

## INSTRUMENTO JURÍDICO DE CONTRATAÇÃO DE PLANOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE COLETIVOS EMPRESARIAIS

### 1. Qualificação das partes

#### CONTRATANTE(s):

- **Razão Social:** HOSPITAL DO TRICENTENARIO
- **Endereço:** RUA FARIAS NEVES SOBRINHO, 232 **Bairro:** BAIRRO NOVO
- **Complemento:** CEP: 53.120-420
- **Cidade:** Olinda **UF:** Pernambuco **CNPJ:** 10.583.920/0001-33
  
- **Razão Social:** HOSPITAL DO TRICENTENARIO
- **Endereço:** RUA VALE DO ITAJAI, 0 **Bairro:** IBURA
- **Complemento:** CEP: 51.320-180
- **Cidade:** Recife **UF:** Pernambuco **CNPJ:** 10.583.920/0002-14
  
- **Razão Social:** HOSPITAL DO TRICENTENARIO
- **Endereço:** AVENIDA LEONARDO DA VINCI, 68 **Bairro:** CURADO II
- **Complemento:** CEP: 54.220-000
- **Cidade:** Jaboatao Dos Guararapes **UF:** Pernambuco **CNPJ:** 10.583.920/0003-03
  
- **Razão Social:** HOSPITAL DO TRICENTENARIO
- **Endereço:** AVENIDA HENRIQUE DE HOLANDA, 87 **Bairro:** MATRIZ
- **Complemento:** CASA CEP: 55.602-000
- **Cidade:** Vitoria De Santo Antao **UF:** Pernambuco **CNPJ:** 10.583.920/0004-86

Pessoa jurídica de direito privado doravante denominada CONTRATANTE, neste ato representada pelos seus representantes legais que ao assinar o presente documento dão ciência, recebimento e plena concordância com as condições e demais avenças aqui estabelecidas.

**CONTRATADA: HAPVIDA ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA.**, pessoa jurídica de direito privado, com sede na Avenida Heráclito Graça, no. 406, Centro, Fortaleza - Ceará, inscrita no CNPJ sob o nº. 63.554.067/0001-98, com registro na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, sob o nº. 36.825-3,



no exercício da atividade de Medicina de Grupo, doravante denominada **OPERADORA, CONTRATADA** e/ou **HAPVIDA**, neste ato representada por seu Representante Legal ou seu(s) bastante(s) procurador(es) abaixo assinado(s).

Pelo presente **INSTRUMENTO JURÍDICO DE CONTRATAÇÃO DE PLANOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE COLETIVOS EMPRESARIAIS**, doravante denominado simplesmente **INSTRUMENTO** ou **CONTRATO**, na melhor forma de direito, as partes, têm entre si, justo e livremente contratado, o que se apresenta nas cláusulas a seguir.

## 2. Natureza do Contrato

A **CONTRATADA** opera Planos Privados de Assistência à Saúde Coletivos Empresariais nos termos do inciso I, do artigo 1º, da Lei No. 9.656/98 e sua legislação complementar, e se obriga à cobertura dos custos de assistência à saúde dos produtos por ela operados.

O presente **INSTRUMENTO** reveste-se de característica de adesão bilateral, gerando direitos e obrigações individuais às partes, na forma do Novo Código Civil Brasileiro, sujeitando-as às normas estabelecidas na Lei Federal No. 9.656/98 e sua legislação complementar específica ou outra que vier a sucedê-la e, subsidiariamente, às disposições do Código de Defesa do Consumidor, quando for o caso.

## 3. Planos Contratados

### 3.1 Planos

O presente **INSTRUMENTO** versa sobre a contratação dos seguintes planos/produtos de assistência à saúde, operados pela **CONTRATADA** e devidamente registrados na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

A cobertura dos custos de assistência à saúde estará limitada às características dos produtos contratados e constantes do **Quadro I** abaixo:

- a. de acordo com a segmentação assistencial e com os procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, para a(s) segmentação(ões) que compõe(m) cada produto contratado;
- b. de acordo com a abrangência geográfica/área de atuação de cada produto, que delimitam o(s) Estado(s) e/ou Município(s) onde será garantido o atendimento;
- c. de acordo com as demais características individuais de cada produto contratado, incluindo o padrão de acomodação (caso existente no produto), o público alvo (ativos/inativos), a previsão ou não de mecanismos de regulação financeira, entre outras;

e que compõem no seu conjunto os direitos aos quais os **BENEFICIÁRIOS** da **CONTRATANTE**, definidos nos termos do presente **INSTRUMENTO**, fazem jus em cada um dos produtos onde vierem a ser regularmente cadastrados junto à **CONTRATADA**.

Ressalvados os parâmetros e limites acima expostos, os **BENEFICIÁRIOS** da **CONTRATANTE** terão direito à assistência médica das afecções à saúde em todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde - OMS e do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, vigente à época da solicitação de cobertura do evento.

O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado e revisado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, será considerado pela **CONTRATANTE** e pela **CONTRATADA** como taxativo e não meramente exemplificativo, não se admitindo, assim, a solicitação, pelos **BENEFICIÁRIOS**, de procedimentos não especificados na versão vigente do rol, para a(s) segmentação(ões) do produto ao qual estão registrados/vinculados.

**QUADRO I – ASSISTÊNCIA MÉDICA**  
**Nosso Plano**  
**SEM CO-PARTICIPAÇÃO**

	Produto para Usuários Ativos		Produto para Usuários Inativos
Registro ANS:	<b>477189163</b>	Registro ANS:	<b>477153162</b>
Nome do Produto:	<b>NOSSO PLANO XX - A</b>	Nome do Produto:	<b>NOSSO PLANO XX - A AD</b>
Segmentação:	A+H+O	Segmentação:	A+H+O
Acomodação:	Apartamento	Acomodação:	Apartamento
Rede:	Nosso Plano	Rede:	Nosso Plano
Abrangência Geográfica:	Grupo de estados	Abrangência Geográfica:	Grupo de estados
Área de Atuação:	AL/AM/BA/CE/MA/PA/PB/PE/PI/RN/SE	Área de Atuação:	AL/AM/BA/CE/MA/PA/PB/PE/PI/RN/SE
	Produto para Usuários Ativos		Produto para Usuários Inativos
Registro ANS:	<b>700370996</b>	Registro ANS:	<b>477154161</b>
Nome do Produto:	<b>Nosso Plano XII</b>	Nome do Produto:	<b>NOSSO PLANO XII AD</b>
Segmentação:	A+H+O	Segmentação:	A+H+O
Acomodação:	Enfermaria	Acomodação:	Enfermaria
Rede:	Nosso Plano	Rede:	Nosso Plano
Abrangência Geográfica:	Grupo de estados	Abrangência Geográfica:	Grupo de estados
Área de Atuação:	AL/AM/BA/CE/MA/PA/PB/PE/PI/RN/SE	Área de Atuação:	AL/AM/BA/CE/MA/PA/PB/PE/PI/RN/SE

**QUADRO II – ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA**

	Produto para Beneficiários Ativos e Inativo
Registro ANS:	<b>463007106</b>
Nome do Produto:	<b>EMPRESARIAL MAISODONTO URGENTE</b>
Segmentação:	Odontológica
Acomodação:	Não se aplica
Abrangência Geográfica:	Grupo de Estados
Área de Atuação:	AM, PA, MA, PI, CE, RN, PB, PE, AL, SE e BA

As coberturas previstas para os produtos acima elencados serão garantidas exclusivamente através da rede informada pela **CONTRATADA**, no Manual de Orientação do **BENEFICIÁRIO** e no Portal da Operadora, disponível no site eletrônico: [www.hapvida.com.br](http://www.hapvida.com.br). Os **BENEFICIÁRIOS** cadastrados nos planos contratados por meio do presente **INSTRUMENTO** não terão direito à livre escolha de profissional ou de prestador pertencente à rede assistencial de outros planos da **CONTRATADA**, que não daquele ao qual está cadastrado/vinculado.

As características e condições específicas de cada produto constante do **Quadro I** acima, se encontram nos respectivos anexos, relativos a cada um dos planos/produtos que fazem parte indissociável deste **INSTRUMENTO**, juntamente com os respectivos Guias de Leitura Contratual – GLC, entregues em mídia



eletrônica por ocasião desta contratação, pelo qual a **CONTRATANTE** ora declara o recebimento e que se encontram devidamente registrados nos cartórios de títulos e documentos, se for o caso, sob os números que constam no referido **Quadro I**.

### 3.2 Política de benefícios da **CONTRATANTE**

#### 3.2.1. Compulsoriedade da massa

##### Quadro Adesão

Os **BENEFICIÁRIOS** titulares elegíveis da **CONTRATANTE** poderão aderir livremente, a qualquer tempo, a um dos planos elencados no presente **INSTRUMENTO**, sujeitando-se às regras de carência e Cobertura Parcial Temporária - CPT previstas por ocasião da adesão, definindo-se assim essa contratação como sendo **NÃO COMPULSÓRIA**.

#### 3.2.2. Participação da **CONTRATANTE** no custeio das contraprestações pecuniárias devidas à **CONTRATADA**

Para o cumprimento do disposto na RN No. 279/2011, **aplicável, exclusivamente, aos BENEFICIÁRIOS Ativos**, fica estabelecido que a participação da **CONTRATANTE** no custeio dos planos contratados neste **INSTRUMENTO**, será a seguinte:

Beneficiários Ativos Titulares: 0.00% de custeio por parte da **CONTRATANTE**.

Beneficiários Dependentes de Ativos: 0.00% de custeio por parte da **CONTRATANTE**.

Parágrafo Primeiro. Para fins de direito a extensão contratual para demitidos sem justa causa e aposentados, previstos nos artigos 30 e 31, da Lei Federal n°. 9.656/98, será considerado apenas o custeio, por parte da **CONTRATANTE**, relativo aos **BENEFICIÁRIOS** Ativos Titulares regularmente inscritos nos planos elencados neste **INSTRUMENTO**.

Parágrafo Segundo. Por mera liberalidade da **CONTRATADA**, mesmo sem existência de custeio, os beneficiários titulares ativos vinculados ao produto EMPRESARIAL MAISODONTO URGENTE (Reg. ANS n° 463007106) terão acesso aos benefícios dos artigos 30 e 31, da Lei n°. 9.656/98, com extensão ao seu grupo familiar.

### 4. BENEFICIÁRIOS

São considerados **BENEFICIÁRIOS** das coberturas dos Planos de Assistência à Saúde, objeto deste **INSTRUMENTO** e dos contratos que regulam cada produto constante do **Quadro I e II**: o(s) **BENEFICIÁRIO**(s) Titular(es) e/ou o(s) **BENEFICIÁRIO**(s) Dependente(s), de acordo com o definido abaixo.

**4.1. BENEFICIÁRIO Ativos** – Os **BENEFICIÁRIOS** ativos, abaixo qualificados, serão inscritos nos planos exclusivos para os mesmos de acordo com o **Quadro I e II** acima.

**4.1.1. Beneficiário Ativos Titulares.** São aqueles vinculados à pessoa jurídica contratante por relação empregatícia ou estatutária, sócios e administradores da pessoa jurídica contratante.



agentes políticos, trabalhadores temporários, estagiários e menores aprendizes, devidamente inscritos nos planos do presente **INSTRUMENTO**

**4.1.2. Beneficiários Dependentes de Ativos.** São aqueles incluídos pelo **CONTRATANTE**, desde que o **Beneficiário Ativo Titular** esteja regularmente inscrito em um dos planos contratados e mantenham com este um dos seguintes vínculos familiares:

- a. O cônjuge ou companheiro(a), desde que comprove esta condição legalmente;
- b. Os filhos naturais, adotivos e enteados solteiros, até 24 (vinte e quatro) anos incompletos;
- c. Os filhos adotivos menores de 12 (doze) anos, com aproveitamento das carências já cumpridas pelo **Beneficiário Ativo Titular** adotante, nos termos do art.12, VII, da Lei 9.656/98, até 24 (vinte e quatro) anos incompletos;
- d. Filhos inválidos de qualquer idade, mediante comprovação médica e legal da invalidez e dependência econômico-financeira nos termos da receita federal.
- e. Menores tutelados, curatelados e sob guarda, na forma da Lei e mediante comprovação legal pertinente, até 24 (vinte e quatro) anos incompletos.

**4.2. Beneficiários Inativos.** Os beneficiários inativos, abaixo qualificados, serão inscritos nos planos exclusivos para **INATIVOS**, nos casos dos produtos constantes do **Quadro I** acima, ou permanecerão nos mesmos produtos do **Quadro II**, por ocasião dos direitos previstos nos arts. 30 ou 31, da Lei nº 9.656/98.

**Parágrafo Primeiro.** Ao passarem da categoria de Ativos para Inativos, os **BENEFICIÁRIOS**, titulares e seus respectivos dependentes, serão transferidos para os planos equivalentes disponíveis exclusivamente para inativos, caso vinculados a produto do **Quadro I**, da cláusula 3 acima.

**Parágrafo Segundo.** Ao passarem da categoria de Ativos para Inativos, os beneficiários, titulares e seus respectivos dependentes, permanecerão no mesmo produto, com aplicação dos benefícios do art. 30 ou 31 da Lei nº 9.656/98, caso vinculados a produto do **Quadro II**, da cláusula 3 acima.

**4.2.1. Beneficiários Inativos Titulares.** São os Aposentados ou Demitidos ou Exonerados sem justa causa, que tenham sido vinculados à **CONTRATANTE** anteriormente e somente para fins do exercício do direito previsto nos arts. 30 e 31, da Lei nº 9.656/98 e na RN nº 279/2011, bem como os **Beneficiários Ativos Titulares** da **CONTRATANTE** que vierem à se aposentar ou ser demitidos ou exonerados sem justa causa, que se enquadrem na legislação retrocitada, pelos prazos aí definidos.

**4.2.2. Beneficiários Dependentes de Inativos.** São os indivíduos que já se encontravam regularmente inscritos no plano oferecido pela **CONTRATANTE** e enquadrados na elegibilidade descrita no item 4.1.2 acima, quando da vigência do contrato de trabalho do **Beneficiário Titular Inativo** com a **CONTRATANTE**, ressalvada, exclusivamente, a possibilidade de inclusão de novo cônjuge ou filhos do ex-empregado nascidos ou adotados após a aposentadoria ou demissão/exoneração sem justa causa, devendo se enquadrar nas seguintes opções:

- a. O cônjuge ou companheiro(a), desde que comprove esta condição legalmente;
- b. Os filhos naturais, adotivos e enteados solteiros, até 24 (vinte e quatro) anos incompletos;

- c. Os filhos adotivos menores de 12 (doze) anos, com aproveitamento das carências já cumpridas pelo **Beneficiário Ativo Titular** adotante, nos termos do art.12, VII, da Lei nº 9.656/98, até 24 (vinte e quatro) anos incompletos;

#### 4.3. Documentação Comprobatória

4.3.1. De acordo com o previsto na legislação, a **CONTRATANTE** deverá comprovar documentalmente, junto à **CONTRATADA**, a elegibilidade dos **BENEFICIÁRIOS** que cadastrar nos planos deste **INSTRUMENTO** através do envio dos documentos abaixo elencados, sob pena dos mesmos não serem efetivados nos respectivos planos.

- a. Cônjuge ou companheiro(a) – certidão de casamento ou escritura pública de união estável;
- b. Filhos naturais ou adotivos – certidão de nascimento ou documento de identidade onde constem o nome de ambos os genitores e os documentos de identidade de todos os ascendentes até que se comprove inequivocamente a relação de parentesco enunciada com o titular, necessários para tanto;
- c. Enteados – certidão de nascimento ou documento de identidade associada à certidão de casamento ou escritura pública de união estável;
- d. Filhos inválidos – os mesmos documentos exigíveis aos filhos mais o laudo pericial médico constatando a condição de invalidez e a declaração de dependência econômico-financeira nos termos da Receita Federal.
- e. Menores tutelados, curatelados e sob guarda – documentos de identificação dos mesmos e os documentos legais necessários à comprovação das condições indicadas.

4.3.2. Fica assegurado à **CONTRATADA** o direito de exigir no ato da assinatura deste **INSTRUMENTO** ou a qualquer tempo, da **CONTRATANTE**, ou mesmo diretamente dos **BENEFICIÁRIOS**, a comprovação da relação funcional ou de dependência, aqui especificada, mediante apresentação dos documentos oficialmente instituídos.

#### 4.4. Regras e Prazos para o cadastramento dos BENEFICIÁRIOS

4.4.1. Cadastramento da massa inicial - O cadastramento da massa inicial será feita através de arquivo eletrônico em layout e formato a serem negociados entre as partes, respeitando os requisitos mínimos da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS em relação à informações mínimas necessárias para o cadastramento das vidas junto à **CONTRATADA**. Este cadastramento deverá ocorrer com a antecedência mínima de 10 (dez) dias úteis, para que a finalização do processo de ajuste de eventuais divergências nas informações esteja concluída antes da data de vigência pactuada neste **INSTRUMENTO**.

4.4.1.1. O respectivo arquivo deverá ser gerado pela **CONTRATANTE** e uma vez recepcionado pela **CONTRATADA** será submetido às críticas quanto à integridade dos dados enviados.

4.4.1.2. Os dados criticados, com os respectivos apontamentos das críticas encontradas, serão devolvidos para que a **CONTRATANTE** possa proceder o ajuste das informações requeridas.

4.4.1.3. Alternativamente, o cadastramento da massa inicial poderá ser feito pela **CONTRATANTE** diretamente no site eletrônico [www.hapvida.com.br](http://www.hapvida.com.br), na área restrita da **CONTRATANTE**, mediante o uso de usuário e senha fornecidos pela **CONTRATADA** para esta finalidade. Nesta funcionalidade, as críticas aos dados incluídos serão processadas em tempo real, de forma que dados incorretos não serão aceitos e os **BENEFICIÁRIOS** não serão incluídos, eximindo-se a **CONTRATADA** da responsabilidade de oferecer qualquer atendimento aos mesmos.

4.4.1.4. O prazo para a inclusão da massa inicial com a isenção dos períodos de carência foi negociado entre a **CONTRATANTE** e a **CONTRATADA** e fica fixado em 30 (trinta) dias, contados da data de assinatura deste **INSTRUMENTO**.

4.4.2. Movimentação cadastral – a movimentação cadastral, que compreende as inclusões, exclusões e alterações serão feitas pela **CONTRATANTE** diretamente no site eletrônico [www.hapvida.com.br](http://www.hapvida.com.br), na área restrita da **CONTRATANTE**, mediante o uso de nome de usuário e senha de acesso fornecido pela **CONTRATADA**, exclusivamente, para esta finalidade.

#### 4.4.2.1. Prazos de movimentação cadastral

**Inclusões** – as inclusões serão realizadas pela **CONTRATANTE** através de arquivo/site conforme descrito anteriormente. As inclusões devem ser realizadas até o dia 15 de cada mês para que a vigência dos **BENEFICIÁRIOS** incluídos tenha início no primeiro dia do mês subsequente à inclusão. A cobrança das mensalidades relativas a estas vidas (beneficiários) também será feita na fatura do mês subsequente à inclusão das mesmas. Uma nova inclusão de produto do QUADRO I resultará na inclusão automática no produto EMPRESARIAL MAISODONTO URGENTE (Reg. ANS nº 463007106).

**Exclusões** – as exclusões serão realizadas pela **CONTRATANTE** através de arquivo/site conforme descrito anteriormente. As exclusões devem ser realizadas até o dia 15 de cada mês para que o cancelamento dos **BENEFICIÁRIOS** excluídos tenha efeito a partir do primeiro dia do mês subsequente, quando o mesmo deixará de ter acesso às coberturas do plano em que se encontrava incluso. A partir da fatura do mês subsequente à exclusão, deixará de haver a cobrança das mensalidades relativas a estas vidas (beneficiários). A exclusão do beneficiários, titular ou dependente, de produto do QUADRO I resultará em exclusão automática do produto EMPRESARIAL MAISODONTO URGENTE (Reg. ANS nº 463007106).

**Alterações** – as alterações serão realizadas pela **CONTRATANTE** através de site conforme descrito anteriormente. As alterações de **BENEFICIÁRIOS** deverão ser realizadas até o dia 15 de cada mês e passarão a ter efeito a partir do primeiro dia do mês subsequente às respectivas alterações.

**Faturamento** – o faturamento mensal das vidas constantes nas bases da **CONTRATADA**, considerando as movimentações realizadas até o dia 15 do mês anterior será disponibilizada em até 10 (dez) dias antes da data de vencimento para o pagamento por parte da **CONTRATANTE**.

4.4.3. As EXCLUSÕES solicitadas pelos BENEFICIÁRIOS TITULARES, decorrentes do exercício dos direitos concedidos pela RN nº 412/2016, serão processadas de forma imediata pela CONTRATANTE e, no mesmo ato, informadas à CONTRATADA.

4.4.3.1. O beneficiário titular e/ou seus dependentes vinculado(s) ao produto EMPRESARIAL MAISODONTO URGENTE (Reg. ANS nº 463007106) será(ão) automaticamente excluído(s) do referido produto ao solicitar a sua exclusão de um dos produtos constantes do QUADRO I.

4.4.4. Os BENEFICIÁRIOS TITULARES poderão, alternativamente, solicitar exclusão e/ou cancelamento dos seus vínculos e/ou de seu(s) dependente(s):

- a. Junto à CONTRATANTE;
- b. Junto à CONTRATADA.

4.4.4.1. As solicitações de exclusão/cancelamento recebidas pela CONTRATANTE, conforme item "a" anterior, somente terão efeito após devidamente informadas à CONTRATADA. A CONTRATANTE terá o prazo de até 30(trinta) dias para informar a solicitação à CONTRATADA.

4.4.4.2. As solicitações de exclusão/cancelamento recebidas diretamente pela CONTRATADA, conforme item "b" anterior, somente serão processadas após a comprovação pelo BENEFICIÁRIO TITULAR de que solicitou a exclusão/cancelamento ao(a) CONTRATANTE e este(a) não o fez, no prazo de 30(trinta) dias.

4.4.4.3. As solicitações de exclusão/cancelamento somente terão efeito a partir da ciência pela CONTRATADA.

4.4.5. O custeio de despesas decorrentes de atendimento(s) de Beneficiário(s), titular(es) e/ou dependente(s), ilegítimo(s), que perdeu(ram) vínculo com a CONTRATANTE, cuja exclusão não tenha sido imediatamente comunicada à CONTRATADA, será de responsabilidade da CONTRATANTE.

4.4.6. Uma vez disponibilizadas as ferramentas suficientes para as movimentações cadastrais de qualquer natureza sejam elas: acesso ao site mediante usuário e senha privativos, layouts e integrações tecnológicas ou outra qualquer que venha a ser estabelecida e pactuada entre as partes, a CONTRATANTE passa a assumir total responsabilidade sobre as movimentações cadastrais dos seus beneficiários que vier a promover. A CONTRATADA limitar-se-á, tão somente, à executá-las conforme tenham sido solicitadas e dentro dos prazos pactuados.

#### 4.5. Número mínimo de participantes

4.5.1. O presente INSTRUMENTO foi celebrado com base nas informações fornecidas pelo CONTRATANTE e precificado com base nas mesmas de acordo com o que está apresentado na PROPOSTA COMERCIAL, que é parte integrante deste. Esta precificação levou em conta o número de vidas e a localidade dos beneficiários, de forma que alterações significativas neste cenário facultam à CONTRATADA a possibilidade de rever, na medida em que constate estas mudanças, os preços praticados.

4.5.2. Sem prejuízo do que foi citado logo acima, as partes estabelecem que o número mínimo de vidas total deste INSTRUMENTO, regularmente cadastrada nos planos contratados não poderá ser inferior à 300 vidas.

4.5.2.1. Os beneficiários cadastrados no produto EMPRESARIAL MAISODONTO URGENTE (Reg. ANS nº 463007106) não serão computados para fins do quantitativo mínimo retro especificado.

4.5.3. No caso do número de vidas reduzir abaixo do número mínimo indicado, a CONTRATADA se reserva ao direito de fazer a cobrança da fatura mensal com base na média das contraprestações individuais dos 3 (três) meses anteriores ao mês em que se dê a redução multiplicado pelo número mínimo de beneficiários acima estabelecido, sem prejuízo da possibilidade de revisão atuarial dos valores praticados.

#### 4.6. Perda da qualidade de BENEFICIÁRIO

4.6.1. Nos planos coletivos empresariais caberá à pessoa jurídica contratante solicitar a suspensão ou exclusão de beneficiários, ou outra forma que venha a ser prevista na legislação de saúde, compreendida pela Lei nº 9.656/98 e sua legislação complementar.

4.6.2. Os beneficiários poderão solicitar à CONTRATANTE que providencie, junto à CONTRATADA, a sua exclusão, dentro do prazo legal.

4.6.3. A exclusão do beneficiário titular, pela CONTRATANTE, seja por decisão desta ou por solicitação do beneficiário titular, importa na exclusão compulsória de todos os dependentes a ele vinculados.

4.6.4. O beneficiário titular e/ou seus dependentes vinculado(s) ao produto EMPRESARIAL MAISODONTO URGENTE (Reg. ANS nº 463007106) será(ão) automaticamente excluído(s) do referido produto ao solicitar a sua exclusão de um dos produtos constantes do QUADRO I.

4.6.5. A **CONTRATADA** 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 dos vínculos do titular com a pessoa jurídica contratante, ou de parentesco, ressalvado o disposto nos artigos 30 e 31, da Lei nº 9656/1998;
- c. quando os Beneficiários dependentes atingirem a idade máxima estabelecida no contrato ou se constatar a desqualificação dos vínculos previamente elencados nos itens 4.1.2 e 4.2.2.
- d. a exclusão do beneficiário titular, pela CONTRATADA, importa na exclusão compulsória de todos os dependentes a ele vinculados.

#### 5. COBERTURAS

O presente INSTRUMENTO garante aos beneficiários da **CONTRATANTE** as coberturas previstas na Lei nº 9.656/98 e sua legislação complementar de acordo com a segmentação, abrangência geográfica, acomodação e rede assistencial específicos do plano em que forem devidamente cadastrados, os quais



se encontram elencados nos **Quadros I e II** da cláusula 3 acima e devidamente relacionados às doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, da Organização Mundial de Saúde – OMS.

O direito à coberturas existirá, uma vez cumpridos os períodos de carência, ou Cobertura Parcial Temporária - CPT, à que os **BENEFICIÁRIOS** estejam sujeitos, bem como respeitadas as exclusões de cobertura previstas nos contratos individualizados de cada plano e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS.

Nos contratos individualizados de cada plano, que fazem parte da documentação anexa ao presente **INSTRUMENTO**, estão detalhados os procedimentos cobertos, suas exclusões, bem como suas demais particularidades.

O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, publicado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e revisado com a frequência definida por este órgão regulador, traz a relação de todos os procedimentos com cobertura garantida pelos planos contratados, com indicação inclusive das diferentes segmentações (ambulatorial, hospitalar, obstétrica e odontológica) a que cada procedimento pertence, não deixando assim margem para qualquer dúvida. O Rol de Procedimentos em saúde vigente à época da solicitação do evento pode ser encontrado no sítio eletrônico da ANS no link: [www.ans.gov.br/rol](http://www.ans.gov.br/rol).

O atendimento, dentro da segmentação de cada plano, da área de abrangência e da área de atuação estabelecidas, está assegurado independentemente do local de origem do evento. Ou seja, desde que o **BENEFICIÁRIO** solicite a realização do procedimento nos municípios onde tem efetivamente assistência.

As coberturas previstas para os produtos elencados serão garantidas exclusivamente através da rede informada pela **CONTRATADA**, no Manual de Orientação do Beneficiário e no Portal da Operadora disponível no sítio eletrônico: [www.hapvida.com.br](http://www.hapvida.com.br). Os **BENEFICIÁRIOS** cadastrados nos planos contratados no presente **INSTRUMENTO**, não terão direito à livre escolha de profissional ou mesmo de prestador pertencente à rede assistencial de outros planos da **CONTRATADA**, que não daquele ao qual estiver devidamente cadastrado.

## **5.1. COBERTURA NOS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA - PRODUTOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA - QUADRO I:**

É obrigatória por parte da **CONTRATADA** a cobertura dos atendimentos nos casos de:

- I. urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional;
- 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.

### **5.1.1. ACIDENTES PESSOAIS**

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

### **5.1.2. PROCESSO GESTACIONAL**

A **CONTRATADA** garantirá os atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, limitados às primeiras 12 (doze) horas, nos planos sem cobertura obstétrica e nos planos com cobertura obstétrica cujos prazos de carência ainda não tenham sido cumpridos pela beneficiária.

#### 5.1.3. BENEFICIÁRIO EM CARÊNCIA

Nos casos onde os prazos de carência ainda não tenham sido cumpridos pelo **BENEFICIÁRIO**, os atendimentos de emergência terão cobertura limitada às primeiras 12 (doze) horas ou até que haja necessidade de internação.

#### 5.1.4. BENEFICIÁRIO EM COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA

Nos casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária - CPT e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia ou procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças ou lesões preexistentes, a cobertura do atendimento de urgência e emergência para as referidas patologias, será limitada às primeiras 12 (doze) horas ou até que ocorra a necessidade de internação.

#### 5.1.5. NECESSIDADE DE CONTINUIDADE DO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Caso seja **NECESSÁRIA**, para a continuidade do atendimento de urgência e emergência, a realização de procedimento exclusivo de coberturas (cobertura hospitalar, obstétrica ou para procedimentos de alta complexidade) às quais o **BENEFICIÁRIO** não tenha direito, quer por não constarem da segmentação do plano no qual se encontra cadastrado ou, quer em virtude do mesmo estar cumprindo prazo de carência ou cobertura parcial temporária; e ainda que a solicitação seja feita para que a continuidade do atendimento se dê na mesma unidade prestadora de serviços e mesmo que em tempo inferior a 12 (doze) horas, a cobertura cessará, passando a responsabilidade financeira ao **BENEFICIÁRIO**, a partir de sua internação, não cabendo mais nenhum ônus à **CONTRATADA**.

#### 5.1.6. REMOÇÃO NOS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

##### 5.1.6.1. BENEFICIÁRIO com direito a continuidade do atendimento

É assegurada ao **BENEFICIÁRIO** a garantia de cobertura de remoção terrestre para unidade de atendimento da rede do plano, após realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade de atenção ao paciente, sempre mediante solicitação expressa do médico assistente.

##### 5.1.6.2. BENEFICIÁRIO sem direito à continuidade do atendimento

É assegurado ao **BENEFICIÁRIO** sem direito à continuidade do atendimento de urgência e emergência, conforme o previsto nos itens 5.1.2.; 5.1.3.; 5.1.4. e 5.1.5. acima, a garantia de cobertura de remoção terrestre para Unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência que determinaram a



necessidade da continuidade do atendimento ou findo o prazo de 12 (doze) horas, o que ocorrer antes, sempre mediante solicitação expressa do médico assistente.

Na remoção, a **CONTRATADA** deverá disponibilizar ambulância com os recursos técnicos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o seu registro numa unidade do SUS.

Nos casos em que não possa haver remoção por risco de vida e não havendo cobertura contratual ou legal para o evento, o **BENEFICIÁRIO** e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a **CONTRATADA**, de qualquer ônus daí decorrente.\*

Quando o **BENEFICIÁRIO** ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de Termo de Responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade que não a do SUS, a **CONTRATADA** estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro do atendimento e da remoção.

Nas situações em que não exista leito do SUS disponível e não existam condições médicas para a realização de remoção sem implicar em risco de vida ao paciente, a **CONTRATANTE** arcará com o ônus da assistência do **BENEFICIÁRIO** até ser possível a remoção do mesmo, ficando a **CONTRATADA** isenta de qualquer responsabilidade médica e financeira sobre o paciente.

#### 5.1.6.3. Das limitações da remoção no atendimento de urgência e emergência

- a. Fica expressamente excluída a cobertura de qualquer remoção que não seja a terrestre, mesmo que por solicitação do médico assistente.
- b. Fica estabelecido que não haverá cobertura, por parte da **CONTRATADA**, de custos para remoção do paciente de sua residência ou local de trabalho para um hospital, nem de um hospital para a sua residência e/ou local de trabalho, ainda que por solicitação do médico assistente.

### 5.2. COBERTURA NOS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA – PRODUTOS DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA - QUADRO II:

É obrigatória por parte da **CONTRATADA** a cobertura dos atendimentos nos casos de urgência/emergência odontológica, descritos no(s) instrumento(s) que regula(m) o(s) plano(s) contratado(s).

### 5.3. COBERTURA DE REMOÇÃO – PRODUTOS DE ASSISTÊNCIA MÉDIA - QUADRO I:

A cobertura da segmentação hospitalar, nos planos onde esta segmentação esteja definida, contempla, ainda, a remoção terrestre do **BENEFICIÁRIO**, na forma da legislação vigente à época do evento, que tenha cumprido o período de carência para internação hospitalar, a partir da ciência da **CONTRATADA**, e mediante solicitação expressa do médico assistente, quando ocorrer:

- a. De hospital ou pronto-atendimento vinculado ao Sistema Único de Saúde-SUS, localizado dentro da área de atuação do produto contratado, para hospital próprio ou credenciado da **CONTRATADA**, vinculado ao plano de saúde do **BENEFICIÁRIO**;

- b. De hospital ou pronto-atendimento privado, não pertencente à rede assistencial da **CONTRATADA**, localizado dentro da área de atuação do produto contratado, para hospital próprio ou credenciado da **CONTRATADA**, vinculado ao plano de saúde do **BENEFICIÁRIO**;
- c. De hospital ou pronto-atendimento privado, pertencente à rede assistencial da **CONTRATADA**, vinculado ao plano de saúde do **BENEFICIÁRIO**, localizado dentro da área de atuação do produto contratado, para hospital próprio ou credenciado da **CONTRATADA**, apenas quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos para continuidade de atenção ao **BENEFICIÁRIO** na unidade de saúde de origem;
- d. De hospital ou pronto-atendimento, público ou privado, não pertencente à rede assistencial da **CONTRATADA**, localizado fora da área de atuação do produto contratado pelo **BENEFICIÁRIO**, para hospital próprio ou credenciado da **CONTRATADA**, vinculado ao plano de saúde do **BENEFICIÁRIO**, apto a realizar o devido atendimento, apenas nos casos em que o evento que originou a necessidade do serviço tenha ocorrido dentro da área de atuação do produto do **BENEFICIÁRIO** e na indisponibilidade ou inexistência de prestador conforme previsto na RN No. 259/2011, ou outra que venha a lhe substituir;
- e. De hospital ou pronto-atendimento pertencente à rede assistencial da **CONTRATADA**, vinculado ao plano de saúde do **BENEFICIÁRIO**, localizado dentro da área de atuação do produto contratado, para hospital próprio ou credenciado da **CONTRATADA**, vinculado ao plano de saúde do **BENEFICIÁRIO**, nos casos em que houver previsão contratual para atendimento em estabelecimento de saúde específico.

#### 5.3.1 Limitações da cobertura de remoção

A **CONTRATADA** não se responsabilizará, em nenhuma hipótese, pelas despesas de **REMOÇÃO TERRESTRE** do **BENEFICIÁRIO**, ainda que por solicitação expressa do médico assistente, nas seguintes situações:

- a. De local público ou privado que não seja uma unidade hospitalar ou pronto-atendimento, ressalvadas as hipóteses de indisponibilidade e inexistência de prestadores, conforme legislação vigente ou;
- b. De hospital ou pronto-atendimento, pertencente à rede assistencial da **CONTRATADA**, vinculado ao plano de saúde do **BENEFICIÁRIO**, localizado dentro da área de atuação do produto contratado, para hospital privado não pertencente à rede assistencial da **CONTRATADA**.

#### 5.4. COBERTURA DE REMOÇÃO – PRODUTOS DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA - QUADRO II:

A **CONTRATADA** não se responsabilizará, em nenhuma hipótese, por despesas com qualquer tipo de **REMOÇÃO** dos beneficiários vinculados ao produto do **QUADRO II**, ainda que solicitada por odontólogo assistente, por não haver cobertura na segmentação odontológica, de acordo com o ROL da ANS.

#### 6. PADRÃO DE ACOMODAÇÃO

O padrão de acomodação varia de acordo com o plano em que o **BENEFICIÁRIO** esteja devidamente cadastrado, pois a acomodação faz parte das características do plano constantes do **Quadro I**, da

Cláusula 3 retro, e fazem referência ao tipo de acomodação a que o **BENEFICIÁRIO** terá acesso em caso de internação hospitalar ou obstétrica, diferenciando-se em:

- a. Acomodação em quarto individual com banheiro.
- b. Acomodação em quarto coletivo, a partir de 2 (dois) leitos.

Parágrafo Único. Os produtos do QUADRO II não possuem acomodação.

### 6.1. Acompanhantes na internação

De acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente, e com o previsto na legislação, o **BENEFICIÁRIO** somente terá direito à cobertura de despesas de diária(s) de 1 (um) acompanhante, no caso de:

- a. Ser menor de 18 (dezoito) anos ou;
- b. Ter idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos;
- c. Ser portador de necessidades especiais.

Ressalvadas as situações de:

- I. contraindicação justificada do médico ou do cirurgião-dentista assistente, no local da internação; ou
- II. nos casos de internação em Unidade de Terapia Intensiva - UTI ou similar.

A indicação do acompanhante deverá respeitar as políticas administrativas do prestador hospitalar onde se der a internação.

A cobertura de despesas de diária do acompanhante sempre se dará no padrão de acomodação do plano em que o **BENEFICIÁRIO** esteja cadastrado.

**6.2. A segmentação assistencial obstétrica garantirá, além dos procedimentos previstos na segmentação hospitalar, a cobertura dos procedimentos relativos ao pré-natal, assistência ao parto e puerpério, observadas as seguintes exigências:**

- a. Cobertura das despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, relativas ao acompanhante indicado pela mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato, entendido como o período que abrange 10(dez) dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico;
- b. Cobertura assistencial ao recém-nascido(a), filho(a) natural ou adotivo(a) do **BENEFICIÁRIO**, ou de seu dependente, durante os 30 (trinta) primeiros dias após o parto;
- c. Opção de inscrição assegurada ao recém-nascido(a), filho(a) natural ou adotivo(a) do **BENEFICIÁRIO**, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção

A indicação do acompanhante deverá respeitar as políticas administrativas do prestador hospitalar onde se der a internação.

A cobertura de despesas de diária do acompanhante sempre se dará no padrão de acomodação do plano em que o **BENEFICIÁRIO** esteja cadastrado.

## 7. EXCLUSÕES DE COBERTURA

A **CONTRATADA** está totalmente eximida de oferecer qualquer cobertura prevista na cláusula 5, do presente **INSTRUMENTO**, em qualquer situação em que a segmentação, abrangência geográfica, acomodação e redes assistenciais de acordo com o plano em que forem devidamente cadastrados e que se encontram elencados no **Quadro I e II**, da cláusula 3 acima, não sejam estritamente observados.

A **CONTRATADA**, da mesma forma, se exige da cobertura caso os períodos de carência para o procedimento solicitado, ou cobertura parcial temporária CPT, quando seja o caso, à que os **BENEFICIÁRIOS** estejam sujeitos, não tenham sido cumpridos.

Também não serão cobertos, o procedimentos solicitados em desacordo com as normas de atendimento da **CONTRATADA** e que desrespeitem as orientações dadas aos **BENEFICIÁRIOS**, os prazos previstos e a necessidade de autorização prévia por parte da **CONTRATADA**, bem como as situações em que o **BENEFICIÁRIO** não comprove efetivamente o vínculo com a **CONTRATANTE** ou sua identidade.

Nos contratos individualizados de cada plano, que fazem parte da documentação anexa ao presente **INSTRUMENTO**, estão detalhadas todas as exclusões contratuais de cobertura dos procedimentos, bem como suas demais particularidades.

### 7.1. EXCLUSÃO DE REMOÇÃO AÉREA

A **CONTRATADA** não se responsabilizará, em nenhuma hipótese, por despesas com **REMOÇÃO AÉREA** dos **BENEFICIÁRIOS** do presente contrato, ainda que solicitada pelo médico assistente.

### 7.2. EXCLUSÃO DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR

Não será garantida a internação domiciliar (HOME CARE), seja em substituição à internação hospitalar ou não, e ainda que solicitada ou prescrita pelo médico assistente do **BENEFICIÁRIO**.

### 7.3. EXCLUSÃO DE COBERTURA NOS CASOS PSIQUIÁTRICOS

Não será garantida pela **CONTRATADA** qualquer internação psiquiátrica que não se der em hospital psiquiátrico ou em unidade/enfermaria em hospital geral para internação psiquiátrica. Também não serão cobertas pela **CONTRATADA** as internações de caráter social ou para recuperação de dependência química em clínicas de reabilitação, centros de convivência, clínicas de repouso, spas e afins.

### 7.4. EXCLUSÃO DE COBERTURA DE REEMBOLSO

Os planos da **CONTRATADA**, em seu registro junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, não preveem o reembolso de procedimentos, na modalidade de livre escolha de prestadores. Desta forma, o mesmo não estará coberto, eximindo-se assim a **CONTRATADA** de qualquer ressarcimento neste sentido.

7.4.1. – Nos casos específicos de impossibilidade comprovada de acesso à rede assistencial em situações de urgência e emergência e, exclusivamente, dentro das áreas de abrangência geográfica e atuação de cada produto, a **CONTRATADA** poderá efetuar o reembolso de despesas nos limites dos custos com que arcaria em situações de igual natureza, mediante a comprovação documental do evento através da apresentação dos documentos elencados nos **INSTRUMENTOS** contratuais de cada plano e a competente apuração das circunstâncias. Uma vez aceito pela **CONTRATADA**, o reembolso será feito no prazo de até 30 (trinta) dias contados a partir da entrega de toda a documentação citada.

## 8. CARÊNCIAS CONTRATUAIS

### 8.1. Definições

**Carência** – Entende-se por Carência o período corrido e ininterrupto, determinado em contrato, contado a partir da data de início da vigência do **BENEFICIÁRIO** no plano de **assistencia a saúde** ao qual seja vinculado, durante o qual a **CONTRATANTE** paga as **contraprestações pecuniárias**, mas o **BENEFICIÁRIO** sujeito ao cumprimento de carência, ainda não tem acesso a determinadas coberturas previstas no contrato.

### 8.2. Prazo para cadastramento dos BENEFICIÁRIOS com isenção do cumprimento de carências

As partes acordam que, uma vez que o contrato tenha mais que 30 (trinta) vidas, os **BENEFICIÁRIOS** serão isentos do cumprimento de carências quando:

- forem incluídos em até (trinta) dias corridos, contados a partir da data da vigência do presente **INSTRUMENTO** para todos os **BENEFICIÁRIOS** da massa inicial.
- Forem incluídos período de 0 (zero) a 30 (trinta) dias corridos, contados a partir da data de admissão do novo funcionário para os beneficiários ativos e seus respectivos beneficiários dependentes incluídos juntamente com o mesmo;
- Forem incluídos em até 30 (trinta) dias corridos, contados a partir da data do evento gerador de **vínculo** (casamento/nascimento/adoção) para os **BENEFICIÁRIOS** dependentes e no caso do **BENEFICIÁRIO** titular já ter cumprido todos os prazos de carência.

### 8.3. Períodos de carência

Em conformidade com a RN Nº 195/09, que permite a exigência de cumprimento de prazos de carência, o direito de atendimento dos **BENEFICIÁRIOS** deste **INSTRUMENTO**, encontra-se vinculado aos seguintes prazos de carência para os procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, de acordo com a(s) segmentação(ões) do plano ao qual estiverem registrados/cadastrados, especificados no **Quadro I**, contados a partir do seu registro/cadastro:

#### 8.3.1. Para os produtos de ASSISTÊNCIA MÉDICA - QUADRO I:

- Vinte e quatro (24) horas: para os atendimentos decorrentes de acidentes pessoais, ocorridos comprovadamente a partir da vigência do Contrato, sendo que as demais

condições de atendimento para urgência/emergência estão detalhadas na cláusula 5.1, em conformidade com a CONSU Nº 13/98.

- b. Trinta (30) dias: para a cobertura de consultas médicas e exames laboratoriais simples (exceto Imunológicos, Hormonais e de Alta Complexidade (PAC – Procedimentos de Alta Complexidade, na definição estabelecida no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS)), Raio-X simples (Radiografia não contrastada) e Eletrocardiograma (ECG).
- c. Noventa (90) dias: para a cobertura dos seguintes procedimentos, desde que não sejam de Alta Complexidade (PAC – Procedimentos de Alta Complexidade, na definição estabelecida no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS):
  - Exames Cardiológicos simples: Teste Ergométrico, Holter, Ecocardiograma Convencional;
  - Exames Oftalmológicos simples: Curva tensional, Tonometria, Campimetria, Mapeamento de retina;
  - Exames Otorrinolaringológicos simples: Audiometrias e Impedanciometrias, Pesquisa de Potencial Evocado (BERA);
  - Exames de Raio-X Contrastado;
  - Exames de Ultrassonografia (exceto endoscópicos);
  - Sessões multidisciplinares (psicoterapia, fonoaudiologia, fisioterapia, nutrição e terapia ocupacional);
  - Mamografia Convencional e Densitometria Óssea
- d. Cento e oitenta (180) dias: para a cobertura dos seguintes procedimentos, desde que não estejam relacionados à(s) patologia(s) para a(s) qual(is) o **BENEFICIÁRIO** cumpre Cobertura Parcial Temporária - CPT:
  - Cirurgias ambulatoriais;
  - Internação Hospitalar, clínica, cirúrgica ou obstétrica;
  - Internações em leitos de alta complexidade;
  - Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Endoscopias, Colonoscopia, Procedimentos de Medicina Nuclear, Angiografias, Procedimentos que necessitam de Hemodinâmica (como Cateterismo Cardiológico), Radioterapia e Quimioterapia;
  - Todos os procedimentos não mencionados nos itens anteriores.
- e. Trezentos (300) dias: para cobertura de partos a termo.

#### 8.3.2. Para os produtos de ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA - QUADRO II:

- a. **Vinte e quatro (24) horas**: para os atendimentos de urgência/emergência;
- b. **Sessenta (60) dias**: para Diagnóstico, Prevenção em Saúde Bucal e Dentística (Restaurações);
- c. **Centos e oitenta (180) dias**: para os demais casos

### 8.4 Aproveitamento de carências

#### 8.4.1. Entre planos equivalentes da CONTRATADA

Beneficiários da **CONTRATANTE** migrados entre os planos contratados deste documento e que possuam características equivalentes terão seu tempo de plano integralmente aproveitado.

#### 8.4.2. Entre planos não equivalentes da CONTRATADA

Beneficiários da **CONTRATANTE** migrados entre os planos contratados deste documento e que possuam características não equivalentes, em relação à segmentação assistencial, acomodação e rede, cumprirão carência de 180 (cento e oitenta) dias para os direitos e coberturas não previstos no plano anterior.

#### **8.4.3. Entre planos equivalentes de outras operadoras e planos da CONTRATADA**

Beneficiários da **CONTRATANTE** migrados de planos de outras operadoras que possuam características equivalentes, em relação à segmentação assistencial e acomodação, terão aproveitamento parcial de suas carências, de acordo com as normativas internas da **CONTRATADA**. **Não haverá aproveitamento de carências para as coberturas de Parto e Cobertura Parcial Temporária – CPT.**

#### **8.4.4. Entre planos não equivalentes de outras operadoras e planos da CONTRATADA**

Beneficiários da **CONTRATANTE** migrados de planos de outras operadoras que possuam características não equivalentes, em relação à segmentação assistencial e acomodação, terão aproveitamento parcial de suas carências para a segmentação e acomodação que tinham no plano anterior e cumprirão carência contratual integral para os direitos e coberturas não previstos no plano anterior, de acordo com as normativas internas da **CONTRATADA**. **Não haverá aproveitamento de carências para as coberturas de Parto e Cobertura Parcial Temporária – CPT.**

### **9. Doenças e Lesões Preexistentes e Cobertura Parcial Temporária**

#### **9.1. Definições**

- a. **DLP – Doença ou lesão preexistente** é a Doença ou lesão que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência a saúde.
- b. **DPS - Declaração pessoal de saúde** é o Formulário disponibilizado pela **CONTRATADA**, em que o beneficiário titular é obrigado a informar a operadora, quando expressamente solicitado, as doenças ou lesões preexistentes que saiba ser portador ou sofredor, bem como dos seus dependentes, no momento da(s) sua(s) inclusão(ões) no plano de assistência a saúde. A omissão da informação é considerada fraude e poderá acarretar a exclusão do beneficiário do plano por perda da sua qualidade de beneficiário.
- c. **CPT – Cobertura parcial temporária** é a Cobertura assistencial que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, contados a partir da data de inclusão do beneficiário no plano de assistência a saúde, 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 sua inclusão no plano de assistência a saúde.

#### **9.1.1. Não haverá Cobertura Parcial Temporária para os produtos do QUADRO II.**

#### **9.2. Aplicabilidade ao presente INSTRUMENTO**

De acordo com o previsto na RN No. 195/09, nos Contratos Coletivos Empresariais, consoantes com o teor e objeto do presente **INSTRUMENTO**, nos casos de inclusões fora dos prazos de isenção de

carências pactuados no item 8.2. acima, a **CONTRADADA** exigirá o preenchimento da DPS, exceto para beneficiários que se vinculem a produtos do QUADRO II, e uma vez que esta resulte positiva, no sentido de comprovar a existência de DLP, ensejará a aplicação da CPT para estes beneficiários.

## 10. Mecanismos de Regulação / Regras de utilização

### 10.1. Habilitação para o atendimento

10.1.1. A **CONTRATADA** prestará os serviços assistenciais, em conformidade com as áreas de abrangência e de atuação dos planos contratados, através dos prestadores próprios e/ou credenciados, constantes no Manual de Orientação do **BENEFICIÁRIO**, a ser disponibilizado para a **CONTRATANTE** ou no seu Portal, disponível no sítio eletrônico [www.hapvida.com.br](http://www.hapvida.com.br);

### 10.1.2 Documentos exigidos

Ao se habilitar para qualquer tipo de atendimento, o **BENEFICIÁRIO** deverá apresentar:

- a. Cartão de Identificação do **BENEFICIÁRIO** fornecido pela **CONTRATADA**, ou disponível no sítio, ou no aplicativo Hapvida;
- b. Carteira de identidade (RG) com foto do **BENEFICIÁRIO**-paciente, no caso de menor, certidão de Nascimento e RG do acompanhante/responsável.

#### 10.1.2.1. Casos de Atendimento que demandem autorização prévia da **CONTRATADA**

- a. Além dos documentos acima elencados nos itens **a** e **b**, o **BENEFICIÁRIO** deverá apresentar Guia de solicitação médica ou odontológica, devidamente preenchida com o CRM do médico ou CRO do odontólogo, conforme o caso, e autorizada pela **CONTRATADA**.

10.1.3. A **CONTRATADA** se utiliza, obrigatoriamente, de processos de identificação biométrica como forma de reconhecimento para acesso aos atendimentos por parte dos **BENEFICIÁRIOS**. O cadastramento inicial da identificação biométrica será realizado por ocasião do primeiro atendimento do **BENEFICIÁRIO** junto à rede assistencial da **CONTRATADA**, sendo obrigatória a apresentação nessa oportunidade do RG do **BENEFICIÁRIO**.

10.1.3.1. Eventual liberalidade por parte da **CONTRATADA** em dispensar o **BENEFICIÁRIO** da obrigação de reconhecimento através do processo de identificação biométrica, não lhe garante o direito de pleitear a isenção definitiva de tal obrigação que, a qualquer tempo, poderá ser novamente exigida pela **CONTRATADA**.

10.1.3.2. Caso o **BENEFICIÁRIO** apresente dificuldade de se identificar através do processo biométrico, deverá, obrigatoriamente, comparecer ao Setor de Digitais da **CONTRATADA** para proceder com o recadastramento de suas digitais, nos termos previstos nos contratos que regulam os planos da **CONTRATADA**.

10.1.3.2.1. Se verificada pela **CONTRATADA** a impossibilidade de reconhecimento das digitais do **BENEFICIÁRIO**, a **CONTRATADA** orientará, à seu critério, como será procedida a identificação do **BENEFICIÁRIO** e os procedimentos que deverão ser adotados.

## 10.2. ATENDIMENTO ELETIVO

O atendimento eletivo reger-se-á pelas seguintes condições:

### CONSULTAS MÉDICAS ELETIVAS

10.2.1. Todo atendimento referente a consultas médicas eletivas deverá ser realizado através dos médicos e entidades indicadas no Manual de Orientação do **BENEFICIÁRIO** ou no Portal da **CONTRATADA**, mediante marcação prévia.

### EXAMES COMPLEMENTARES ELETIVOS

10.2.2. Os exames complementares dar-se-ão, exclusivamente, nas unidades mencionadas no Manual de Orientação do **BENEFICIÁRIO** ou no Portal da **CONTRATADA** para as especialidades previstas.

10.2.2.1. O uso dos serviços em atendimento eletivo, para serviços de apoio diagnóstico depende da Guia de Solicitação/Autorização da **CONTRATADA**. Alguns exames solicitados pelos médicos da **CONTRATADA** poderão já ter prévia autorização.

10.2.2.2. Os exames laboratoriais, exceto os hormonais, e radiológicos de natureza simples não necessitam de autorização prévia;

10.2.2.3. Procedimentos e Exames complementares que dependem de autorização prévia:

- a. Ultrassonografia, mamografia, anatomopatológico, cardiológico, hormonais, cariótipos;
- b. Das especialidades médica de oftalmologia, otorrinolaringologia, dermatologia, urologia, fisioterapia, medicina nuclear, radiologia intervencionista (inclusive angiologia) e neurorradiologia;
- c. Tomografia computadorizada, ressonância magnética, densitometria óssea, mielografias;
- d. Exames por videoscopia;
- e. Endoscopias diagnósticas e terapêuticas;
- f. Hemodinâmica, litotripsia, escleroterapia de varizes;
- g. Das especialidades odontológicas de Radiologia, Dentística, Periodontia e Endodontia;
- h. Procedimentos de alta complexidade (PAC);
- i. Demais exames especializados e cirurgias ambulatoriais, existentes ou que vierem a ser incluídos no ROL de procedimentos da ANS.

**Parágrafo único.** Quando da solicitação de procedimentos por profissionais da rede própria, poderá ser dispensada, a critério da operadora, a necessidade de autorização prévia dos Exames e Procedimentos Especializados.

### PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS ELETIVOS

10.2.3. Todas as solicitações de procedimentos cirúrgicos eletivos dependem de autorização prévia. A solicitação deverá ser feita na central de atendimento ou nos postos de autorização,

nos seguintes horários: de segunda-feira a quinta-feira, de 07h às 17h30 e, às sextas-feiras, de 07h às 16h30, através da apresentação da guia de solicitação (TISS) e exames/relatórios médicos comprobatórios à solicitação.

Nas localidades onde não exista central de atendimento ou posto de autorização da **CONTRATADA**, sua autorização eletiva deverá ser solicitada pelo prestador executante. Em caso de dúvidas, o **BENEFICIÁRIO** deverá entrar em contato com o SAC da **CONTRATADA**;

10.2.3.1. A internação será efetuada nas dependências dos hospitais indicados pela Operadora, constantes da sua Rede, de acordo com o plano do beneficiário e seu padrão de acomodação.

### 10.3. AUTORIZAÇÃO PRÉVIA

Os procedimentos que dependem de autorização prévia deverão ser solicitados pelo **BENEFICIÁRIO** nas centrais de atendimento ou postos de autorização da **CONTRATADA**, nos horários estabelecidos pela mesma. Nas localidades onde não exista central de atendimento ou posto de autorização da **CONTRATADA**, sua autorização eletiva deverá ser solicitada pelo prestador executante. Em caso de dúvidas, o **BENEFICIÁRIO** deverá entrar em contato com o SAC da **CONTRATADA**.

10.3.1. Os procedimentos que dependem de autorização prévia deverão ser solicitados pelo beneficiário nas centrais de atendimento ou postos de autorização da **CONTRATADA**, nos horários estabelecidos pela mesma. Nas localidades onde não exista central de atendimento ou posto de autorização da **CONTRATADA**, a autorização eletiva deverá ser solicitada pelo prestador executante. Em caso de dúvidas, o **BENEFICIÁRIO** deverá entrar em contato com o SAC da **CONTRATADA**

10.3.2. Ao **BENEFICIÁRIO** será garantido o atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de um dia útil a partir do momento da solicitação, para a definição dos casos de aplicação das regras de regulação, ou em prazo inferior quando caracterizada a urgência (artigo 4º, IV da CONSU 08/98).

10.3.3. Nos casos em que dependam de autorização prévia, a **CONTRATADA** poderá exigir que o **BENEFICIÁRIO** seja avaliado por médico ou odontólogo auditor ou, ainda, que apresente relatórios do seu médico ou odontólogo assistente, resultados de exames porventura realizados ou outros documentos necessários à avaliação da solicitação médica ou odontológica, ficando este ciente de que, havendo recusa à tal avaliação ou à apresentação da documentação solicitada, a solicitação de autorização ficará pendente até que o mesmo seja avaliado pela Auditoria da **CONTRATADA** ou apresente a documentação requerida.

10.3.4. O fato do profissional solicitante não fazer parte da rede assistencial da **CONTRATADA** não constitui, por si só, motivo de negativa de autorização de procedimento por parte desta.

10.3.5. A impossibilidade de negativa de autorização em virtude do profissional solicitante não pertencer à rede assistencial da **CONTRATADA**, não pressupõe o direito do **BENEFICIÁRIO** à realização do procedimento com o profissional não credenciado às expensas da **CONTRATADA** e nem o exime da obrigação de submeter-se às regras de Auditoria e demais condições previstas no presente **INSTRUMENTO**.

10.3.6. Ao receber a solicitação de um profissional não pertencente à sua rede assistencial, a **CONTRATADA**, através de sua Auditoria, analisará se o mesmo é devido, de acordo com as condições contratuais e legais de cobertura. Se o procedimento for de cobertura obrigatória, a **CONTRATADA** autorizará o procedimento para um profissional pertencente à sua rede assistencial, devidamente habilitado para a sua realização, cabendo ao **BENEFICIÁRIO** procurar o referido profissional e agendar diretamente com ele o procedimento;

10.3.7. Dependendo da natureza do procedimento, o médico disponibilizado pela **CONTRATADA** poderá solicitar avaliação ou consulta prévia do **BENEFICIÁRIO**, o que não constituirá qualquer óbice por parte da **CONTRATADA** à cobertura pretendida.

10.3.8. A ASSISTÊNCIA INTEGRAL será garantida ao **BENEFICIÁRIO** exclusivamente através de profissional habilitado pertencente à rede assistencial da **CONTRATADA** ofertado para a realização do procedimento. Caso o **BENEFICIÁRIO** recusar o profissional disponibilizado pela **CONTRATADA** e optar por realizar o procedimento através de profissional não pertencente à rede da **CONTRATADA**, correrão por conta e risco do **BENEFICIÁRIO** todas as despesas inerentes ao procedimento, tais como honorários do médico ou odontólogo assistente e de sua equipe, (caso pertinente ao caso), materiais, equipamentos, despesas e taxas hospitalares (caso pertinente ao caso) e outros custos inerentes ao procedimento, ainda que seja realizado em prestador hospitalar vinculado à **CONTRATADA**.

10.3.9. Os prestadores hospitalares integrantes da rede de atendimento da **CONTRATADA** não estão obrigados a autorizar profissionais não pertencentes aos seus respectivos corpos clínicos, com o devido embasamento ético-legal, a realizarem procedimentos clínicos ou cirúrgicos em suas dependências.

#### 10.4. ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

##### 10.4.1. PRODUTOS DO QUADRO I:

Ao necessitar de atendimento de consultas médicas de urgência ou emergência o **BENEFICIÁRIO** deverá:

- a. Utilizar os serviços através dos Prontos Socorros indicados para tal no Manual de Orientação do **BENEFICIÁRIO** ou no Portal da **CONTRATADA**, observando-se as situações descritas na cláusula de Urgência/Emergência;
- b. Após o atendimento ambulatorial, caso seja verificada a necessidade de internação, esta será garantida independentemente de autorização prévia, em conformidade com a CONSU 08/98, art. 2º, inciso V, devendo o prestador, no entanto, solicitar a autorização da internação, de imediato, à Central de Atendimento da operadora, quando da indicação médica.
- c. As autorizações para internações nos casos de urgência e emergência estarão sujeitas ao cumprimento dos prazos de carência e Cobertura Parcial Temporária, nos termos da CONSU No. 13, conforme previsto na cláusula 5.1 acima.

##### 10.4.2. PRODUTOS DO QUADRO II:

Ao necessitar de atendimento de urgência/emergência o **BENEFICIÁRIO** deverá

- a. Utilizar os serviços através das clínicas odontológicas ou serviços odontológicos nos pronto-atendimentos indicados para tal no Manual de Orientação do Beneficiário ou no Portal da CONTRATADA, observando-se as situações descritas na cláusula de Urgência/Emergência;

10.4.3. Quando não for possível o acesso à Rede da operadora para atendimento de Urgência/Emergência, o **BENEFICIÁRIO** deverá proceder em conformidade com as instruções da cláusula URGÊNCIA e EMERGÊNCIA.

## 10.5. REDE ASSISTENCIAL DA CONTRATADA

A rede de prestadores da **CONTRATADA** constará do Manual de Orientação do **BENEFICIÁRIO**, que será atualizado periodicamente, podendo ser, ainda, consultada através do sítio eletrônico: [www.hapvida.com.br](http://www.hapvida.com.br).

10.5.1. A **CONTRATADA** poderá proceder à substituição de um ou de todos os serviços constantes do mencionado Manual de Orientação do **BENEFICIÁRIO**, sendo certo que a substituição deverá ser feita por novos credenciados, preservando-se a equivalência destes, bem como assegurando o conhecimento prévio do **BENEFICIÁRIO**, nos termos da legislação.

10.5.2. Quando houver descredenciamento por substituição de entidade hospitalar, a **CONTRATADA** deverá dar ciência escrita à **CONTRATANTE** e a Agência Nacional de Saúde - ANS, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor, conforme critérios definidos na Lei No. 9.656/98.

10.5.3. A **CONTRATADA** poderá também, para fins de redimensionamento de sua rede assistencial, nos termos da Lei No. 9.656/98, mediante autorização da Agência Nacional da Saúde Suplementar - ANS, proceder à redução da quantidade de serviços referenciados no referido Manual de Orientação do **BENEFICIÁRIO**.

10.5.4. Na hipótese da substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer por vontade da operadora durante período de internação do consumidor, o estabelecimento obriga-se a manter a internação e a operadora, a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério médico, na forma do contrato.

10.5.4.1. Excetuam-se do previsto no artigo anterior os casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, durante o período de internação, quando a **CONTRATADA** arcará com a responsabilidade pela transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para o consumidor.

10.5.5. Em ocorrendo os descredenciamentos a que aludem os itens acima, os **BENEFICIÁRIOS** terão o direito de prosseguir o seu tratamento em qualquer outro estabelecimento hospitalar, constante do Manual de Orientação do **BENEFICIÁRIO**, sem que a **CONTRATADA** tenha a obrigação de efetuar qualquer indenização, em razão da substituição ocorrida.

## 10.6. JUNTA MÉDICA / ODONTOLÓGICA

Nas situações de divergência técnico-assistencial sobre procedimento médico/odontológico, a respeito de autorização prévia, a definição do impasse será garantida pela CONTRATADA através de junta médica/odontológica constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo usuário, por médico/odontólogo nomeado pela operadora e por um terceiro, remunerado e sugerido pela CONTRATADA, ratificado de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados.

10.6.1. A junta médica/odontológica será composta, processada e concluída de acordo com o estabelecido na RN No. 424/2017, da ANS, sujeitando-se o beneficiário e os profissionais que a compõem ao fiel cumprimento das determinações ali previstas.

10.6.2. O médico/odontólogo assistente deverá escolher um dentre quatro profissionais indicados pela CONTRATADA para compor a JUNTA na condição de terceiro médico ou médico desempatador; a recusa, a falta de manifestação do médico/odontólogo assistente no prazo conferido no ato de convocação da Junta ou a sua manifestação fora desse prazo, importará na eleição, pela CONTRATADA, do terceiro médico, dentre os quatro indicados.

10.6.3. O beneficiário ou o médico assistente deverão apresentar os documentos e exames que fundamentaram a solicitação do procedimento.

10.6.4. A presença do BENEFICIÁRIO quando da realização da Junta Médica/Odontológica poderá ser dispensada, salvo quando for necessária a sua avaliação física pelos profissionais participantes, ocasião em que, a sua ausência injustificada, desobrigará a CONTRATADA a cobrir o procedimento solicitado.

10.6.5. O terceiro médico ou desempatador poderá solicitar fundamentadamente que o beneficiário realize exames complementares, desde que previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, os quais serão cobertos pela CONTRATADA de acordo com as segmentações assistenciais do produto ao qual o beneficiário está registrado. Nesse caso, o prazo de garantia de cobertura do procedimento inicialmente solicitado será suspenso por 03 (três) dias úteis. Caso o beneficiário não realize os exames complementares solicitados pelo desempatador, prevalecerá a opinião do médico da Operadora, ficando esta desobrigada a custear o procedimento.

10.6.6. A Junta médico/odontológica será concluída com a elaboração de parecer técnico de médico desempatador, o qual será acatado para fins de cobertura e que deverá ser devidamente fundamentado e cientificado ao beneficiário e seu médico assistente no prazo legal.

10.6.7. A Junta Médica/Odontológica não será, obrigatoriamente, presencial, podendo, inclusive, qualquer um dos seus integrantes participar por videoconferência, telemedicina ou qualquer outro recurso que viabilize a análise da divergência técnico-assistencial de natureza médica/odontológica do procedimento solicitado.

10.6.8. Caso a Junta Médica/Odontológica seja desfavorável à solicitação do médico/odontólogo assistente, a CONTRATADA se desobriga de cobrir os custos do procedimento solicitado, passando este a ser de inteira e exclusiva responsabilidade do BENEFICIÁRIO.

10.6.9. Caso a Junta Médica/Odontológica decida por um procedimento diferente do solicitado pelo médico/odontólogo, de cobertura obrigatória pela Operadora, este será garantido, se for da vontade do BENEFICIÁRIO, de acordo com os parâmetros técnicos definidos pelo executante

pertencente à rede de atendimento da CONTRATADA e devidamente habilitado para execução do mesmo. Não sendo da vontade do BENEFICIÁRIO, fica a CONTRATADA isenta de qualquer responsabilidade financeira sobre o procedimento solicitado.

## 10.7. SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES E PRÓTESES

A solicitação de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, deverão obedecer às disposições abaixo, conforme determinação da RN No. 474/2017, da ANS.

10.7.1. 10.7.1. A solicitação de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, deverão obedecer às disposições abaixo, conforme determinação da RN nº 424/2017, da ANS.

10.7.2. Cabe ao médico ou odontólogo assistente determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, das próteses e dos materiais especiais necessários ao procedimento.

10.7.3. 10.7.3. O médico ou odontólogo assistente deve justificar clinicamente a sua indicação e oferecer, pelo menos, 3 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas.

10.7.4. Caso o médico ou odontólogo assistente não indique, pelo menos, as 3 (três) marcas nos termos do item anterior ou caso a CONTRATADA discorde das marcas indicadas, será instaurada Junta Médica/Odontológica.

10.7.5. 10.7.5. As especificações dos itens 10.7.1 a 10.7.5 são aplicáveis aos produtos do QUADRO I (assistência médica).

## 10.8. ORIENTAÇÕES GERAIS DE ATENDIMENTO

10.8.1. O **BENEFICIÁRIO** fica ciente de que, para fins de cumprimento dos prazos legais de garantia previstos na legislação, será considerado o acesso a qualquer prestador da rede assistencial, habilitado para o atendimento no município onde demandar e, não necessariamente, a um prestador específico de sua livre escolha.

10.8.2. As partes **CONTRATANTES** pactuam que, objetivando propiciar o melhor atendimento possível ao **BENEFICIÁRIO**, bem como a melhor adequação dos custos assistenciais, fica facultado à **CONTRATADA** o traslado do **BENEFICIÁRIO** para tratamentos e procedimentos médicos em outras localidades, pertencentes à área geográfica de abrangência e à área de atuação do produto, nas quais disponibilize estrutura própria ou credenciada apta a lhe oferecer condições terapêuticas avançadas e seguras, cabendo, ainda, à **CONTRATADA** suportar integralmente as despesas advindas do transporte do paciente.

10.8.2.1. Nos casos de pacientes menores de 18 (dezoito) anos e a partir de 60 (sessenta) anos, a **CONTRATADA** responsabilizar-se-á, também, pelas despesas de transporte do acompanhante.

10.8.3. Nas internações hospitalares, os **BENEFICIÁRIOS** permanecerão hospitalizados enquanto houver indicação médica para tanto.

10.8.4. Caso o **BENEFICIÁRIO** continue hospitalizado após a alta médica, passarão a correr, inteiramente por sua conta, a partir de então, todas as despesas decorrentes da internação.

10.8.5. Os serviços diagnósticos, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais podem ser solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista, não havendo 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 n.º 8/98 - Súmula 11/07).

10.8.6. Para as solicitações de negativas de cobertura por escrito, conforme previsto na RN No. 395/2016, os **BENEFICIÁRIOS** deverão se dirigir às unidades de atendimento administrativo da **CONTRATADA** ou entrar em contato com o SAC da mesma. Não compete aos prestadores da **CONTRATADA** emitirem negativas de atendimento por escrito. Aquelas que porventura o venham a ser, não serão reconhecidas pela **CONTRATADA**.

## 10.9. MECANISMOS DE REGULAÇÃO FINANCEIRA:

### 10.9.1. Definições

- a. **CO-PARTICIPAÇÃO** é a importância, além da contraprestação mensal, a ser paga pelo **CONTRATANTE** diretamente à **CONTRATADA**, para o custeio de parte da despesa de determinado procedimento, realizado pelos **BENEFICIÁRIOS** ou seus dependentes. Fica estabelecido entre as partes **CONTRATANTES**, que quando o(s) produto(s) contratado(s) prever a cobrança de **CO-PARTICIPAÇÃO**, esta ocorrerá no percentual ou limites máximos estabelecidos na **TABELA DE VENDAS** e na **PROPOSTA COMERCIAL** assinadas pelas partes, documentos que integram o presente **INSTRUMENTO**.
- b. **FRANQUIA** é o valor financeiro previamente estabelecido em contrato, até o qual a **CONTRATADA** não tem responsabilidade de cobertura, tanto para reembolso, quanto para o pagamento direto à rede assistencial quando da utilização do serviço pelos **BENEFICIÁRIOS** do **CONTRATANTE**. Quando o(s) produto(s) contratado(s) prever a cobrança de **FRANQUIA**, esta será paga pelo **CONTRATANTE**, diretamente ao prestador, quando da realização do procedimento, de acordo com o valor e os termos constantes da **TABELA DE VENDAS** e **PROPOSTA COMERCIAL**, assinada entre as partes, documentos que integram o presente **INSTRUMENTO**.

### 10.9.2. **CO-PARTICIPAÇÃO** sobre internações psiquiátricas:

Ficam as partes cientes que para todo e qualquer plano da **CONTRATADA** que envolva cobertura hospitalar, conforme **Quadro I**, da Cláusula 3 do presente **INSTRUMENTO**, será pago pela **CONTRATANTE**, a título de **CO-PARTICIPAÇÃO**, o percentual de 50% (cinquenta por cento) sobre o custo total das internações psiquiátricas, a partir do 31º. (trigésimo primeiro) dia de internação, ininterruptos ou não, a cada ano de contrato.

## 11. Formação de preço e mensalidade

11.1. Anualmente, antes do envio do comunicado de reajuste para a **CONTRATANTE**, a **CONTRATADA** analisará o perfil da massa coberta, inicialmente apresentado na PROPOSTA COMERCIAL, atualizado de acordo com a composição da massa no momento sinalizado. Nesta análise, uma vez que a mesma apresente alteração significativa em qualquer de suas variáveis sejam elas: a) distribuição etária, b) distribuição geográfica, distribuição por sexo, distribuição por titularidade e idade média da população atendida, estas alterações poderão ensejar, por parte da **CONTRATADA**, a revisão dos custos iniciais apresentados e que uma vez revistos servirão de base para a aplicação dos reajustes contratualmente previstos neste **INSTRUMENTO**.

11.2. O vencimento do pagamento será todo dia 20 de cada mês. Sendo a primeira fatura vincenda no dia 20 do mês da vigência deste **INSTRUMENTO**.

11.2.1. O valor da remuneração deverá ser pago conforme vencimento determinado no item 11.2. acima, firmado e ratificado entre as partes.

11.3. O pagamento integral das contraprestações pecuniárias à **CONTRATADA** será de responsabilidade da pessoa jurídica **CONTRATANTE**, independentemente do adimplemento de seus associados, ressalvadas as hipóteses previstas nos artigos 30 e 31, da Lei 9656/1998.

11.4. No eventual atraso por inadimplência dos **BENEFICIÁRIOS** junto à pessoa jurídica **CONTRATANTE**, esta se responsabilizará integralmente pelo custeio das mensalidades, não podendo, sob qualquer hipótese a operadora vir a cobrar diretamente dos **BENEFICIÁRIOS**.

11.5. Havendo atraso no pagamento das mensalidades, serão cobrados da **CONTRATANTE**, além do valor principal, multa de 2% (dois por cento) e juros de mora de 1% (um por cento) ao mês pro rata de (0,0333% ao dia).

11.6. Além dos encargos de mora previstos no item anterior, a **CONTRATADA** poderá cobrar, ainda, correção monetária e/ou honorários de cobrança sobre o valor devido, ficando o **CONTRATANTE** ciente de que seu nome poderá ser inscrito nos órgãos de proteção ao crédito, nos termos da Legislação vigente.

11.7. O pagamento da contraprestação pecuniária de um determinado mês, não quita débitos de mensalidades anteriores.

11.8. O não recebimento da(s) faturas(s) no endereço indicado, não exime a **CONTRATANTE** do pagamento pontual das obrigações assumidas perante a **CONTRATADA**. A(s) faturas(s) poderá(ão) ser acessada(s) através do site da **CONTRATADA**, [www.hapvida.com.br](http://www.hapvida.com.br), bem como retirado nos totens de atendimento disponíveis em suas unidades de atendimento.

11.9. A **CONTRATANTE** está obrigada a manter atualizado junto à Operadora todos os seus dados cadastrais assim como de todos os **BENEFICIÁRIOS** do contrato.

11.9.1. Caso a **CONTRATANTE** altere seu endereço e não comunique à Operadora, dar-se-ão como aceitos e recebidos quaisquer faturas, correspondências, notificações, inclusive, de inadimplência, enviados pela Operadora ao endereço constante de seu banco de dados.



11.10. Não haverá distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os **BENEFICIÁRIOS** que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles a este já vinculados (artigo 21, da RN 195/2009, alterada pela RN 200/2009), respeitadas as suas atualizações, em virtude dos reajustes aplicados durante a vigência do contrato, na forma da Lei.

11.11. Em atenção ao disposto no § 1º, do artigo 15, da RN Nº 279, de 2011, estão estabelecidos na **PROPOSTA COMERCIAL** ou neste **INSTRUMENTO**, todos os critérios quando forem adotados preço único e/ou participação do empregador na mensalidade dos **BENEFICIÁRIOS**.

11.12. A presente contratação poderá abranger, de acordo com o Quadro I, da Cláusula 3, produtos com regime de preço pré-estabelecido ou, de acordo com o Quadro II, da Cláusula 3, produtos com regime de preço misto, ou seja, de preço pré e pós estabelecido.

11.12.1. Produtos com regime de preço pré-estabelecido – é quando o valor da mensalidade, pré-estabelecido entre as partes, contempla os custos de todos os procedimentos odontológicos de cobertura obrigatória pelo produto contratado.

11.12.2. Produtos com regime de preço misto – é quando o valor da mensalidade, pré-estabelecido entre as partes, contempla os custos de uma parte dos procedimentos odontológicos de cobertura obrigatória pelo produto contratado, estando a outra parte sujeita ao preço pós-estabelecido. No regime de preço pós-estabelecido, os procedimentos que não estiverem previsto no rol de procedimentos de preço pré-estabelecido, serão arcados pelo CONTRATANTE junto à CONTRATADA, quando realizados pelo beneficiário e/ou seus dependentes, de acordo com os valores previstos na tabela CBHPO – Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Odontológicos vigente, na fatura do mês subsequente à sua realização, juntamente com o valor pré-estabelecido das mensalidades.

11.12.3. Os contratos que regulam os produtos contratados disporão sobre os procedimentos que estão sujeitos ao preço pré-estabelecido e pós-estabelecido.

#### TABELA DE PREÇOS ATIVOS

##### Recife

Nosso Plano	Ambulatorial+Hospitalar+Obstetrícia		
	Enfermaria	Apartamento	Varição
00 a 18 anos	145,43	203,60	0.0%
19 a 23 anos	145,43	203,60	0.0%
24 a 28 anos	145,43	203,60	0.0%
29 a 33 anos	145,43	203,60	0.0%
34 a 38 anos	145,43	203,60	0.0%
39 a 43 anos	145,43	203,60	0.0%
44 a 48 anos	145,43	203,60	0.0%
49 a 53 anos	145,43	203,60	0.0%
54 a 58 anos	145,43	203,60	0.0%



Acima de 59 anos	145,43	203,60	0.0%
------------------	--------	--------	------

### TABELA DE PREÇOS INATIVOS

#### Recife

Nosso Plano	Ambulatorial+Hospitalar+Obstetrícia		
	Enfermaria	Apartamento	Varição
00 a 18 anos	157,87	236,80	0.0%
19 a 23 anos	176,82	265,22	12.0%
24 a 28 anos	198,02	297,02	12.0%
29 a 33 anos	227,70	341,55	15.0%
34 a 38 anos	261,83	392,76	15.0%
39 a 43 anos	311,59	467,38	19.0%
44 a 48 anos	389,46	584,18	25.0%
49 a 53 anos	486,82	730,23	25.0%
54 a 58 anos	827,60	1241,39	70.0%
Acima de 59 anos	926,90	1390,35	12.0%

### TABELA DE PREÇOS ODONTO

Nacional	ATIVO		INATIVO	
	EMPRESARIAL MAISODONTO URGENTE - 463007106		EMPRESARIAL MAISODONTO URGENTE - 463007106	
	Valor(R\$)	Varição por Faixa Etária	Valor(R\$)	Varição por Faixa Etária
0 a 18 anos	0,00	-	0,00	-
19 a 23 anos	0,00	0%	0,00	0%
24 a 28 anos	0,00	0%	0,00	0%
29 a 33 anos	0,00	0%	0,00	0%
34 a 38 anos	0,00	0%	0,00	0%
39 a 43 anos	0,00	0%	0,00	0%
44 a 48 anos	0,00	0%	0,00	0%
49 a 53 anos	0,00	0%	0,00	0%
54 a 58 anos	0,00	0%	0,00	0%
Acima de 59 anos	0,00	0%	0,00	0%

## 12 REAJUSTE ANUAL

### 12.1 REAJUSTE ANUAL PARA PLANOS DE BENEFICIÁRIOS ATIVOS e PLANOS DE BENEFICIÁRIOS ATIVOS E INATIVOS:



12.1.1. Os valores das mensalidades serão calculadas e reajustadas de forma independente para cada produto (plano de saúde), anualmente, no aniversário do contrato, independente da data de inclusão dos beneficiários, sem prejuízo da atualização das variações do valor das mensalidades em razão da mudança de faixa etária, migração e adaptação de contrato à Lei nº 9.656/1998, bem como outras, as quais continuarão a ser feitas na condição e forma previstas neste **INSTRUMENTO**.

#### 12.1.2. Reajuste Financeiro

O valor das mensalidades e a Tabela de Preços para novas adesões serão, anualmente, reajustados, com base em um dos itens listados abaixo, o que for maior:

- a. da variação do IGPM (Índice Geral de Preços ao Mercado da Fundação Getúlio Vargas – FGV) apuradas no período dos últimos 12 (doze) meses consecutivos, com o tempo de antecedência de 03(três) meses da aplicação do reajuste, respeitada a data-base de aniversário, considerada esta o mês de assinatura do contrato;
- b. pelo último Índice de Reajuste divulgado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;

É vedada a aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano/produto, em um determinado contrato.

12.1.2.1. Na hipótese de descontinuidade de um ou dos dois índices alternativos estabelecidos no item 12.1.2. acima, os mesmos serão substituídos por aqueles que vierem a fazê-lo e o novo índice será estipulado mediante instrumento específico.

#### 12.1.3 Reajuste por mudança do risco coberto

Caso seja constatado desequilíbrio econômico-atuarial resultante de alterações no risco assistencial provenientes:

- a. da inclusão de novos procedimentos de cobertura obrigatória no ROL de Procedimentos e Eventos e Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS,
- b. das alterações na legislação que incorram em aumento de custos,
- c. das alterações na rede de prestadores,
- d. das elevações de custos oriundos de decisões do Judiciário,
- e. de alterações nas legislações fiscal e tributária, entre outras possíveis e que impactem no aumento dos custos assistenciais; cada produto (plano de saúde) terá aplicação de reajuste adicional àqueles já previstos nos itens 12.1.2 e 12.1.4., conforme estudo da CONTRATADA embasado em Nota Técnica Atuarial que será disponibilizada à CONTRATANTE nesta eventualidade.

#### 12.1.4. Reajuste por sinistralidade

Caso seja verificado o desequilíbrio econômico-atuarial do produto (plano de saúde), será aplicado, além dos reajustes previstos nos itens 12.1.2. e 12.1.3. anteriores, o reajuste por sinistralidade de forma complementar. O desequilíbrio é constatado quando o nível de sinistralidade do produto ultrapassar a meta de sinistralidade de 70% (setenta por cento), anteriormente fixada na **PROPOSTA DE ADESÃO** e no presente **INSTRUMENTO** firmado entre

as partes contratantes, cuja base é a proporção entre os custos assistenciais e a receita líquida direta do produto, constante do QUADRO I ou ou mesmo contratado em data posterior, apuradas no período dos últimos 12 (doze) meses consecutivos, com o tempo de antecedência de 03(três) meses, da aplicação do reajuste, respeitada a data-base de aniversário, considerada esta o mês de assinatura do presente **INSTRUMENTO**. Neste caso, para o cálculo do percentual de reajuste por sinistralidade, será aplicada a seguinte fórmula:

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

Onde: S - Sinistralidade apurada no período (12 meses) para determinado produto constante deste INSTRUMENTO ou que fora posteriormente incluído; e S<sub>m</sub> - Meta de Sinistralidade prevista para determinado produto.

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

12.1.6. Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados entre beneficiários ativos num mesmo plano/produto.

12.1.7. 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 nº 9656, de 1998, ou alterações posteriores na legislação.

12.1.8 Os reajustes elencados nos itens 12.1.2., 12.1.3. e 12.1.4. serão cumulativos e não somatórios e aplicados de acordo com a seguinte fórmula:

**REAJUSTE TOTAL A SER APLICADO= [(1+índice Reaj. Financeiro) x (1+ índice Reaj. Mod. de Risco) x (1+ índice Reaj. Sinistralidade) – 1]**

## 12.2 REAJUSTE ANUAL PARA PLANOS EXCLUSIVAMENTE DE BENEFICIÁRIOS INATIVOS:

12.2.1. O reajuste anual dos planos dos inativos, elencados no **Quadro I**, da cláusula 3, seguirá o seguinte:

### 12.2.1.1. Reajuste Financeiro

O valor das mensalidades e a Tabela de Preços para novas adesões serão, anualmente, reajustados, com base em um dos itens listados abaixo, o que for maior:

- da variação do IGPM (Índice Geral de Preços ao Mercado da Fundação Getúlio Vargas – FGV) apurado no período de 12 (doze) meses consecutivos, e o tempo de antecedência em 3 (três) meses da aplicação do reajuste em relação à data-base de aniversário, considerada esta o mês da assinatura do contrato;
- pelo último Índice de Reajuste divulgado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

É vedada a aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano/produto.



12.2.1.1.1. Na hipótese de descontinuidade de um ou dos dois índices alternativos estabelecidos no item 12.2.1.1 acima, os mesmos serão substituídos por aqueles que vierem a fazê-lo e o novo índice será estipulado mediante instrumento específico.

#### 12.2.1.2. Reajuste por mudança do risco coberto

Caso seja constatado desequilíbrio econômico-atuarial resultante de alterações no risco assistencial provenientes:

- a. da inclusão de novos procedimentos de cobertura obrigatória no ROL de Procedimentos e Eventos e Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS,
- b. das alterações na legislação que incorram em aumento de custos,
- c. das alterações na rede de prestadores,
- d. das elevações de custos oriundos de decisões do Judiciário,
- e. de alterações nas legislações fiscal e tributária, entre outras possíveis e que impactem no aumento dos custos assistenciais; este contrato será reajustado adicionalmente ao previsto nos itens **12.2.1.1** e **12.2.1.3.**, conforme estudo da CONTRATADA embasado em Nota Técnica Atuarial que será disponibilizada à CONTRATANTE nesta eventualidade.

#### 12.2.1.3. Reajuste por sinistralidade

Caso seja verificado o desequilíbrio econômico-atuarial da carteira de contratos para inativos do presente INSTRUMENTO, juntamente com a carteira total dos beneficiários inativos (PAD) da CONTRATADA, será aplicado, além dos reajustes previstos nos itens 12.2.1.1 e 12.2.1.2 anteriores, o reajuste por sinistralidade de forma complementar. O desequilíbrio é constatado quando o nível de sinistralidade do produto ultrapassar a meta de sinistralidade de 60% (sessenta por cento), cuja base é a proporção entre os custos assistenciais e as receitas líquidas diretas dos conjuntos de contratos (**Quadro I, da cláusula 3, deste INSTRUMENTO; outros que venham a ser integrados posteriormente; carteira total de contratos para inativos da CONTRATADA**), apuradas no período dos últimos 12 (doze) meses consecutivos, com o tempo de antecedência de 03(três) meses, da aplicação do reajuste, respeitada a data-base de aniversário, considerada esta o mês de assinatura deste INSTRUMENTO. Neste caso, para o cálculo do percentual de reajuste por sinistralidade, será aplicada a seguinte fórmula:

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

Onde: S - Sinistralidade apurada no período (12 meses), no conjunto de contratos constantes deste INSTRUMENTO, juntamente com a sinistralidade apurada na carteira total dos beneficiários inativos (PAD) da CONTRATADA, que aniversariam no mesmo mês do presente INSTRUMENTO; e S<sub>m</sub> - Meta de Sinistralidade prevista da carteira expressa neste item.

12.2.1.3.1. A CONTRATANTE se obriga a dar ciência para os seus beneficiários, ativos e inativos dos novos valores para os planos de inativos, a fim de evitar qualquer questionamento dos mesmos junto à CONTRATADA.

12.2.1.3.2. Da mesma forma, a CONTRATANTE se obriga a cumprir o protocolo operacional definido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS no que tange

à comunicação ao beneficiário do seu direito ao plano de inativos, explicitação dos valores que passarão a ser de responsabilidade dos respectivos beneficiários que façam sua opção pela continuidade no plano de inativos, assinatura do termo de opção e formulário de orientações ao PAD, cujos modelos serão disponibilizados para a **CONTRATANTE** pela **CONTRATADA** por ocasião da implantação do presente INSTRUMENTO.

12.2.1.4. Os reajustes elencados nos itens 12.2.1.1, 12.2.1.2 e 12.2.1.3 serão cumulativos e não somatórios e aplicados de acordo com a seguinte fórmula:

**REAJUSTE TOTAL A SER APLICADO= [(1+índice Reaj. Financeiro) x (1+ índice Reaj. Mod. de Risco) x (1+ índice Reaj. Sinistralidade) – 1]**

### 12.3. Aplicação dos Reajustes

A aplicação dos reajustes aos planos/produtos para beneficiários ativos e inativos constantes do presente INSTRUMENTO nas condições que se encontram aqui apresentadas é certo e devido, e será procedido pela CONTRATADA nos prazos definidos.

As partes poderão entretanto, mediante negociação específica, negociar a composição do reajuste relativo aos planos dos ativos a ser aplicado às mensalidades, ao propor formas alternativas de restaurar o equilíbrio econômico-financeiro do contrato da melhor forma que mutuamente consentirem expressamente.

12.3.1. A alternativa disposta no item 12.3 acima, em nenhuma hipótese, se aplica aos planos para inativos, que sempre terão seus valores reajustados pela metodologia descrita no item 12.2.

### 12.4 Reajuste para agrupamentos RN 309

12.4.1. Caso o número de usuários em produto para beneficiários ativos constante do presente INSTRUMENTO diminua para menos de 30 (trinta) beneficiários, aplicar-se-ão as regras previstas para agrupamentos de contratos na Resolução Normativa nº 309/11 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, especificadas nos respectivos instrumentos contratuais anexos de cada um dos planos/produtos e cuja meta de sinistralidade definida para esta situação é de 60% (sessenta por cento).

12.4.2. Exceções em que o contrato coletivo que possui menos de 30(trinta) beneficiários não faz parte do Agrupamento de Contratos: contratos de planos exclusivamente odontológicos; contratos de plano exclusivo para ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados; e contratos de planos com formação de preço pós-estabelecido.

### 12.5 REAJUSTE POR FAIXA ETÁRIA

12.5.1. O percentual de reajuste por mudança de faixa etária, quando houver previsão do mesmo, seguirá os percentuais dispostos na **TABELA DE PREÇOS** acima apresentada e será aplicado no mês imediatamente posterior ao aniversário do(s) beneficiário(s) que mudarem de uma faixa etária para a outra que implicar em reajuste de acordo com o disposto na citada **TABELA DE PREÇOS**.

### 13 – PAD (PROGRAMA DE APOSENTADOS E DEMITIDOS) – REGRAS

13.1 Nos contratos de planos coletivos empresariais, o direito de permanência no plano aos demitidos ou exonerados sem justa causa e aposentados que contribuírem para o plano, conforme disposto nos artigos 30 e 31, da Lei No. 9.656/1998, serão observados de acordo com a RN No. 279/2011 e suas posteriores alterações, bem como, de acordo com as seguintes disposições:

13.1.1. O **BENEFICIÁRIO** Titular, **DEMITIDO OU EXONERADO SEM JUSTA CAUSA** ou **APOSENTADO**, deverá manifestar sua opção junto à **CONTRATADA**, em até 30 (trinta) dias da data da comunicação inequívoca do empregador sobre a 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 279/2011 e suas posteriores alterações).

13.1.2. Ao empregado **APOSENTADO** que continua trabalhando na mesma empresa e vem a se desligar, é garantido o direito de manter sua condição de **BENEFICIÁRIO** aposentado e será exercido pelo ex-empregado aposentado no momento do desligamento junto ao empregador. Essa condição é garantida aos dependentes do empregado aposentado que continuou trabalhando na mesma empresa e veio a falecer antes do exercício do direito previsto no artigo 31, da Lei No. 9.656/98 (Art. 22 caput e §1º e §2º da RN 279/2011).

13.2. O período de manutenção da condição de **BENEFICIÁRIO** (artigo 30, § 1º, e artigo 31, caput e § 1º, da Lei 9656/1998) será:

13.2.1. Aos **BENEFICIÁRIOS** Titulares com vínculo empregatício com a **CONTRATANTE**, que tenham contribuído no pagamento da taxa de manutenção mensal de Plano Privado de Assistência à Saúde coletivo empresarial, desligado do quadro de pessoal da **CONTRATANTE**, por haverem sido **DEMITIDOS OU EXONERADOS SEM JUSTA CAUSA**, é assegurado o direito de manutenção, como **BENEFICIÁRIO**, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozavam quando da vigência do Contrato de Trabalho, desde que assumam o pagamento integral do mesmo e de seus dependentes que se encontravam regularmente inscritos no plano oferecido pelo empregador, quando da vigência do contrato de trabalho do **BENEFICIÁRIO** Titular Ativo. A manutenção da condição, ora aludida, está vinculada aos seguintes prazos (Art. 4º e parágrafo único da RN 279/2011):

- a. um terço (1/3) do tempo de permanência em que tenha contribuído para o Plano, ou seus sucessores, sendo assegurado ao **BENEFICIÁRIO**, um período mínimo de seis (06) meses e máximo de vinte e quatro (24) meses.

13.2.2. Aos **BENEFICIÁRIOS** Titulares com vínculo empregatício com a **CONTRATANTE**, que tenham contribuído no pagamento da taxa de manutenção mensal de Plano Privado de Assistência à Saúde coletivo empresarial, desligado do quadro de pessoal da **CONTRATANTE**, por haverem adquirido direito à **APOSENTADORIA**, é assegurado o direito de manutenção, como **BENEFICIÁRIO**, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozavam quando da vigência do Contrato de Trabalho, desde que assumam o pagamento integral do mesmo e de seus dependentes que se encontravam regularmente inscritos no plano oferecido pelo empregador, quando da vigência do contrato de trabalho do **BENEFICIÁRIO** Titular Ativo. A manutenção da condição, ora aludida, está vinculada aos seguintes prazos (Art. 5º e parágrafo único da RN 279/2011):

- a. Se o aposentado contribuiu para o plano por período igual ou superior a 10 (dez) anos, terá o direito de manter sua condição de **BENEFICIÁRIO**, juntamente com seus dependentes, por prazo indeterminado;
- b. Se o aposentado contribuiu para o mesmo Plano ou seu sucessor, por período inferior a 10 (dez) anos, terá o direito de manter as mesmas condições de **BENEFICIÁRIO**, juntamente com seus dependentes, à razão de 01 (um) ano para cada ano de contribuição.

13.3. Em caso de morte do **BENEFICIÁRIO** Titular, durante o gozo dos benefícios previstos nos casos de **DEMISSÃO OU EXONERAÇÃO SEM JUSTA CAUSA** e **APOSENTADORIA**, os seus dependentes cobertos pelo Plano terão direito de permanência, durante os períodos fixados e mediante o pagamento da respectiva taxa de manutenção mensal, a eles correspondentes (Art. 8º da RN 279/2011).

13.4. O direito assegurado nesta cláusula aos **DEMITIDOS SEM JUSTA CAUSA** ou **APOSENTADOS** não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho (Art. 9º da RN 279/2011).

13.5. O direito assegurado se extingue e a exclusão dos **BENEFICIÁRIOS INATIVOS** dar-se-á, automaticamente, na ocorrência de qualquer das hipóteses abaixo:

- a. Pelo decurso do prazo de manutenção (inciso I, do Art. 26, da RN 279/2011);
- b. Pela admissão do **BENEFICIÁRIO** em novo emprego (Inciso II do Art. 26 da RN 279/2011);
- c. Pelo cancelamento, pelo **CONTRATANTE**, do Plano Privado de Assistência à Saúde que concede este benefício a seus empregados ativos e ex-empregados (inciso III do Art. 26 da RN 279/2011).

13.5.1. O **BENEFICIÁRIO TITULAR** e seus dependentes que estejam em gozo do benefício previsto nos arts. 30 e 31, da Lei No. 9.656/98, independente de notificação prévia, terão atendimento suspenso se alguma mensalidade permanecer sem quitação total por período superior à 5 (cinco) dias contados do seu vencimento, assim como serão excluídos do contrato, caso o inadimplemento, parcial ou total, ultrapasse a 30 (trinta) dias do vencimento da obrigação, sem prejuízo da cobrança das mensalidades em aberto pela **CONTRATADA**. Independentemente da adimplência da **CONTRATANTE** em relação aos contratos dos ativos e da adimplência dos demais inativos.

13.6. Nos planos custeados integralmente pela empresa **CONTRATANTE**, o **BENEFICIÁRIO** Titular, **DEMITIDO SEM JUSTA CAUSA** ou **EXONERADO**, não fará jus ao direito previsto nos arts. 30 e 31, da Lei No. 9.656/98. Não é considerada contribuição, os valores relacionados aos dependentes e agregados e a coparticipação ou franquia paga, única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica e/ou odontológica, se for o caso.

13.6.1. Entende-se por contribuição, qualquer valor pago pelo empregado, inclusive com desconto em folha de pagamento, para custear parte ou a integralidade da contraprestação pecuniária de seu plano privado de assistência à saúde oferecido pelo empregador em decorrência de vínculo empregatício, à exceção dos valores relacionados aos dependentes e



agregados e à coparticipação ou franquia paga única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica (Inciso I, do art. 2º, da RN 279/2011).

13.7. Será disponibilizado plano de assistência à saúde na modalidade individual ou familiar ao universo de **BENEFICIÁRIOS**, no caso de cancelamento do contrato coletivo, sem necessidade de cumprimento de novos prazos de carência, desde que o **BENEFICIÁRIO** faça opção pelo produto individual ou familiar equivalente, no prazo máximo de trinta dias após o cancelamento (CONSU Nº. 19/99). O valor da mensalidade corresponderá ao valor da Tabela Vigente na data de adesão ao plano Individual/familiar.

13.8. Os ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados ou seus dependentes vinculados ao plano, durante o período de manutenção da condição de **BENEFICIÁRIO** garantida pelos artigos 30 e 31, da Lei No. 9.656/98, poderá exercer a portabilidade especial de carências para plano individual ou familiar ou coletivo por adesão em outra operadora (art. 28, da RN No. 279/2011 c/c art. 7º, "C", da RN No. 186/2009).

13.9. Na eventualidade da sucessão de planos, ou seja, quando um **BENEFICIÁRIO** tiver contribuído para planos de outras operadoras, lhe será assegurado o direito à extensão, desde que não tenha havido descontinuidade na contribuição, com base no período total de contribuição e não apenas em função do tempo de contribuição aos planos da **CONTRATADA**.

13.9.1. Para que o **BENEFICIÁRIO** exerça o direito ao enunciado deste item, o mesmo deverá fazer prova mediante documentação comprobatória da aludida contribuição.

13.9.2. Quando o **BENEFICIÁRIO** vier da operadora anterior na condição de extensão, seja por demissão ou aposentadoria, o mesmo deverá trazer a documentação comprobatória da operadora anterior em que conste o início do gozo do benefício, a data prevista para o término, os **BENEFICIÁRIOS** dependentes já presentes no contrato anterior bem como os comprovantes de que se encontra adimplente com os pagamentos nos últimos 90 (noventa) dias. Esta documentação deverá ser entregue nas unidades administrativas da **CONTRATADA** e outros documentos complementares poderão ser requisitados para comprovar adequadamente a condição.

## 14. DURAÇÃO

14.1. O presente Contrato vigorará pelo prazo de um ano, a partir de 31/3/2019, sendo renovado automaticamente por prazo indeterminado, não havendo a cobrança de taxa ou qualquer outro valor similar na renovação.

## 15 - DA SUSPENSÃO E DA RESCISÃO CONTRATUAL

15.1. O contrato firmado entre as partes poderá ser **SUSPENSO**, a qualquer tempo, após 5 (cinco) dias de atraso no pagamento da fatura ou por esta não ter sido integralmente liquidada, até a quitação do valor total da obrigação, sem prejuízo da cobrança integral das mensalidades, independentemente de notificação prévia por parte da Operadora.

15.2. As causas que autorizam a **RESCISÃO** unilateral do contrato pela **CONTRATADA** são:

- a. A qualquer tempo, por inadimplência superior a 30(trinta) dias de atraso no pagamento da fatura, ainda que esta tenha sido parcialmente liquidada, sem prejuízo da cobrança integral das mensalidades em aberto, mediante notificação prévia ao(à) **CONTRATANTE**, informando que, em caso de não pagamento, o contrato será rescindido na data indicada na referida notificação;
- b. A qualquer tempo, por total esvaziamento de beneficiários do contrato, pela **CONTRATANTE**, por mais de 90 (noventa) dias consecutivos, independente de notificação prévia;
- c. No aniversário do contrato, por ilegitimidade do(a) **CONTRATANTE** em relação à sua qualidade de **EMPRESÁRIO INDIVIDUAL**, caso assim seja constituído(a), e/ou por descumprimento dos requisitos de elegibilidade dos beneficiários vinculados ao contrato, mediante notificação prévia de 60(sessenta) dias, informando que a rescisão será realizada se não for comprovada, neste prazo, a sua regularidade junto à Receita Federal e à Junta Comercial do respectivo Estado/Órgão Competente, bem como o vínculo empregatício dos seus empregados e de parentesco entre estes e seus dependentes, através da documentação prevista no item 14.2., da cláusula 14, do presente instrumento, nos termos da RN nº 432/2017.

15.3. O contrato poderá ser rescindido imotivadamente, por qualquer uma das partes, após decorridos 12 MESES (doze) meses de vigência, mediante prévia notificação da outra parte, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

15.3.1. Se a **CONTRATANTE** for constituída como **EMPRESÁRIO INDIVIDUAL**, nos termos da RN nº 432/2017, a rescisão contratual na forma prevista no item 15.3., somente poderá ocorrer no aniversário do contrato.

15.3.2. Nos casos em que o(a) **CONTRATANTE** desejar rescindir o contrato antes de completada a vigência inicial de 12 MESES (doze) meses, haverá multa rescisória no valor igual à média das 03(três) últimas faturas imediatamente anteriores à rescisão

\*

## 16. DISPOSIÇÕES GERAIS

### 16.1. Ressarcimento ao SUS.

Para efeito do disposto no artigo 32 da Lei 9.656/98 que institui o Ressarcimento ao Sistema Único de Saúde - SUS como sendo a obrigação de ressarcir ao erário público valores relativos aos atendimentos de beneficiários de operadoras privadas de planos de assistência à saúde prestados pela rede pública de saúde vinculada ao SUS, a **CONTRATANTE** reconhece que estes atendimentos não são orientados pela **CONTRATADA** e ocorrem da busca direta dos próprios beneficiários nas situações que assim entenderem como adequadas.

A obrigação de ressarcir tais valores recai sobre a **CONTRATADA**, mas decorre da utilização dos beneficiários da **CONTRATANTE**, sendo que esta reconhece que, uma vez que o(s) procedimento(s) tenham cobertura prevista nos instrumentos contratuais de cada um dos planos/produtos integrantes do presente INSTRUMENTO, estes valores fazem parte dos custos assistenciais e serão utilizados

no cálculo da sinistralidade prevista para efeitos dos reajustes e lançados na utilização dos respectivos beneficiários tendo o SUS como seu prestador atrelado.

Caso a cobrança se refira à procedimentos não cobertos ou não devidos, a CONTRATADA se encarregará de fazer a sua defesa administrativa no sentido de não ressarcir indevidamente nenhum valor.

## 16.2. Responsabilidade das partes

16.2.1. As partes se isentam mutuamente de quaisquer responsabilidades de natureza civil, criminal ou trabalhista por quaisquer eventos à que não tenham dado causa.

16.2.2. Da mesma forma, cada uma das partes, responde isoladamente pelos aspectos financeiros e tributários decorrentes do presente CONTRATO no tocante aos recolhimentos de tributos, contribuições e demais obrigações fazendárias.

16.2.3. O presente CONTRATO implica em exclusividade da contratação de planos de saúde pela CONTRATANTE perante a CONTRATADA, ficando a mesma impedida de contratar livremente com outras operadoras de planos privados de assistência à saúde durante a sua vigência.

16.2.4. As Partes reconhecem e declaram que não existe e não se estabelecerá qualquer vínculo empregatício entre qualquer delas e os profissionais que a outra utilizar na execução dos serviços objeto deste instrumento que, por sua vez, não gera nenhuma forma de responsabilidade subsidiária ou solidária entre uma parte e os profissionais da outra, sendo cada uma delas responsável, individualmente, pelo cumprimento das normas da legislação trabalhista, tributária, previdenciária, assistencial e securitária, decorrentes de suas respectivas atividades.

## 16.3. Assunção pela CONTRATANTE do custo para procedimentos não cobertos pela CONTRATADA:

16.3.1. Visando resguardar o objeto da presente contratação, que define as condições e a abrangência de cobertura dos planos contratados, bem como resguardar o equilíbrio econômico-financeiro do contrato e a continuidade da garantia dos serviços, fica a CONTRATANTE ciente de que arcará financeiramente com todos os custos relativos aos procedimentos que a CONTRATADA for compelida a realizar, por força de medida judicial, aos quais o BENEFICIÁRIO não tenha direito, por não serem de cobertura obrigatória.

16.3.2. O(A) CONTRATANTE autoriza desde já a CONTRATADA, a tão logo realizado o procedimento a que foi compelida a executar, a emitir fatura extra para que o(a) CONTRATANTE arque com o pagamento das devidas despesas.

## 16.4. Responsabilidade solidária da CONTRATANTE e respeito às normas da ANS.

Ao firmar o presente INSTRUMENTO, a CONTRATANTE se obriga solidariamente ao cumprimento dos dispositivos que ensejem obrigações da mesma assim definidos na Lei No. 9.656/98 e legislação complementar, como por exemplo, comunicações aos beneficiários, fornecimento de orientações, documentos e informações à CONTRATADA, quando assim requisitados, e etc.

16.5. Qualquer concessão praticada pela CONTRATADA no tocante às cláusulas do presente Contrato, será tida como mera liberalidade, não se constituindo em novação contratual, bem como não se caracterizando direito adquirido pela CONTRATANTE e/ou Beneficiários, permitindo à operadora retornar ao que está pactuado neste contrato, sem necessidade de comunicação prévia.

16.6. A tolerância ou demora da CONTRATADA em exigir do contratante o cumprimento de quaisquer das obrigações aqui previstas não será considerada novação, podendo, conforme o caso, a qualquer tempo, ser exigido seu cumprimento.

16.7. O contratante declara-se expressamente ciente que os serviços e coberturas disciplinados nesta contratação, estão submetidos a exclusões, limitações de coberturas e abrangências, prazos, carências e regras que disciplinam o seu fornecimento, tais como as expostas nas cláusulas deste INSTRUMENTO. Admite, outrossim, que a CONTRATADA dispõe de outros planos de assistência à saúde, com coberturas mais amplas e preços diferenciados, que lhe foram oferecidos por esta última e, ainda assim, reafirma seu interesse na contratação aqui estipulada, nas bases descritas no presente instrumento.

16.8. Fazem parte do presente INSTRUMENTO JURÍDICO DE CONTRATAÇÃO DE PLANOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE COLETIVOS, todos os documentos entregues ao CONTRATANTE, tais como: Proposta Comercial, Proposta de Adesão a Planos de Assistência à Saúde Coletivos (quando for o caso), Declaração de Saúde, Carta de Orientação ao Beneficiário, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde - MPS e Guia de Leitura Contratual - GLC, todos entregues ao CONTRATANTE no momento da contratação.

16.9. Para esclarecimentos, sugestões e reclamações, sendo que neste caso é imperativo que seja identificado de forma clara o local, a hora e a data da ocorrência, quanto aos planos contratados, os Beneficiários deverão fazê-los através do Serviço de Atendimento ao Cliente - SAC (Fone No. 0800 280 9130) ou da Ouvidoria (Fone No. 4020.9091) da CONTRATADA. Os casos omissos no presente instrumento contratual serão resolvidos de comum acordo entre as contratantes.

16.10. O presente instrumento está em conformidade com as determinações da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, ficando o CONTRATANTE ciente de que a(s) minuta(s) que regula(m) o(s) produto(s) contratado(s) encontra(m)-se registrado(s).

## 17. DECLARAÇÕES DO CONTRATANTE

A **CONTRATANTE** declara para os devidos fins, inclusive os de direito, que recebeu no ato da celebração do presente **INSTRUMENTO**, da **CONTRATADA**, além da **PROPOSTA COMERCIAL** ou **PROPOSTA DE ADESÃO A PLANOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE COLETIVOS**, os seguintes documentos, salvos em mídia digital: **GUIA DE LEITURA CONTRATUAL, CONTRATO(S) QUE REGULAMENTA(M) O(S) PRODUTO(S) CONTRATADOS**, constantes do **QUADRO I** e **MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA CONTRATAÇÃO DE PLANO DE SAÚDE**.

## 18. FORO

As partes elegem o Foro da Comarca em que se encontra estabelecido o **CONTRATANTE** para dirimir os possíveis questionamentos oriundos da relação contratual estabelecida no presente instrumento.

E por estarem assim **CONTRATADAS**, as partes, através de seus representantes legais assinam o presente contrato, na presença de duas testemunhas, em duas vias de igual conteúdo e teor.

Olinda/PE, 31 de março de 2019

  
\_\_\_\_\_  
**CONTRATANTE - HOSPITAL DO TRICENTENARIO**  
**CNPJ 10.583.920/0001-33**

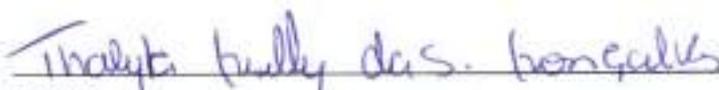
  
\_\_\_\_\_  
**CONTRATANTE - HOSPITAL DO TRICENTENARIO**  
**CNPJ 10.583.920/0002-14**

  
\_\_\_\_\_  
**CONTRATANTE - HOSPITAL DO TRICENTENARIO**  
**CNPJ 10.583.920/0003-03**

  
\_\_\_\_\_  
**CONTRATANTE - HOSPITAL DO TRICENTENARIO**  
**CNPJ 10.583.920/0004-86**

  
\_\_\_\_\_  
**CONTRATADA - HAPVIDA ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA.**  
**CNPJ 63.554.067/0001-98**

TESTEMUNHAS

  
\_\_\_\_\_  
Nome:  
RG:





CPF: 068.714.744-52

---

Nome:

RG:

CPF: