informações aqui mencionadas e pela movimentação dos beneficiários ex-empregados.

CLÁUSULA 16ª – DA RESCISÃO/SUSPENSÃO

16.1 O atraso no pagamento da mensalidade, pelo **CONTRATANTE**, por um período superior a 30 (trinta) dias, implica na suspensão do direito do(s) BENEFICIÁRIO(S) TITULAR(ARES) e de seus DEPENDENTES a qualquer cobertura.

16.2 Sem prejuízo das penalidades legais, o contrato será rescindido, mediante prévia notificação, nas seguintes situações:

16.2.1 Quando formalizado com Pessoa Jurídica de Direito Público ou Privado, o contrato poderá ser rescindido, observadas as seguintes condições:

- a. prática de fraude comprovada;
- b. inadimplência por período superior a 60 (sessenta) dias cumulativos, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato.
- c. se qualquer das partes infringir as cláusulas do presente instrumento.



16.2.2 Quando formalizado com Empresário Individual e Microempreendedor Individual, nos termos da Resolução Normativa nº 593/2023, o contrato poderá ser rescindido, observadas as seguintes condições:

- a. prática de fraude comprovada;
- b. inadimplência de duas ou mais mensalidades, com notificação realizada até o 50º (quinquagésimo) dia de inadimplência, e mesmo após 10 (dez) dias da notificação, não tenha havido o adimplemento da obrigação.
- c. inadimplência de duas ou mais mensalidades, com notificação realizada após o 50º (quinquagésimo) dia de inadimplência, e mesmo após 10 (dez) dias da notificação, não tenha havido o adimplemento da obrigação.
- d. se qualquer das partes infringir as cláusulas do presente instrumento.

16.2.2.1 A notificação para Empresários Individuais e Microempreendedores Individuais será considerada válida quando realizada por um dos meios abaixo, desde que com comprovação de entrega:

- a. E-mail, com confirmação de leitura;
- b. Mensagem de texto (SMS ou aplicativo com criptografia de ponta a ponta), com resposta do destinatário confirmando a coleta;
- c. Ligação telefônica registrada, feita de forma pessoal ou via sistema URA (Unidade de Resposta Audível), com confirmação de dados;
- d. Carta registrada com Aviso de Recebimento (AR), enviada ao endereço constante no contrato ou no banco de dados da operadora, ainda que não recebida pessoalmente pelo **CONTRATANTE**.

16.2.2.2 Caso não seja possível efetuar a notificação por todos os meios acima mencionados, a **CONTRATADA** poderá rescindir o contrato após 10 (dez) dias ininterruptos da última tentativa de notificação, desde que comprove que esgotou todas as opções previstas.

16.2.2.3 Havendo contestação do débito por parte do **CONTRATANTE**, durante o prazo estipulado para pagamento, este deverá formalizar a contestação pelo mesmo meio em que recebeu a notificação e a **CONTRATADA** emitirá resposta, com novo prazo de 10 (dez) dias para a quitação do débito. Findo este prazo, o contrato também poderá ser cancelado.



16.3 A rescisão do contrato poderá ser solicitada por qualquer das partes, a qualquer tempo, após o período de vigência inicial (12 meses), comunicada com 30 (trinta) dias de antecedência. No entanto, fica o **CONTRATANTE**, desde já ciente que a rescisão contratual fora das regras de portabilidade de carências, ou de mudança de plano dentro da mesma operadora sem interrupção de tempo, implica em: Aplicação de novos prazos de carências em caso de nova contratação na mesma operadora quando houver interrupção de tempo entre os planos:

- a. Preenchimento de nova declaração de saúde e, caso haja doença ou lesão preexistente (DLP), no cumprimento de Cobertura Parcial Temporária (CPT) que determina, por um período ininterrupto de até 24 meses a partir da data da contratação ou adesão ao novo plano, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos;
- b. Pagamento das Contraprestações pecuniárias vencidas e/ou eventuais coparticipações devidas, pela utilização de serviços realizados antes da solicitação de rescisão do contrato ou exclusão do beneficiário do plano de saúde, conforme o caso;

16.4 A **CONTRATADA** ficará isenta de suportar quaisquer despesas decorrentes de eventuais utilizações dos serviços pelos beneficiários após a data de solicitação de rescisão do contrato ou exclusão do beneficiário do plano de saúde, conforme o caso, inclusive nos casos de urgência ou emergência.

16.5 As condições para exclusão de beneficiários que não impliquem em rescisão contratual estão disciplinadas na cláusula **Condições da Perda da Qualidade de Beneficiários**.

16.6 Nos contratos firmados por Empresários Individuais e Microempreendedores Individuais, a cada aniversário do contrato, a **CONTRATANTE** deverá apresentar a **CONTRATADA**, documento que confirme a sua inscrição nos órgãos competentes, como empresário individual, bem como sua regularidade junto à Receita Federal, e outros que vierem a ser exigidos pela legislação vigente, pelo período mínimo de 6 (seis) meses, de acordo com sua forma de constituição.



16.6.1 Verificada a ilegitimidade do **CONTRATANTE** no aniversário do contrato, poderá rescindir o contrato, desde que realize a notificação prévia com 60 (sessenta) dias de antecedência, informando que a rescisão será realizada se não for comprovada, neste prazo, a regularidade do seu registro nos órgãos competentes.

16.7 É de responsabilidade do **CONTRATANTE**, no caso de rescisão deste contrato, recolher e devolver as respectivas carteiras de identificação, de propriedade da **CONTRATADA**.

CLÁUSULA 17ª - DA CONFIDENCIALIDADE E PROTEÇÃO DOS DADOS DOS BENEFICIÁRIOS

17.1 As **PARTES** deverão observar os direitos, obrigações e penalidades constantes da Lei Geral de Proteção de Dados – LGPD (Lei nº 13.709/18), e obrigam-se a adotar todas as medidas razoáveis para garantir, por si, bem como o seu pessoal, colaboradores, empregados e sub**CONTRATADA**s que utilizem Dados Protegidos na extensão autorizada na LGPD.

17.2 As **PARTES** obrigam-se a manter o mais completo e absoluto sigilo sobre quaisquer dados, documentos, informações técnicas, comerciais ou pessoais que venham a ter conhecimento, acesso, ou que lhes venham a ser confiados, não podendo, sob qualquer pretexto, direta ou indiretamente, divulgar, revelar, reproduzir, utilizar ou dar conhecimento de tais informações a terceiros, ressalvados os casos definidos em lei ou por expressa determinação judicial.

17.3 O **CONTRATANTE**, por si e por seus beneficiários dependentes, autoriza a **CONTRATADA** a prestar todas as informações cadastrais solicitadas pelos órgãos de fiscalização da assistência à saúde, respeitados os normativos referentes ao sigilo médico.

CLÁUSULA 18ª – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS



18.1 Integram este contrato, para todos os fins de direito, a Proposta de Admissão assinada pelo (a) **CONTRATANTE**, o Manual da Rede Credenciada, o Cartão Individual de Identificação, Entrevista Qualificada, Exame Médico, quando for o caso, a Declaração de Saúde do titular e dependentes e a Carta de Orientação ao Beneficiário, a Tabela de Reembolso, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS) e o Guia de Leitura Contratual (GLC).

18.2 Este contrato foi elaborado levando-se em consideração a legislação vigente. Por esse motivo, qualquer alteração das normas que implique a necessária modificação do que aqui foi avençado sujeitará o **CONTRATANTE** a novo ajuste das condições por meio de aditivo contratual.

18.3 Casos omissos e eventuais dúvidas deverão ser resolvidos entre as partes e serão objeto de aditivo ao presente contrato, quando couber.

18.4 O **CONTRATANTE** reconhece expressamente que seu vínculo contratual é apenas com a **CONTRATADA**.

18.5 Qualquer tolerância por parte da **CONTRATADA** não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

18.6 A **CONTRATADA** não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelos beneficiários com médicos, hospitais ou outros prestadores da rede ou não. Estas despesas correrão por conta exclusiva do beneficiário.

18.7 A **CONTRATADA** fornecerá aos beneficiários o CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO, cuja apresentação deverá estar acompanhada de documento de identidade legalmente reconhecido, que assegura a fruição dos direitos e vantagens deste contrato.

18.8 As reclamações ou sugestões sobre qualquer um dos serviços prestados deve ser encaminhadas por escrito à **CONTRATADA** pelos seguintes canais de atendimento medicglobal@medicglobal.com.br.



18.9 A **CONTRATADA** disponibilizará aos beneficiários inscritos nos planos deste contrato, acesso restrito e individualizado ao Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar – PIN-SS, o qual trará detalhes dos dados cadastrais e utilização dos serviços.

18.10 São adotadas as seguintes definições:

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

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

AGRAVO DA CONTRAPRESTAÇÃO: qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura **CONTRATADA**, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carência contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.

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

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

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



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

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

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

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

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

COPARTICIPAÇÃO: é a participação na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário diretamente à operadora, após a realização de procedimento.

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

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



podem estar no mesmo plano ou em planos diferentes de acordo com o estabelecido pela pessoa jurídica **CONTRATANTE**.

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

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

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

DOENÇA PROFISSIONAL: é aquela adquirida em consequência do trabalho.

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

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

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

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

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



MENSALIDADE: contraprestação pecuniária paga pelo **CONTRATANTE** à operadora.

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

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

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

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

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

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

CLÁUSULA 19ª – DA ELEIÇÃO DO FORO

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

19.2 E, por estarem justas todas as demais cláusulas do contrato em referência, as partes assinam o presente aditivo digitalmente, na forma da Lei 14.063/2020.



Extrema (MG), 01 de dezembro de 2025.

Sebastião v

CONTRATANTE

CONTRATADA

Testemunhas:

Cícero N

[Signature]



**CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À
SAÚDE**

TERMO ADITIVO CONTRATUAL

CONTRATANTE:	INSTITUTO DE PREVIDENCIA MUNICIPAL DE ITAPEVA (FAPEMI)		
CNPJ Nº:	71.196.885/0001-94		
LOGRADOURO:	Rua Joaquim Mariano, nº 91		
BAIRRO:	Centro		
MUNICÍPIO:	Itapeva (MG)	CEP:	37.655-000
REPRESENTANTE:	Evandra de P. S. Clemente		
CPF:			

1. Em consonância com o disposto na Cláusula Décima do Contrato em epígrafe, as partes ajustam através deste Termo Aditivo Contratual, os valores a serem remunerados pelos serviços ora contratados, conforme disposto abaixo:

Plano de Saúde Coletivo Empresarial com coparticipação

INDIVIDUAL	R\$ 310,00
------------	------------

2. Os valores mensais previstos no item 1 deste aditivo, serão reajustados na seguinte forma e condições:

2.1. O Reajuste dos preços da Tabela de Taxa Mensal de Manutenção acima mencionada, obedecerá ao índice autorizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS. Poderá ocorrer, mediante negociação entre as partes, o acréscimo do índice de sinistralidade ocorrido nos últimos 12 (doze) meses de contrato.

2.2. Para a renegociação contratual será apresentado o relatório de sinistralidade, contendo neste as receitas advindas da prestação de serviço e suas respectivas



despesas, incluindo nestas, as administrativas, na importância de 25% (vinte e cinco por cento).

2.3. Juntamente com a apresentação dos resultados obtidos através da análise das receitas e despesas, será apresentada a proposta de reajuste contratual em importância imprescindível para o equilíbrio do contrato. Na hipótese de as partes não acordarem quanto ao auferido reajuste, o valor deficitário apresentado ficará a cargo da **CONTRATANTE**.

3. Estarão isentas de coparticipação as consultas realizadas por Telemedicina. No caso da Telemedicina a isenção se dará quando utilizado o serviço disponibilizado diretamente pela **CONTRATADA**, não se aplicando a tele atendimentos realizados por profissionais pertencentes à rede credenciada.

4. As faturas originadas pela prestação dos serviços ora contratados, deverão ser quitadas pela **CONTRATANTE** no sistema de pré-pagamento, até o dia 15 (quinze) de cada mês de competência, vencendo a primeira em 15/01/2025.

Extrema (MG), 01 de dezembro de 2025.

Documento assinado digitalmente
gov.br EVANDRA DE PAULA SANTANA CLEMENTE
Data: 30/12/2025 10:25:24-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>



CONTRATANTE

CONTRATADA

Testemunhas:



DECLARAÇÃO NEGATIVA

Declaro para os fins do parágrafo 2º da Lei 9.656/98, que foi oferecido pela **MEDIC GLOBAL PLANOS DE SAÚDE LTDA**, nome fantasia **MEDIC GLOBAL PLANOS DE SAÚDE**, o **PLANO REFERÊNCIA**, registrado na ANS sob o número 456.157/07-1.

Por livre conveniência e vontade, optamos pela contratação do **Plano De Saúde Coletivo Empresarial Ambulatorial com Coparticipação**, registrado na ANS sob o nº **470.013/13-9**, com vigência a partir de 01/12/2025.



Documento assinado digitalmente

EVANDRA DE PAULA SANTANA CLEMENTE

Data: 30/12/2025 10:23:30-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Assinatura **CONTRATANTE** / Titular

TERMO DE ENTREGA DE MANUAL DE ORIENTAÇÃO

Declaro que recebi sem qualquer ônus o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS), o que se deu anteriormente à contratação do produto acima mencionado, em 26/11/2025, conforme artigo 30 da RN nº 557 da ANS.

Foi-me informado ainda que o Guia de Leitura Contratual será entregue juntamente com a carteira de identificação do plano.



Documento assinado digitalmente

EVANDRA DE PAULA SANTANA CLEMENTE

Data: 30/12/2025 10:21:23-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Assinatura **CONTRATANTE** / Titular



Escaneie a imagem para verificar a autenticidade do documento

Hash SHA256 do PDF original c64595012d1a85ab69aefb0d2581878ebbad9bfb9cd5fd85581211f614b63745

<https://valida.ae/fc7f39235728dbdbaedac653693f81f58f6287dd1a01e885e>



COMUNICADO

Em atendimento a RN 567 de 16/12/2022, artigo 11º, a operadora vem comunicar ao **CONTRATANTE** do plano para garantir sua ciência e de todos os beneficiários, por este documento em meio impresso, que as substituições havidas na rede assistencial da operadora ficarão disponíveis no Portal Corporativo e na Central de Atendimento da Operadora e os respectivos endereço eletrônico www.medicglobal.com.br e telefone (035) 3435-4442.

Para acessar o conteúdo mínimo obrigatório de informações, disponibilizado aos beneficiários, à pessoa jurídica **CONTRATANTE** e à administradora de benefícios na página da operadora na internet, conforme disposto na RN 509 de 30/03/2022, clicar no link chamado **Área do Beneficiário** ou **Área da Pessoa Jurídica CONTRATANTE** no **Portal TISS**.

A **CONTRATANTE**, a partir da ciência deste documento, tem o dever de comunicar todos os seus colaboradores que são e que se tornarem beneficiários do Plano de Saúde, o inteiro teor do comunicado acima, para que os mesmos tenham acesso a todas as informações conforme regras das RNs 567 e 509.



Documento assinado digitalmente

EVANDRA DE PAULA SANTANA CLEMENTE

Data: 30/12/2025 10:18:25-0300

Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Assinatura **CONTRATANTE** / Titular



Página de assinaturas



Sebastião rossi
211.262.249-87
Signatário



Fabio Corradini
137.714.788-63
Signatário



Cícero Neto
093.344.308-00
Testemunha

HISTÓRICO

06 jan 2026 09:38:49		Pedro Henrique Lebre de Lima Bueno criou este documento. (Email: juridico01@medicglobal.com.br, CPF: 076.302.536-48)
06 jan 2026 11:40:03		Sebastião Antônio Camargo rossi (Celular: +5535998150606, CPF: 211.262.249-87) visualizou este documento por meio do IP 170.82.200.91 localizado em Curitiba - Paraná - Brazil
06 jan 2026 11:40:15		Sebastião Antônio Camargo rossi (Celular: +5535998150606, CPF: 211.262.249-87) assinou este documento por meio do IP 170.82.200.91 localizado em Curitiba - Paraná - Brazil
13 jan 2026 11:38:46		Cícero de Lima e Costa Neto (Celular: +5511954368527, CPF: 093.344.308-00) visualizou este documento por meio do IP 179.191.87.150 localizado em São Paulo - São Paulo - Brazil
13 jan 2026 11:39:01		Cícero de Lima e Costa Neto (Celular: +5511954368527, CPF: 093.344.308-00) assinou como testemunha este documento por meio do IP 179.191.87.150 localizado em São Paulo - São Paulo - Brazil
06 jan 2026 11:50:31		Fabio Cassiano Corradini (Email: fabio@medicglobal.com.br, CPF: 137.714.788-63) visualizou este documento por meio do IP 177.72.220.82 localizado em Pouso Alegre - Minas Gerais - Brazil
06 jan 2026 11:51:05		Fabio Cassiano Corradini (Email: fabio@medicglobal.com.br, CPF: 137.714.788-63) assinou este documento por meio do IP 177.72.220.82 localizado em Pouso Alegre - Minas Gerais - Brazil

