

CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO DE REEMBOLSO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO SEGMENTO AMBULATORIAL, HOSPITALAR E OBSTÉTRICO

1. QUALIFICAÇÃO DA SEGURADORA.....	2
2. QUALIFICAÇÃO DA ESTIPULANTE.....	2
3. OBJETO DO SEGURO.....	2
4. DEFINIÇÕES.....	3
5. COBERTURAS DO SEGURO.....	8
6. COBERTURAS NAS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS.....	11
7. REEMBOLSO E LIMITES DE REEMBOLSO.....	12
8. EXCLUSÕES DE COBERTURA.....	13
9. CARÊNCIAS.....	15
10. DOENÇAS OU LESÕES PREEXISTENTES.....	15
11. MECANISMOS DE REGULAÇÃO.....	17
12. COMPROVAÇÃO DE REGULARIDADE DA ESTIPULANTE.....	19
13. CONDIÇÕES DE ADMISSÃO DO SEGURADO.....	20
14. ÍNDICE DE ADESÃO.....	21
15. VIGÊNCIA DO SEGURO.....	22
16. CÁLCULO DO PRÊMIO MENSAL.....	22
17. REAVALIAÇÃO DO PRÊMIO MENSAL.....	22
18. PAGAMENTO DO PRÊMIO MENSAL.....	24
19. SUSPENSÃO E REATIVAÇÃO DA COBERTURA.....	25
20. CANCELAMENTO DA APÓLICE DO SEGURO.....	26
21. EXCLUSÃO DE SEGURADO TITULAR.....	26
22. DEMITIDOS E APOSENTADOS EM PLANOS CONTRIBUTÁRIOS.....	26

CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO DE REEMBOLSO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO SEGMENTO AMBULATORIAL, HOSPITALAR E OBSTÉTRICO

1. QUALIFICAÇÃO DA SEGURADORA

1.1. PORTO SEGURO - SEGURO SAÚDE S/A., Pessoa Jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF nº 04.540.010/0001-70, classificada como **Seguradora** Especializada em Saúde, devidamente registrada junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS - sob o nº 000582.

2. QUALIFICAÇÃO DA ESTIPULANTE

2.1. É a Pessoa Jurídica ou Empresário Individual, legalmente constituídos, identificados no Cadastro da **Estipulante** Empresarial, parte integrante deste contrato, que contrata o seguro saúde com a **Seguradora** e se responsabiliza pelo pagamento do prêmio mensal.

2.1.1. A **Estipulante** fica investida dos poderes de representação do segurado perante a **Seguradora**, devendo ser encaminhadas a ela todas as comunicações ou avisos inerentes à Apólice de Seguro.

2.1.2. Cabe a **Estipulante** informar aos segurados da apólice todas as características e particularidades do seguro saúde contratado.

2.1.3. Atendendo ao estabelecido na Resolução Normativa nº 117 de 30 de novembro de 2005 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e suas alterações, a **Estipulante** deverá encaminhar cópias dos documentos abaixo relacionados no momento da contratação do seguro saúde:

- a) Cópia do Contrato Social ou Estatuto Social e suas alterações;
- b) Cartão do CNPJ/MF;
- c) Cópia de Procuração e outros documentos, quando se fizerem necessários.

2.1.4. Atendendo ao estabelecido na legislação vigente do setor de Saúde Suplementar a **Estipulante**, na qualidade de Empresário Individual, deverá encaminhar cópias dos documentos abaixo relacionados no momento da contratação do seguro saúde, com comprovação de constituição da empresa em período mínimo de 6 (seis) meses:

- a) Cópia do cadastro na Junta Comercial;
- b) Cartão do CNPJ/MF;
- c) Outros que vierem a ser exigidos pela legislação vigente.

2.2. À **Seguradora** é concedido o prazo de 20 (vinte) dias para manifestação, contados da data de protocolo da proposta de adesão ou da solicitação de inclusão de segurados, referente a análise e aceitação do contrato do seguro saúde.

2.2.1 Fica reservado à **Seguradora** o direito de solicitar documentos e informações complementares para proceder à inclusão solicitada. Nessa hipótese, o prazo previsto no item acima ficará suspenso, e voltará a correr quando do recebimento da documentação pleiteada.

2.3. Durante o período de análise, não haverá cobertura contratual para qualquer evento, inclusive acidente pessoal e urgências/emergências.

3. OBJETO DO SEGURO

3.1. O presente seguro tem por objetivo a cobertura de custos assistenciais na forma de plano privado de assistência à saúde médico-hospitalar, conforme previsto no inciso I, art. 1º da Lei nº 9.656/1998, que abrange a cobertura descrita na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas com a Saúde da Organização Mundial de Saúde, CID 10, as especialidades definidas pelo Conselho Federal de Medicina, bem como no Rol de Procedimentos Médicos e Eventos em Saúde, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, vigente na ocasião do evento, aos segurados regularmente inscritos, na forma e condições deste instrumento.

3.2. NATUREZA DO SEGURO

Este seguro se caracteriza pela contratação coletiva, de adesão, bilateral e aleatória, gerando direitos e obrigações entre as partes, conforme disposto no Código Civil Brasileiro e no Código de Defesa do Consumidor.

3.3. TIPO DE CONTRATAÇÃO

A contratação deste seguro saúde está em conformidade com as Resoluções Normativas editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, na modalidade coletivo empresarial.

3.4. TIPO DE SEGMENTAÇÃO

O seguro saúde previsto nestas Condições Gerais garante ao segurado nele incluído, as coberturas dos itens constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, para a segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia.

3.5. ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA

A área geográfica de abrangência do seguro saúde está previsto no Anexo – Características Específicas do Seguro Saúde - Empresarial do plano contratado.

4. DEFINIÇÕES

4.1. ACIDENTE DE TRABALHO

Evento ocorrido com o segurado pelo exercício do trabalho a serviço da empresa empregadora, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte, a perda ou redução, temporária ou permanente, da capacidade para o trabalho.

4.2. ACIDENTE PESSOAL

É o evento com data e ocorrência caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só e independentemente de quaisquer outras causas, requeira internação hospitalar ou atendimento em regime ambulatorial.

4.3. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS

É o Órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades de assistência suplementar à saúde, criado por meio da Lei 9.961 de 29/01/2000.

4.4. AGRAVO

Agravo é qualquer acréscimo no valor do prêmio pago ao seguro saúde para que o segurado tenha direito integral à cobertura contratada para as Doenças ou Lesões Preexistentes declaradas, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a **Seguradora** e a **Estipulante**.

4.5. AGRUPAMENTO DE CONTRATOS

Medida que tem por finalidade promover a distribuição, para todo um grupo determinado de contratos coletivos, do risco inerente da operação a cada um deles.

4.6. APÓLICE DE SEGURO

É o documento emitido pela **Seguradora** após a aceitação do seguro, que define e regula as relações entre a **Estipulante** e a **Seguradora**, estabelecendo os recíprocos direitos e obrigações. São partes integrantes da Apólice de Seguro, os Cartões Propostas, as Condições Gerais, as Condições Particulares do seguro contratado, o Aditamento Contratual, as Declarações de Saúde, quando requeridas pela **Seguradora**, o Guia de Leitura Contratual – GLC e o Manual de Orientação para Contratação de Plano de Saúde – MPS.

4.7. ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA

É a região onde os segurados terão atendimento por meio de rede referenciada do seguro saúde.

4.8. ATENDIMENTO AMBULATORIAL

É o atendimento que se limita aos serviços realizados em consultórios ou ambulatorios, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que, embora não necessite de internação, precisa de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas.

4.9. AUTORIZAÇÃO PRÉVIA

É a autorização de atendimento fornecida pela **Seguradora**, por meio de senha de autorização, com a qual o segurado poderá realizar os procedimentos contratados junto à rede referenciada, dentro dos limites previstos nestas Condições Gerais.

4.10. CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

Cartão emitido pela **Seguradora** em favor do segurado, após a sua inclusão no seguro saúde e quitação do prêmio correspondente, com data de validade e indicação do seguro contratado, para a utilização individual e intransferível a fim de identificá-lo junto à rede referenciada.

4.11. CARTÃO PROPOSTA

Documento em que a **Estipulante** expressa a intenção de inclusão do proponente no seguro previsto neste instrumento manifestando pleno conhecimento de suas obrigações e direitos estabelecidos no contrato de seguro saúde.

4.12. COBERTURA

É a garantia de custeio direto ao prestador referenciado, pela **Seguradora**, bem como do reembolso, no caso de livre escolha, das despesas do segurado, relativas à realização dos eventos e procedimentos médico-hospitalares definidos nestas Condições Gerais.

4.13. COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA

Aquela que admite por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, a partir da data da contratação ou adesão ao seguro saúde, a suspensão da garantia de cobertura de procedimentos de alta complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados às Doenças ou Lesões Preexistentes declaradas.

4.14. CONDIÇÕES PARTICULARES

São as condições específicas previamente negociadas entre as partes no ato da contratação do seguro saúde.

4.15. CONSULTA DE RETORNO

É assim considerada qualquer consulta para fins de entrega e/ou avaliação de resultados de exames complementares ou, exclusivamente, para prescrição de medicamentos, mediante manifestação formal do prestador de serviços médico-hospitalares.

4.16. CONTRATO AGREGADO AO AGRUPAMENTO

Contrato que integra o agrupamento de contratos, por conter, na data de apuração da quantidade de participantes, menos de 100 (cem) segurados, conforme estabelecido pela **Seguradora**.

4.17. COPARTICIPAÇÃO EM DESPESAS COBERTAS PELO SEGURO

É a participação na despesa assistencial a ser paga pela **Estipulante** diretamente a **Seguradora** após a realização de determinados procedimentos médicos e/ou hospitalares pelo segurado, conforme o seguro contratado.

4.18. CORRETOR DE SEGUROS

É o intermediário, pessoa física ou jurídica, legalmente autorizado a representar os segurados, angariar e promover contratos de seguros entre as Seguradoras e as pessoas físicas ou jurídicas de direito público ou privado. Na forma do Decreto Lei n. 73/66, o corretor é o responsável pela orientação aos segurados sobre as coberturas, obrigações e exclusões das Condições Gerais do Seguro.

4.19. DECLARAÇÃO DE SAÚDE

É o formulário, parte integrante do contrato, a ser preenchido pelo segurado titular para registro de informações sobre as Doenças ou Lesões Preexistentes de que o segurado (titular e dependente) saiba ser portador ou sofredor, e das quais tenha conhecimento, no momento da contratação ou adesão contratual.

4.20. DOENÇAS OU LESÕES PREEXISTENTES (DLP)

São aquelas que o segurado ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor à época da inclusão no seguro saúde de acordo com o artigo 11 da Lei nº 9.656/1998, o inciso IX do art. 4º da Lei nº 9.961/2000 e as diretrizes estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

4.21. EMERGÊNCIA

Entende-se como emergência, exclusivamente, os casos em que há necessidade de atuação médica por implicarem em risco imediato à vida ou de lesões irreparáveis ao segurado, caracterizadas em declaração do médico assistente.

4.22. EMPRESÁRIO INDIVIDUAL

Profissional que exerce em nome próprio uma atividade empresarial, desde que seja uma ME (Microempresa) ou EPP (Empresa de Pequeno Porte).

4.23. MICROEMPRESA- ME

São sociedades que visam o lucro e que apresentam um faturamento anual no limite de até 360 mil, conforme Lei Complementar 123/2006.

4.24. EMPRESA INDIVIDUAL DE RESPONSABILIDADE LIMITADA – EIRELI

É a empresa constituída por uma única pessoa titular da totalidade do capital social (não inferior a 100 vezes o salário mínimo vigente), com nome empresarial seguido da expressão "EIRELI".

4.25. EVENTO

É o conjunto de ocorrências e/ou serviços de assistência médico-hospitalar que tenham como origem ou causa o mesmo dano involuntário à saúde do segurado em decorrência de acidente pessoal ou doença.

4.26. EVENTO COBERTO

É todo evento ocorrido com o segurado, durante a vigência do seguro, observando-se as coberturas, exclusões e condições previstas nestas Condições Gerais.

4.27. FORMAS DE CUSTEIO DO SEGURO

De acordo com a opção da **Estipulante** nas condições particulares do seguro, o custeio poderá ser:

a) Não contributário – Os segurados não participam do pagamento do prêmio. Nessa hipótese, o pagamento do prêmio será de responsabilidade integral da **Estipulante**.

b) Contributário – Os segurados participam do pagamento do prêmio total ou parcialmente.

4.28. GRUPO SEGURADO

É, em qualquer época, o conjunto de pessoas efetivamente incluído no seguro, cuja cobertura esteja em vigor.

4.29. GRUPO SEGURÁVEL

Grupo de pessoas físicas e seus dependentes, devidamente caracterizado pelo vínculo empregatício, estatutário ou societário mantido com a **Estipulante**.

4.30. GUIA DE LEITURA CONTRATUAL – GLC e MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA CONTRATAÇÃO DE PLANO DE SAÚDE - MPS

Instrumentos destinados a informar o segurado dos principais aspectos a serem observados no momento da contratação do seguro saúde e a facilitar a compreensão do conteúdo do seguro por meio da indicação das referências dos seus tópicos mais relevantes.

4.31. HOSPITAL-DIA

O Hospital-Dia (HD) é o regime de assistência intermediário entre a internação e o atendimento ambulatorial. O Hospital-Dia é indicado para a realização de procedimentos clínicos, cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos, quando a permanência do paciente na unidade é requerida por um período máximo de 12 (doze) horas. Na assistência em saúde mental, o Hospital-Dia deve abranger um conjunto diversificado de atividades desenvolvidas em até cinco dias da semana, com uma carga de oito horas para cada paciente.

4.32. LEITOS DE ALTA TECNOLOGIA

São unidades de terapia intensiva, semi-intensivas, recuperação pós-anestésica, coronarianas, para tratamento de pacientes queimados e de isolamento.

4.33. LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES

Mecanismo de acesso oferecido ao segurado que possibilita a utilização de serviços assistenciais de prestadores de serviços não pertencentes à rede referenciada do seguro contratado, mediante reembolso, conforme estipulado nessas Condições Gerais.

4.34. MÉDICO ASSISTENTE

É o profissional escolhido pelo segurado, ou seu representante legal, responsável pela indicação da conduta médica a ser aplicada, podendo pertencer ou não à rede referenciada.

4.35. ÓRTESE

Qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido.

4.36. PERÍODO DE APLICAÇÃO DO REAJUSTE DOS CONTRATOS AGRUPADOS

Período compreendido entre Maio e Abril de cada ano em que é aplicado o reajuste calculado aos contratos agregados ao agrupamento, considerando a data de aniversário de cada contrato.

4.37. PERÍODO DE APURAÇÃO DA QUANTIDADE DE SEGURADOS

Período de 12 (doze) meses definido pela **Seguradora** em que são identificados os contratos que serão agregados ao agrupamento de acordo com a quantidade de segurados que deve ser apurada previamente ao reajuste anual. A apuração da quantidade de segurados levará em conta todos os planos vinculados ao contrato.

4.38. PERÍODO DE CÁLCULO DO REAJUSTE

Período definido pela **Seguradora** em que o reajuste do agrupamento de contratos é calculado, devendo ser posterior ao fim do período de apuração da quantidade de segurados e anterior a data da divulgação do reajuste.

4.39. PRÊMIO DE SEGURO

É a importância mensal paga antecipadamente pela **Estipulante** à **Seguradora**, em moeda corrente nacional, para garantir ao grupo de segurados o direito às coberturas previstas no seguro saúde contratado.

4.40. PROCEDIMENTOS

São todos os atos médicos que têm por objetivo a avaliação, manutenção ou recuperação da saúde do segurado, desde que respeitadas as coberturas estabelecidas nestas Condições Gerais.

4.41. PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE

Os procedimentos de alta complexidade estão estabelecidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde instituída pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e demais normativos vigentes que regulamentam a Lei nº 9.656/1998.

4.42. PROPONENTE

É a pessoa componente do grupo segurável que propõe a sua inclusão no seguro e que passará a ser segurado quando aceito pela **Seguradora**.

4.43. PROPOSTA DE ADESÃO

É o documento mediante o qual o proponente expressa a sua intenção de inclusão no seguro, manifestando pleno conhecimento de suas obrigações e direitos estabelecidos nestas Condições Gerais.

4.44. PRÓTESE

Qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido.

4.45. REDE REFERENCIADA

Trata-se do conjunto de prestadores de serviços médico-hospitalares legalmente habilitados para prestar atendimento. No caso de utilização da rede referenciada, o pagamento das despesas cobertas pelo seguro contratado será feito pela **Seguradora** direta e exclusivamente aos prestadores de serviços em nome e por conta do segurado.

4.46. REEMBOLSO

É o pagamento ao segurado das despesas realizadas com tratamentos ambulatoriais, hospitalares e obstétricos, desde que decorrentes de eventos cobertos, até os limites de valores estabelecidos, conforme Condições Gerais e Anexo – Características Específicas do Seguro Saúde - Empresarial do plano contratado.

4.47. REGISTRO ANS

É o registro da **Seguradora** junto ao Órgão Regulador, bem como do registro do produto a ser comercializado, o que não implica por parte da Autarquia incentivo ou recomendação à sua comercialização.

4.48. SEGURADO

É o componente do grupo segurado, aceito e incluído no seguro, identificado como:

4.48.1. SEGURADO TITULAR

É a pessoa física com vínculo empregatício, estatutário ou societário devidamente caracterizado com a **Estipulante** e efetivamente incluída no seguro saúde.

4.48.1.1. O conceito de segurado é extensivo aos ex-empregados demitidos, exonerados, sem justa causa, ou aposentados da **Estipulante**.

4.48.2. SEGURADO DEPENDENTE

O cônjuge ou companheiro(a), os filhos solteiros (naturais e adotivos) até 38 (trinta e oito) anos e filhos inválidos de qualquer idade do segurado titular. Equipara-se a filho o menor que esteja sob a guarda ou tutela do segurado titular por determinação judicial.

4.49. SIMULAÇÃO E/OU FRAUDE

Entende-se como simulação e/ou fraude a utilização de subterfúgios, ou ainda, o engano dolosamente provocado ou indução maliciosa ao erro, bem como alegações inverídicas e omissões de qualquer natureza a fim de se obter vantagem ilícita.

4.50. SINISTRALIDADE

Resultado da divisão do valor total das despesas ocorridas pelo total dos prêmios cobrados durante o período de apuração.

4.51. TABELA PORTO SEGURO DE REEMBOLSO - TPSR

A TPSR, devidamente registrada em cartório, adotada por esta **Seguradora**, constitui-se como instrumento para a base de cálculo de reembolso das despesas efetuadas pelo segurado.

4.51.1. A TPSR define valores básicos unitários por procedimento em quantidades de CH (coeficiente de honorários), para honorários médicos, exames complementares e terapias, bem como a composição e o número de profissionais da equipe médica, porte anestésico e metragem de filmes radiológicos quando devido, taxas de sala, taxas de uso de equipamentos, gasoterapia, diárias e taxas de serviços em regime de internação.

4.52.2. A TPSR poderá ser atualizada com inclusões ou exclusões de procedimentos, sempre em conformidade com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

4.53. TRATAMENTO EXPERIMENTAL

Torna-se experimental o procedimento ou medicamento que não apresenta estudos finais (fase IV) para constatação de sua eficácia e segurança, justificando a ausência de cobertura contratual.

4.53.1. Igualmente, é considerado experimental e sem cobertura contratual o medicamento empregado para tratamento diverso daquele indicado na bula (uso “off label”).

4.54. URGÊNCIA

Assim entendidos os casos em que há necessidade de atuação médica em consequência de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional, caracterizados em declaração do médico assistente.

4.55. UNIDADE DE SERVIÇO PORTO SEGURO - USP

A USP é o fator expresso em moeda corrente nacional que multiplicado pelos coeficientes de honorários (CH) previstos na TPSR determina o valor de reembolso de cada procedimento, de acordo com o seguro contratado. O valor da USP é informado na Apólice de Seguro e sua revisão de valores ocorre quando da aplicação de reajuste financeiro da apólice, no mesmo percentual.

4.56. VARIAÇÃO DE CUSTOS DOS SERVIÇOS MÉDICOS HOSPITALARES – VCMH

Trata-se da variação dos custos dos serviços médico-hospitalares (VCMH), de administração, de comercialização, dos preços dos insumos utilizados na prestação desses mesmos serviços e outras despesas incidentes na operação do seguro saúde.

4.57. VIGÊNCIA DO SEGURO

É o período pelo qual o seguro estará em vigor.

5. COBERTURAS DO SEGURO

5.1. É garantida ao segurado, incluído no seguro saúde contratado, a cobertura para todas as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a Saúde - CID 10 da Organização Mundial de Saúde, limitada aos procedimentos e eventos contidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, disponível no sítio da ANS, no endereço www.ans.gov.br e suas atualizações vigentes à época do evento, de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) e as Diretrizes Clínicas (DC) que estabelecem critérios para a obrigatoriedade de custeio de determinados procedimentos.

5.1.1. Está garantida ainda, a cobertura para os procedimentos listados, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho.

5.2. DESPESAS AMBULATORIAIS

5.2.1. Respeitados os termos e condições previstos nestas Condições Gerais, a cláusula de EXCLUSÕES DE COBERTURAS e os prazos de carência, quando houver, serão cobertas por este seguro saúde as despesas realizadas pelo segurado com consultas médicas, exames complementares de apoio diagnóstico e tratamentos, bem como as decorrentes de cirurgias oftalmológicas ambulatoriais que não necessitem de atendimento hospitalar e as relativas ao planejamento familiar, conforme abaixo:

a) Consultas Médicas:

5.2.1.1. Despesas com consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM.

b) Procedimentos de Apoio Diagnóstico e Tratamento:

5.2.1.2. Despesas com serviços de apoio diagnóstico (exames), tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo médico assistente devidamente inscrito no Conselho Federal de Medicina – CFM ou cirurgião-dentista, devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação.

5.2.2. Cobertura de custos de consultas e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, psicólogo e terapeuta ocupacional conforme número de sessões e Diretrizes de Utilização estabelecidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigente à época do evento.

5.2.3. Cobertura de sessões de psicoterapia, de acordo com o número de sessões estabelecidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, que poderão ser realizadas tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, desde que haja indicação do médico assistente.

5.2.4. Despesas com procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente.

5.2.5. Despesas com os seguintes procedimentos considerados especiais:

- hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;
- quimioterapia oncológica ambulatorial, conforme previsão do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS;
- radioterapia ambulatorial;
- procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais;
- hemoterapia ambulatorial e;
- cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

5.2.6. Despesas ambulatoriais decorrentes de tratamento de transtornos psiquiátricos, sem internação:

a) Atendimento de emergência, em situações que impliquem em risco imediato à vida ou danos físicos ao segurado ou a terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e autoagressão);

b) Consultas e sessões com terapeuta ocupacional e/ou psicólogo conforme número de sessões e Diretrizes de Utilização estabelecidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigente à época do evento;

c) Atendimentos clínicos decorrentes de transtornos psiquiátricos, incluídos os procedimentos médicos necessários ao tratamento das lesões auto-infligidas.

5.3. DESPESAS HOSPITALARES

Respeitados os termos e disposições previstos nestas Condições Gerais, a cláusula de EXCLUSÕES DE COBERTURAS e os prazos de carência, quando houver, estão cobertas as despesas realizadas pelo segurado, durante o período de internação, conforme abaixo:

5.3.1. Despesas com internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, incluindo, diárias em centro de terapia intensiva ou similar, nas especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina- CFM.

5.3.1.1. Segundo avaliação do médico assistente, os atendimentos hospitalares poderão ocorrer em regime designado como Hospital-Dia, conforme disposto nestas Condições Gerais.

5.3.2. Despesas referentes a honorários médicos referenciados, serviços gerais de enfermagem e alimentação fornecida pelo hospital ao segurado internado.

5.3.2.1. Despesas referentes aos honorários de profissional médico anestesiológico nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, caso haja indicação clínica.

5.3.3. Despesas com exames complementares indispensáveis para elucidação diagnóstica e controle da evolução da doença, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar.

5.3.4. Despesas com todas e quaisquer taxas descritas na Tabela Porto Seguro de Reembolso - TPSR durante o período de internação hospitalar, incluindo materiais utilizados, bem como remoção do paciente, quando comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites da área geográfica de abrangência prevista nas Condições Gerais.

5.3.5. Despesas com as remoções terrestres de segurados internados, desde que solicitadas pelo médico assistente e justificadas pela falta de recursos oferecidos pela unidade de atenção ao paciente segurado ou pela necessidade de transferência do segurado, dentro da área geográfica de abrangência destas Condições Gerais, de um prestador de serviços para outro prestador de serviços de mais imediato acesso, habilitado para o atendimento requerido, em ambulância simples ou ambulância UTI – Unidade de Terapia Intensiva.

5.3.6. Despesas com acomodação e alimentação, fornecidas pelo hospital, para 01 (um) acompanhante, no caso de pacientes segurados internados, menores de 18 (dezoito) anos ou com idade superior a 60 (sessenta) anos, portadores de necessidades especiais e parturientes, conforme estabelecido nestas Condições Gerais.

5.3.6.1. Fica garantido, sem ônus adicional ao segurado, o acesso à acomodação em nível superior, na indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos referenciados pelo seguro saúde.

5.3.7. Cobertura dos procedimentos cirúrgicos bucomaxilofaciais, que necessitem de ambiente hospitalar, realizados por profissional habilitado por seu Conselho de Classe, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião - dentista assistente habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico, utilizados durante o período de internação hospitalar.

5.3.7.1. A cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, com equipe de saúde necessária à complexidade do caso, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar.

5.3.7.2. Para fins destas Condições Gerais, entende-se por imperativo clínico os atos que se impõem em função das necessidades do segurado, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção.

5.3.8. Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais, mesmo quando prestados em regime ambulatorial, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada como internação hospitalar:

- hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;
- quimioterapia oncológica ambulatorial;

- radioterapia: todos os procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente para ambas as segmentações ambulatorial e hospitalar;
- hemoterapia;
- nutrição parenteral ou enteral;
- procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- radiologia intervencionista;
- exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- procedimentos de fisioterapia: aqueles listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.

5.3.9. Cirurgias restauradoras de funções e cirurgias plásticas que não tenham finalidade estética, observadas as Diretrizes de Utilização definidas pela ANS.

a) Dermolipectomia: Cobertura obrigatória em casos de pacientes que apresentem abdômen avental, decorrente de grande perda ponderal (em consequência de tratamento clínico para obesidade mórbida ou após cirurgia de redução de estômago) e, apresentem uma ou mais das seguintes complicações: candidíase de repetição, infecções bacterianas devido às escoriações pelo atrito, ou odor fétido, hérnias, etc;

b) Cirurgia reconstrutiva de mama, utilizando os meios e técnicas necessárias para a correção decorrente do tratamento cirúrgico de mama.

5.3.10. Despesas hospitalares decorrentes de tratamento de transtornos psiquiátricos, devidamente justificadas pelo médico assistente, garantindo:

5.3.10.1. Despesas com internação, em hospital psiquiátrico ou em unidade de terapia ou enfermagem psiquiátrica em hospital geral.

5.3.10.2. Despesas com internação, para o segurado portador de transtornos psiquiátricos que apresente quadro de intoxicação ou abstinência provocado por alcoolismo ou outras formas de dependência química.

5.3.10.3. As coberturas mencionadas nos itens acima serão garantidas integralmente durante os 30 (trinta) primeiros dias de tratamento.

5.3.10.3.1. A partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação dentro de um mesmo período anual de vigência do seguro, haverá cobrança de coparticipação do segurado em 50% (cinquenta por cento) das despesas médicas e hospitalares.

5.3.10.4. Despesas com internação, em número ilimitado de dias, para atendimento clínico ou cirúrgico decorrente de transtornos psiquiátricos, incluindo os procedimentos médicos necessários ao tratamento das lesões auto-infligidas.

5.3.10.5. Despesas com internação, em número ilimitado de dias, para tratamento em regime de Hospital-Dia desde que preenchidos os requisitos estabelecidos nas Diretrizes de Utilização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na época do evento.

5.3.11. TRANSPLANTES

Despesas com a realização única e, exclusivamente, de transplantes de rim, córnea, coração, pâncreas e medula óssea (autólogo e alogênico), bem como seus procedimentos vinculados, incluindo:

- a) Despesas médico-hospitalares com doadores vivos durante o período de internação hospitalar para realização do transplante;
- b) Medicamentos utilizados durante a internação;
- c) Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;
- d) Despesas com captação, transporte e preservação de órgãos na forma de ressarcimento ao SUS – Sistema Único de Saúde.

5.3.12. Garantia de cobertura obstétrica compreendendo os procedimentos relativos ao pré-natal, assistência ao parto e puerpério, incluindo:

a) acompanhante indicado pela mulher durante:

I. pré-parto;

II. parto; e

III. pós-parto imediato por 48 horas, salvo contraindicação do médico assistente ou até 10 (dez) dias, quando indicado pelo médico assistente;

b) cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do segurado, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto; e

c) opção de inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do segurado, 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.

5.3.13. O custeio das despesas previstas neste seguro será garantido, dentro da segmentação e da área geográfica de abrangência estabelecida para o seguro contratado, independentemente do local de origem do evento.

5.3.14. O segurado terá o direito à cobertura de próteses, órteses e seus acessórios, nacionalizados e reconhecidos pelo órgão governamental competente – ANVISA, exclusivamente ligados ao ato cirúrgico, utilizados e necessários à realização do ato cirúrgico objeto da cobertura, observando-se a cláusula de autorização prévia.

6. COBERTURAS NAS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

6.1. Estão cobertas, pelo seguro saúde contratado, as despesas com os atendimentos de urgência e emergência, em regime ambulatorial e de internação, de acordo com a área geográfica de abrangência estabelecida nestas Condições Gerais e as hipóteses previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, de acordo com as cláusulas e definições abaixo:

a) urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional; e

b) emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato à vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

6.1.1. Nos seguros saúde em que os prazos de carência ainda não tenham sido cumpridos, deverão ser observadas as seguintes regras de cobertura para urgência e emergência, nos termos da regulamentação vigente:

a) os eventos/procedimentos resultantes de acidentes pessoais (urgência) terão cobertura integral após 24 (vinte e quatro) horas do início de vigência do seguro de cada segurado.

b) os eventos/procedimentos resultantes de complicações do processo gestacional (urgência) e emergências terão cobertura limitada às 12 (doze) primeiras horas para atendimento em regime ambulatorial, ou caso surja a necessidade de internação, por período inferior.

6.1.1.1. Quando necessária para continuidade do atendimento de urgência e emergência a realização de atendimento em regime de internação hospitalar, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e mesmo que em tempo menor que 12 (doze) horas, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação passará a ser do segurado, não cabendo qualquer ônus a **Seguradora**.

6.1.2. Nos casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia ou procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças ou Lesões Preexistentes a cobertura será prestada por 12 (doze) horas ou, caso surja a necessidade de internação, por período inferior.

6.1.3. Fica assegurada a remoção do paciente segurado para um prestador de serviços médico-hospitalares integrante da rede de saúde pública dotada dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento, após realizados os atendimentos classificados como de urgência e emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recurso para a continuidade do atendimento, ou a necessidade de internação, quando o segurado não tiver direito a esta.

6.1.4. Nos casos previstos no item acima, quando não houver condições de remoção em razão de risco de morte do segurado, este ou seus responsáveis/representantes e o prestador de serviços deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a Seguradora desse ônus.

6.1.5. A Seguradora exigirá a apresentação de documentos, relatórios médicos e/ou exames que comprovem a caracterização da urgência e da emergência.

7. REEMBOLSO E LIMITES DE REEMBOLSO

7.1. O seguro contratado garante o reembolso de despesas em razão da realização dos eventos cobertos nos termos destas Condições Gerais, quando utilizados serviços médicos não pertencentes à rede referenciada, de acordo com as condições abaixo.

7.1.1. Fica assegurado que o valor do reembolso das despesas não será inferior ao valor praticado pela **Seguradora** junto a rede referenciada do respectivo plano de seguro.

7.1.2. Para fins de cálculo de reembolso das despesas cobertas, realizadas nos atendimentos de livre escolha, serão multiplicados os quantitativos previstos na TPSR pelo valor da USP (atualizada simultaneamente com o prêmio mensal) e aplicados os múltiplos estabelecidos no contrato, de acordo com o Anexo – Características Específicas do Seguro Saúde - Empresarial, do plano contratado.

7.2. Para os procedimentos que impliquem na atuação de um profissional instrumentador o reembolso dessa despesa corresponderá a 10% (dez por cento) do valor pago ao cirurgião-médico.

7.3. Somente serão efetuados reembolsos na forma desta Condição Geral mediante a apresentação dos seguintes documentos originais:

- a) Relatório do médico assistente, declarando o diagnóstico, data do evento, tratamento efetuado e data do atendimento e, se for o caso, condições de urgência ou emergência;
- b) Conta hospitalar discriminando diárias, gases medicinais, taxas de serviços e equipamentos, inclusive relação de materiais e medicamentos utilizados, exames realizados, bem como nota fiscal devidamente quitada;
- c) Recibos individualizados de honorários de médicos, assistentes, auxiliares, anestesistas e outros, discriminando as funções, os eventos a que se referem, bem como número de inscrição no Conselho Regional de Medicina – CRM e assinatura do médico com o número de CPF (quando pessoa física) ou razão social da Clínica com o número do CNPJ e carimbo do ISS dos profissionais;
- d) Exames complementares laboratoriais e/ou por imagem, realizados antes e depois da execução de tratamentos, quando solicitados pela **Seguradora**;
- e) Documentos exigidos por quaisquer órgãos governamentais por meio de seu poder de polícia, quando for o caso;
- f) Autorização prévia da **Seguradora**, nos casos previstos nestas Condições Gerais.

7.3.1. Adicionalmente nos casos de:

- a) Parto normal: relatório do médico assistente;
- b) Parto cesáreo: relatório médico detalhado quanto aos procedimentos adotados pela equipe médica até o nascimento do bebê, justificando a indicação da cesariana e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado pela parturiente.

7.4. Para efeito dos reembolsos previstos nestas Condições Gerais tomar-se-á como base de cálculo a TPSR e a USP do seguro contratado na data do atendimento. O valor da USP será revisto quando da aplicação de reajuste financeiro da apólice, no mesmo percentual.

7.5. O reembolso das despesas efetuadas no exterior será em moeda corrente nacional, ao câmbio oficial de venda da data da efetivação dos pagamentos pelo segurado, tendo por limite o múltiplo de reembolso do seguro contratado.

7.6. A Seguradora somente se responsabilizará pelo reembolso das despesas comprovadas por meio da apresentação dos documentos originais entregues em um de seus escritórios, sob protocolo numerado, conforme prazo estabelecido nestas Condições Gerais.

7.6.1. O prazo máximo para a apresentação dos documentos para a solicitação de reembolso será de 1 (um) ano a partir da data de realização do evento.

7.6.2. Os créditos dos reembolsos serão efetuados em nome do segurado titular ou de seu responsável legal, tendo por limite o múltiplo de reembolso contratado, no prazo de até 30 (trinta) dias a partir da entrega de todos os documentos obrigatórios descritos nestas Condições Gerais.

7.6.3. Fica assegurado a Seguradora o direito de solicitar documentos complementares para a avaliação do pedido de reembolso, o que acarretará a suspensão do prazo de pagamento estabelecido.

7.6.4. Não serão reembolsados os valores correspondentes a impostos recolhidos pelo prestador de serviço e consultas de retorno.

7.7. Para efeito de reembolso considera-se que as taxas de sala cirúrgica incluem a utilização das instalações, dos equipamentos, do instrumental cirúrgico e de roupas, além da esterilização do material e os serviços de enfermagem.

7.7.1. As taxas de sala serão pagas conforme a cirurgia, baseando-se no porte anestésico apresentado na TPSR.

7.7.2. Na hipótese de porte anestésico zero, o que significa a não participação do anestesista, o reembolso da taxa de sala não será devida.

7.7.3. As demais taxas de sala (observação, recuperação pós-anestésica, cirurgia ambulatorial, gesso e exames/tratamentos especializados) serão pagas de acordo com o constante na TPSR para o procedimento realizado.

7.8. O reembolso de medicamentos e materiais cirúrgicos utilizados em ambiente hospitalar será efetuado com base nos preços do guia farmacêutico BRASÍNDICE vigente na data de sua utilização, ou daquele que vier a substituí-lo. Os materiais não constantes do referido guia serão reembolsados de acordo com os preços médios de venda no mercado na data de sua utilização.

7.9. Em internações hospitalares o reembolso de visitas médicas será limitado a 1 (uma) visita médica hospitalar por dia de internação e 1 (um) médico por especialidade, exceto para casos justificados por relatório médico. Após 15 (quinze) dias, serão pagas 1(uma) visita a cada 3 (três) dias, sendo que as visitas deverão estar devidamente registradas no prontuário médico.

8. EXCLUSÕES DE COBERTURA

8.1. Estão excluídas da cobertura deste seguro:

a) Despesas não relacionadas diretamente com o tratamento médico hospitalar coberto pelo seguro contratado, conforme cláusula – Coberturas do Seguro, e eventos não previstos na TPSR, e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS;

b) Despesas que excederem os limites de cobertura e de reembolso do seguro contratado, ou que forem despendidas pelo segurado anteriormente ao início de vigência do seguro;

8.2. Excluem-se das coberturas do seguro as despesas médico hospitalares que tenham como origem enfermidades, lesões ou danos resultantes de atos ilícitos, dolosos ou culposos do segurado, a saber:

a) Simulação e fraude, de qualquer natureza, para obter vantagens indevidas do seguro;

b) Ato reconhecidamente perigoso, voluntário, motivado por vontade do segurado, sem necessidade justificada e que resulte em dano à saúde, exceto nas hipóteses em que as complicações decorrentes destes atos estejam previstas contratualmente e nos normativos vigentes.

8.3. Também estão excluídas das coberturas do seguro as despesas relativas ou decorrentes de:

a) Cirurgias plásticas ou outros procedimentos clínicos e/ou cirúrgicos com finalidade estética, tais como:

I. mamária (exceto a realizada após a retirada de tumores);

II. em couro cabeludo (inclusive implante de cabelos), face (olhos, boca e orelhas) e pescoço;

III. de nariz (rinoplastia reparadora, rinoseptoplastia funcional e septoplastia cartilaginosa, por qualquer técnica, exceto quando comprovada a necessidade de restauração de função através de exames pré-operatórios;

IV. de dorso e membros;

V. de abdome;

VI. para correção de cicatrizes e/ou tatuagens por qualquer técnica;

VII. lipoaspiração e lipoescultura de qualquer localização;

VIII. órteses e próteses com finalidade estética.

b) Procedimentos com fins estéticos, tais como: oxigenioterapia hiperbárica, salvo para pacientes com: doença descompressiva; embolia traumática pelo ar; embolia gasosa; envenenamento por monóxido de carbono (CO) ou inalação de fumaça; envenenamento por gás cianídrico/gás sulfídrico; gangrena gasosa; síndrome de Fournier, com classificação de gravidade III e IV; fascites, celulites ou miosites necrotizantes (inclui infecção de sítio cirúrgico), com classificação de gravidade II, III e IV; isquemias agudas traumáticas, lesão por esmagamento, síndrome compartimental ou reimplantação de extremidades amputadas, com classificação de gravidade II, III ou IV; sepse, choque séptico ou insuficiências orgânicas devido a vasculites agudas de etiologia alérgica, medicamentosa ou por toxinas biológicas.

c) Tratamentos clínicos e/ou cirúrgicos em regime ambulatorial, hospitalar, Hospital-Dia e clínicas para:

l) obesidade quando o índice de massa corporal (peso em KG dividido pela altura em m²) ultrapassar 40 (quarenta) Kg/m² ou quando o índice de massa corporal estiver entre 35 e 39,9 Kg/ m² e não apresentar comorbidades devidamente comprovadas, tais como diabetes, apneia do sono, hipertensão arterial, dislipidemia, doença coronariana, osteoartrite e outras;

d) Quaisquer tratamentos clínicos e/ou cirúrgicos em estâncias hidrominerais, “SPA” ou assemelhadas, casas de repouso e/ou atendimento domiciliar;

e) Fornecimento, aquisição, aluguel ou conserto de aparelhos ortopédicos como pernas e/ou braços mecânicos, muletas, cadeiras de rodas, entre outros;

f) Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;

g) Assistência médica, paramédica domiciliar, incluindo medicamentos, salvo os medicamentos antineoplásicos orais, assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes para uso domiciliar, que esteja de acordo com as Diretrizes de Utilização estabelecidas pela legislação vigente, aluguel de materiais, equipamentos, aparelhos e quaisquer gastos com instalações para atendimento domiciliar;

h) Enfermagem em caráter particular seja em regime hospitalar ou domiciliar, mesmo que o caso exija cuidados especiais, inclusive nas emergências;

i) Despesas extraordinárias de segurados e/ou acompanhantes, tais como: alimentação (exceto as situações estabelecidas na cláusula de coberturas destas Condições Gerais), uso de telefone, aluguel de TV, uso de frigobar, materiais descartáveis de uso pessoal ou de higiene íntima não inerentes ao tratamento, tais como camisola, absorvente, fraldas, kits de toalete e assemelhados; quaisquer serviços prestados não relacionados com assistência médica, expedição de pareceres, atestados para quaisquer fins ou cópias de documentação hospitalar;

j) Exames clínicos para investigação diagnóstica preventiva não associada à doença específica ou aos sintomas manifestados pelo segurado;

k) Reeducação Postural Global;

l) Condicionamento físico para segurados, sendo, entretanto, coberto quando houver indicação médica para tratamento pós-cirúrgico cardíaco, doença isquêmica do coração e doença coronariana manifestada clinicamente após a vigência do seguro e considerada de alto risco;

m) Transplantes, a exceção de córnea, rim, coração, medula (autólogo ou alogênico) e pâncreas;

n) Despesas com consulta, exames, tratamentos clínicos/cirúrgico;

I. Experimentais;

II. Não éticos (previstos no Código Brasileiro de Ética Médica);

III. Nas especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

o) Materiais e medicamentos não reconhecidos pelos órgãos nacionais competentes de aprovação, controle e fiscalização, bem como os não nacionalizados e os utilizados para tratamento domiciliar;

p) Métodos de fecundação, tais como fecundação “in vitro” e inseminação artificial, englobando consultas, exames, despesas hospitalares e quaisquer procedimentos relacionados com este fim, bem como reversão de laqueadura e vasectomia.

q) Necropsia de adultos, crianças e fetos ou exames histopatológicos de placenta;

r) Envenenamento de caráter coletivo, catástrofes, calamidades públicas ou outras causas que atinjam maciçamente a população, quando declaradas pela autoridade competente (guerra, revolução, contaminação com material nuclear ou radiação ionizante);

s) Remoções para consultas e/ou exames de pacientes segurados não internados;

t) Imunizações e vacinas;

u) Terapia ocupacional e psicoterapia, exceto os casos previstos nestas Condições Gerais;

v) Despesas com assistência odontológica, inclusive em decorrência de acidente pessoal, exceto os casos estritamente restauradores, na especialidade bucomaxilofacial, decorrente de doenças e/ou acidentes pessoais cobertos pela Apólice de Seguro, que necessitem de ambiente hospitalar;

w) Despesas com honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista quando, por imperativo clínico, for necessária a estrutura hospitalar para realização de procedimentos listados no Rol de Procedimentos Odontológicos da ANS;

x) Doenças ou Lesões Preexistentes não declaradas previamente a assinatura da Proposta de Seguro;

y) Consultas e exames pré-admissionais, periódicos e demissionais;

8.4. Todos os procedimentos médico-hospitalares durante o respectivo período de carências, salvo nos casos de urgência ou emergência, hipótese na qual a cobertura se dará nos termos e nestas Condições Gerais;

9. CARÊNCIAS

9.1. Estão isentas do cumprimento de carências as inclusões de segurados ocorridas em até 30 (trinta) dias da celebração do seguro saúde ou da sua vinculação do segurado titular a pessoa jurídica **Estipulante** e/ou do fato gerador da vinculação do segurado dependente ao seu titular.

9.2. Não será exigido o cumprimento de carência ou Cobertura Parcial Temporária quando houver 30 (trinta) ou mais segurados, no momento da contratação do seguro ou da inclusão de novos segurados, salvo nos casos de inclusões fora do prazo.

9.3. Para as inclusões de segurados, quando o contrato estiver com menos de 30 (trinta) beneficiários ou se a inclusão se der fora do prazo serão considerados os prazos de carência, descritos no Anexo – Características Específicas do Seguro Saúde Empresarial do plano contratado.

9.4. Haverá cláusula de Cobertura Parcial Temporária nos casos de Doenças ou Lesões Preexistentes, para as inclusões ocorridas fora do prazo.

10. DOENÇAS OU LESÕES PREEXISTENTES

10.1. Na hipótese de haver cláusula de Agravado ou Cobertura Parcial Temporária, o segurado deverá informar a Seguradora, quando expressamente solicitado na documentação contratual por meio da Declaração de Saúde, o conhecimento de Doenças ou Lesões Preexistentes à época da contratação ou da adesão ao seguro saúde, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou rescisão unilateral do seguro, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656/1998.

10.2. Doenças ou Lesões Preexistentes são aquelas que o segurado ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao seguro saúde, de acordo com o art. 11 da Lei nº 9656/1998, o inciso IX do art. 4º da Lei nº 9961/2000 e as diretrizes estabelecidas na Resolução Normativa nº 162/2007.

10.3. Para informar a existência de Doenças ou Lesões Preexistentes, o segurado titular preencherá o Formulário de Declaração de Saúde acompanhado da Carta de Orientação ao Segurado e poderá solicitar um médico para orientá-lo.

10.4. O segurado tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores referenciados pela Seguradora, sem nenhum ônus para o segurado.

10.5. Caso o segurado opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede referenciada da Seguradora, poderá fazê-lo, desde que assumo o ônus financeiro dessa entrevista.

10.6. O objetivo da entrevista qualificada é orientar o segurado para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, na qual são declaradas as Doenças ou Lesões Preexistentes das quais o segurado saiba ser portador ou

sofredor no momento da contratação ou adesão ao seguro saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.

10.7. É vedada a alegação de omissão de informação de Doença ou Lesão Preexistente quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no segurado pela Seguradora, com vistas a sua admissão no seguro saúde.

10.8. Sendo constatada por perícia, na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do segurado a existência de Doenças ou Lesões Preexistentes que possam gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a Seguradora oferecerá a Cobertura Parcial Temporária, e, dependendo do caso, ser-lhe-á facultada a oferta do Agravado. Caso a Seguradora não ofereça Cobertura Parcial Temporária no momento da adesão contratual, não caberá alegação de omissão de informação na Declaração de Saúde ou aplicação posterior de Cobertura Parcial Temporária ou Agravado.

10.9. Cobertura Parcial Temporária - CPT é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses a partir da data da contratação ou adesão ao seguro saúde, a suspensão da cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às Doenças ou Lesões Preexistentes declaradas pelo segurado ou seu representante legal.

10.10. Agravado é qualquer acréscimo no valor do prêmio mensal pago ao seguro saúde para que o segurado tenha direito integral à cobertura contratada para Doenças ou Lesões Preexistentes declaradas, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a Seguradora e a Estipulante.

10.11. Na hipótese de Cobertura Parcial Temporária, a Seguradora somente poderá suspender a cobertura de procedimentos cirúrgicos, uso de leito de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade quando relacionados exclusivamente às Doenças ou Lesões Preexistentes.

10.12. Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no site www.ans.gov.br.

10.13. É vedada a Seguradora a alegação de Doenças ou Lesões Preexistentes decorridos 24 meses da data da celebração do contrato ou da adesão ao seguro saúde.

10.14. Nos casos de Cobertura Parcial Temporária, findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses da contratação ou adesão ao seguro saúde, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme a segmentação contratada e a Lei nº 9.656/1998.

10.15. O Agravado será regido por Aditivo Contratual Específico, cujas condições serão estabelecidas entre as partes, devendo constar menção expressa ao percentual o valor do Agravado e período de vigência do Agravado.

10.16. Se for identificado indício de fraude por parte do segurado referente à omissão de conhecimento de Doenças ou Lesões Preexistentes por ocasião da adesão ao seguro saúde, a Seguradora deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao segurado por meio de Termo de Comunicação ao segurado e poderá solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do segurado à Cobertura Parcial Temporária.

10.17. Instaurado o processo administrativo na ANS, a Seguradora caberá o ônus da prova.

10.17.1. A Seguradora poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do segurado sobre sua condição quanto à existência de Doenças ou Lesões Preexistentes.

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

10.17.3. Se solicitado pela ANS, o segurado deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.

10.17.4. Após julgamento e acolhida a alegação da Seguradora pela ANS, o segurado passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com as Doenças ou Lesões Preexistentes, desde a data da efetiva comunicação da constatação das Doenças ou Lesões Preexistentes pela Seguradora, bem como será excluído do seguro.

10.17.5. Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de Doenças ou Lesões Preexistentes, bem como a suspensão ou rescisão unilateral do seguro, até a publicação, pela ANS, do encerramento do processo administrativo.

10.17.6. Não haverá Cobertura Parcial Temporária, nos casos de Doenças ou Lesões Preexistentes, quando o número de participantes for igual ou maior que 30 (trinta), para os segurados que formalizarem o pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias da celebração do seguro coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica Estipulante.

11. MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Para coberturas dos serviços contratados deverão ser observados os seguintes itens:

11.1. CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

11.1.1. A Seguradora é responsável pelo fornecimento aos segurados do Cartão de Identificação para possibilitar a utilização dos serviços garantidos nestas Condições Gerais.

11.1.1.1. A Seguradora está desobrigada de prestar qualquer atendimento na hipótese de o segurado não apresentar o Cartão de Identificação juntamente de um documento de identificação oficial.

11.1.2. O Cartão de Identificação deverá ser devolvido a **Seguradora** nas hipóteses abaixo:

a) quando for substituído por outro;

b) quando da exclusão do segurado;

c) cancelamento do seguro, cabendo a **Estipulante** o ônus decorrente de sua utilização após a extinção do seguro.

11.1.3. A Estipulante é responsável pela vigilância e fiscalização dos cartões de identificação, bem como distribuição e recolhimento dos mesmos.

11.1.3.1. O descumprimento desta cláusula sujeitará a **Estipulante**, ao pagamento do valor correspondente a todas as perdas e danos sofridos pela Seguradora, bem como o pagamento das despesas advindas da utilização indevida, inclusive, as decorrentes de roubo ou extravio não comunicados a **Seguradora**, acrescidas de 12% (doze por cento) relativo a taxa administrativa.

11.2. AUTORIZAÇÃO PRÉVIA DA SEGURADORA

11.2.1. Para a utilização dos serviços a seguir relacionados, realizados em rede referenciada, será necessário que o segurado solicite a autorização prévia e expressa da Seguradora:

a) Exames Especiais:

Angiografia, arteriografia, avaliação muscular por dinamometria computadorizada, chlamydia – pcr- amplificação de DNA, contagem de linfócitos T “helper” e T supressores, densitometria óssea, ecocardiograma de alta resolução, eletroencefalogramas especiais, eletroneuromiografia, exames hemoterápicos especiais, exames oftalmológicos especiais, exames otorrinolaringológicos especiais, genotipagem do sistema hla, hemodinâmica, hibridização molecular, histeroscopias, laparoscopias diagnósticas, mamografia associada a punção e marcação pré-cirúrgica orientada por estereotaxia ou ultrassom ou tomografia computadorizada, medicina nuclear, mycobactéria com ampliação de DNA, neurorradiologia, painel de imuno-histoquímica, provas de função pulmonar, radiologia intervencionista, ressonância nuclear magnética, sistema de avaliação do movimento que inclui vídeo acoplado à plataforma da força e eletromiografia, teste respiratório para h.pylori, tomografia computadorizada e ultrassonografia com Doppler, capilaroscopia periungueal, Pet-Scan oncológico, estudo de alterações cromossômicas em leucemias por FISH, pesquisas de translocação PML/RAR, análise de múltiplos para pacientes com doença de Von Willebrand, hepatite E – IGM/IGG, parvovírus B19 (IGM/IGG), pesquisa de sulfatídeos e material metacromático na urina, protombina (pesquisas de mutação), teste rápido para detecção de HIV em gestante, tromboelastograma, aférese para paciente abo incompatível, entre outros;

b) Terapias Especiais:

Betaterapia, diálise, hemodiálise, litotripsia, plasmaferese, procedimentos hemoterápicos, quimioterapia, radioterapia, tratamento com anticorpos monoclonais, psicoterapia, fonoaudiologia, nutrição, terapia ocupacional, psicologia;

c) Procedimentos realizados em regime ambulatorial:

Fisioterapia, atendimentos de transtornos psiquiátricos, bloqueios anestésicos e neurolíticos, cardioestimulação transesofágica, acompanhamento clínico e exames pós-transplante;

d) Procedimentos realizados em regime de internação hospitalar:

Será necessária autorização prévia da **Seguradora** para toda e qualquer internação clínica, cirúrgica, eletiva ou não.

11.2.2. Fica reservado a **Seguradora**, o direito de exigir do segurado a apresentação de relatório emitido pelo médico assistente e/ou exames laboratoriais ou médicos justificando a realização dos serviços médicos e/ou hospitalares.

11.2.3. Para as terapias abaixo relacionadas, será necessária a autorização prévia e expressa da **Seguradora**:

- **Fonoaudiologia;**
- **Nutricionista;**
- **Terapia ocupacional;**
- **Psicoterapia.**

11.3. COPARTICIPAÇÃO

11.3.1. Para o presente seguro fica estabelecido o mecanismo de regulação denominado coparticipação, que consiste no pagamento pela **Estipulante** de uma parte dos custos referentes aos procedimentos de consultas, exames, internação e atendimento em pronto-socorro, quando realizados pelos segurados.

11.3.2. Os valores de coparticipação serão calculados de acordo com a USP vigente na data de contratação do seguro saúde e serão reajustados com base nos custos dos serviços médico-hospitalares (VCMH), dos preços dos insumos utilizados na prestação desses mesmos serviços e dos custos administrativos apresentados à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

11.3.3. Nos casos de internações psiquiátricas previstas neste seguro, as coberturas serão garantidas durante os 30 (trinta) primeiros dias de tratamento. A partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação, dentro de um mesmo período anual de vigência do seguro, haverá cobrança de coparticipação de 50% (cinquenta por cento) das despesas médicas hospitalares.

11.3.4. A Seguradora admitirá a contratação, alteração ou desistência da coparticipação somente na renovação da apólice e mediante aviso prévio de 30 (trinta) dias à Seguradora.

11.3.5. Nas consultas, exames e terapias o valor da coparticipação será cobrado a cada consulta, exame, terapia e/ou procedimento individualmente.

11.3.6. Nos atendimentos em pronto-socorro, o valor da coparticipação será único por atendimento.

11.3.7. Nas internações hospitalares, a coparticipação, incidirá sobre os 10 (dez) dias de cada internação

11.3.8. A cobrança de coparticipação será efetuada na fatura mensal subsequente à data do evento, acompanhada de demonstrativo de custos individuais.

11.3.9. Para fins de cobrança da coparticipação, deverão ser observados os valores constantes no Anexo – Características Específicas do Seguro Saúde - Empresarial do plano contratado.

11.3.10. A Estipulante reconhece para todos os efeitos legais, como dívida líquida e certa em favor da Seguradora em qualquer atendimento prestado a seus segurados, bem como o pagamento da coparticipação devida, após o cancelamento do seguro ou da exclusão do segurado, autorizando a Seguradora a emitir ou debitar em sua fatura e/ou recibo de cobrança o valor correspondente as eventuais despesas ocorridas, independentemente dos mecanismos de regulação a que a Estipulante tenha que recorrer objetivando recuperá-las posteriormente junto aos segurados, mesmo após o término de vigência da apólice de seguro.

11.4. REDE REFERENCIADA

11.4.1. Será fornecida ao segurado a relação contendo os dados dos prestadores referenciados pela **Seguradora**, obedidas as regras que disciplinam o atendimento dos mesmos, sendo que os segurados com mais de 60 (sessenta) anos, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até 05 (cinco) anos possuem privilégios na marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos em relação aos demais segurados.

11.4.2. A relação contendo os dados dos prestadores de serviços referenciados pela Seguradora terá suas atualizações disponíveis na sede da **Seguradora**, por meio do serviço de tele-atendimento e da internet.

11.4.3. A inclusão como referenciado, de qualquer entidade hospitalar, implica compromisso para com os consumidores quanto a sua manutenção ao longo da vigência do seguro, conforme regras abaixo:

11.4.4. É facultada a **Seguradora** a substituição de entidade hospitalar referenciada por outra equivalente e mediante comunicação a **Estipulante** e a ANS, com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor.

11.4.5. Na hipótese da substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer por vontade da Seguradora durante período de internação do segurado, o estabelecimento obriga-se a manter a internação e a **Seguradora**, a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério médico, na forma destas Condições Gerais.

11.4.6. No caso de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, a **Seguradora** arcará com a responsabilidade pela transferência imediata do segurado para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para o segurado.

11.4.7. Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, a **Seguradora** deverá solicitar a ANS autorização expressa para tanto.

11.4.8. Os serviços previstos nessas Condições Gerais serão realizados na rede referenciada do seguro saúde contratado, sendo que as coberturas garantidas corresponderão sempre aos procedimentos previamente contratados entre a **Seguradora** e o prestador de serviços médico-hospitalares preservado o direito do segurado de solicitar reembolso, de acordo com a Tabela Porto Seguro de Reembolso - TPSR.

11.4.9. Fica assegurada a cobertura dos serviços diagnósticos, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, previstos nestas Condições Gerais, mesmo quando solicitados por médico assistente ou cirurgião-dentista não pertencente à rede referenciada da **Seguradora**.

11.5. DIVERGÊNCIAS DE NATUREZA MÉDICA

11.5.1. As divergências de natureza médica relacionadas às coberturas previstas no seguro saúde contratado serão dirimidas por junta constituída por 3 (três) médicos, sendo um nomeado pela **Seguradora**, outro pelo segurado e um terceiro escolhido de comum acordo pelos dois nomeados.

11.5.2. Se não houver acordo na escolha do referido terceiro profissional, a designação será solicitada a entidade representativa da especialidade.

11.5.3. Cada uma das partes pagará os honorários do profissional que nomear, sendo que a remuneração do terceiro profissional será paga pela **Seguradora**.

11.6. MATERIAIS ESPECIAIS DE COBERTURA CONTRATUAL

11.6.1. O segurado terá direito à cobertura contratual de próteses, órteses e seus acessórios, quando ligados ao ato cirúrgico, atendidos os seguintes requisitos:

a) cabe ao médico ou cirurgião dentista assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria - prima e dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais – OPME necessários à execução dos procedimentos de cobertura contratual;

b) o profissional requisitante deve, quando assim solicitado pela **Seguradora** de plano privado de assistência à saúde, justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos 03 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas; e

c) em caso de divergência clínica entre o profissional requisitante e a **Seguradora**, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com as despesas arcadas pela **Seguradora**.

12. COMPROVAÇÃO DE REGULARIDADE DA ESTIPULANTE

12.1. No momento da contratação, a Estipulante deverá apresentar a documentação a seguir:

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

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

c) Para a Sociedade Anônima: Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ; Estatuto Social da Sociedade Anônima, atualizado e publicado no Diário Oficial e Atas de Assembleias.

d) Para Empresário Individual (ME, EPP): Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ; Cadastro na Junta Comercial ou outros documentos que vierem a ser exigidos pela legislação vigente.

12.1.1. Para as constituições societárias mencionadas na alínea "d", a **Seguradora** reserva-se o direito de solicitar à **Estipulante**, no mês do aniversário do contrato, documentos que confirmem a manutenção da inscrição nos órgãos competentes, bem como sua regularidade junto à Receita Federal.

12.1.2. No momento da contratação e, anualmente, no mês de aniversário do contrato, a **Estipulante**, na qualidade de Empresário Individual, deverá comprovar a elegibilidade dos beneficiários vinculados, dispostos no art. 5º da Resolução Normativa nº 195, de 2009, quando for o caso.

12.2. A **Seguradora** é concedida o prazo de 20 (vinte) dias, contados a partir da data de protocolo da proposta de adesão ou da solicitação expressa de inclusão de segurados dependentes, para proceder à inclusão solicitada.

12.2.1. Fica reservado a **Seguradora** o direito de solicitar documentos e informações complementares para proceder à inclusão solicitada. Nessa hipótese, o prazo previsto no item acima ficará suspenso.

13. CONDIÇÕES DE ADMISSÃO DO SEGURADO

13.1. Podem ser incluídos como segurados titulares desse seguro a população do grupo de segurados que comprove vínculo empregatício, estatutário em relação a Estipulante, bem como seus sócios e administradores devidamente constituídos.

13.1.1. A comprovação de elegibilidade do segurado titular se dará por meio dos documentos abaixo:

13.1.1.1. Para inclusão inicial dos funcionários com vínculo empregatício:

a) Relação atualizada do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço – FGTS acompanhada da última Guia de Recolhimento quitada;

13.1.1.2. Para inclusão dos funcionários com vínculo empregatício após a implantação do seguro:

a) Registro de Empregado em papel timbrado; (Ficha de Registro); ou

b) Cópia da Carteira Profissional;

c) Para **sócios e administradores**: documento societário comprobatório do vínculo com a **Estipulante**.

13.1.1.3. Para estatutários: nomeação publicada no Diário Oficial ou documento similar de vinculação a **Estipulante**.

13.2. O seguro saúde extensivo aos segurados dependentes será sempre igual ao do segurado titular, não cabendo qualquer possibilidade de distinção de seguro dentro do mesmo grupo familiar.

13.3. A inclusão de segurados titulares elegíveis no seguro ocorrerá por meio de solicitação da **Estipulante**, acompanhada da respectiva comprovação de vínculo empregatício, estatutário ou societário e cartão proposta preenchido e assinado exclusivamente pelo representante legal da **Estipulante** com carimbo.

13.4. A **Estipulante** obriga-se a incluir no seguro saúde qualquer novo segurado elegível nos termos desta cláusula, no prazo máximo de 30 (trinta) dias a contar da data do fato gerador da vinculação que comprove a elegibilidade da nova inclusão.

13.4.1. A Estipulante, no ato do pedido de inclusão do segurado dependente, deverá apresentar a Seguradora o documento que comprove a elegibilidade.

13.4.2. A comprovação da elegibilidade se dará com a apresentação dos documentos abaixo, conforme o caso:

a) **Cônjuge** - Cópia do RG e CPF, cópia da Certidão de Casamento;

b) **Companheiro(a)** - Declaração Pública de União Estável emitida em cartório, cópia do RG e CPF do (a) companheiro (a);

c) **Menor sob Tutela** - Cópia autenticada do Termo de Guarda e cópia da Certidão de Nascimento do(a) tutelado(a);

d) **Filho(a) até 38 (trinta e oito) anos** - Cópia da Certidão de Nascimento ou RG e CPF;

e) **Filho(a) inválido de qualquer idade** - Cópia da Certidão de Invalidez do INSS e CPF;

f) **Filho(a) adotivo** - Cópia da Certidão de Guarda Definitiva ou Provisória.

13.4.3. A **Seguradora** poderá solicitar e a **Estipulante** se compromete a fornecer, a qualquer tempo, a documentação necessária para confirmação do vínculo do segurado com a **Estipulante** e do segurado com seu(s) dependente(s), sendo responsável pelas informações prestadas, inclusive referentes aos dados cadastrais dos segurados exigidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

13.4.4. A **Seguradora** é concedida o prazo de 20 (vinte) dias, contados a partir da data de recebimento da proposta de adesão ou da solicitação expressa de inclusão de segurados dependentes para proceder à inclusão.

13.4.5. Podem ser incluídos no seguro saúde, como segurados titulares, os ex-empregados, aposentados e demitidos ou exonerados sem justa causa da **Estipulante**.

13.5. Ficam asseguradas:

a) A inclusão do recém-nascido, filho(a) natural ou adotivo(a) do segurado, isento do cumprimento dos períodos de carência, Cobertura Parcial Temporária, desde que a inclusão no plano ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou da adoção, conforme legislação vigente.

b) A inclusão do (a) filho (a) do segurado titular, menor de 12 (doze) anos de idade, adotivo (a) ou cuja a paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente, aproveitando-se os períodos de carência já cumpridos pelo segurado titular (adotante ou que tenha reconhecido a paternidade);

13.6. Caso o segurado titular integrante do seguro celebrado entre as partes seja elegível para a manutenção do plano nas condições previstas nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656/1998, fica garantida a manutenção de todos os seus dependentes inscritos quando da vigência do contrato de trabalho, podendo o direito ser exercido individualmente pelo ex-empregado ou com parte do seu grupo familiar.

13.6.1. Na hipótese prevista no item anterior, fica assegurada a possibilidade de inclusão de novo cônjuge e filhos do ex-empregado demitido, exonerado, sem justa causa, ou aposentado no período de manutenção da condição de segurado dependente.

13.6.1.1. A manutenção dos segurados dependentes prevista nesta cláusula dependerá da participação do segurado titular no plano de assistência à saúde.

13.7. ALTERAÇÃO DO SEGURO SAÚDE

13.7.1. A **Estipulante** poderá solicitar a **Seguradora** alteração de seguro contratado para um plano de categoria superior (upgrade), a qual ficará condicionada a análise prévia da **Seguradora**, exclusivamente no aniversário do contrato de seguro ou nos casos de mudança de categoria profissional, sendo passível a imputação de carência para utilização dos serviços/procedimentos na nova rede referenciada e para o padrão de acomodação, quando for o caso.

13.7.2. A alteração deverá ser solicitada até o 30º (trigésimo) dia posterior à mudança de categoria profissional.

13.7.3. A solicitação de alteração de plano para categoria inferior (downgrade) poderá ser efetuada exclusivamente no aniversário do contrato de seguro, desde que já tenha transcorrido o período de 12 (doze) meses a contar da última alteração solicitada pela **Estipulante** em relação ao segurado.

13.7.4. A alteração de plano é realizada em caráter irrevogável e irretroatável.

14. ÍNDICE DE ADESÃO

14.1. É a relação entre o número de componentes do grupo segurado e o grupo segurável, expressa em percentagem.

14.2. O índice de aceitação e manutenção de segurados não poderá ser inferior aos percentuais previstos na tabela abaixo:

NÚMERO DE COMPONENTES DO GRUPO SEGURADO		ÍNDICE MÍNIMO DE ADESÃO	
DE	ATÉ	ACEITAÇÃO	MANUTENÇÃO DO GRUPO SEGURADO
5	29	100%	93%
30	200		90%
201	300	95%	80%
301	500		75%
501	1000		70%
1001	5000	90%	65%
5001	EM DIANTE	85%	60%

14.3. Entende-se como manutenção do grupo segurado o percentual mínimo de pessoas que devem permanecer na Apólice de Seguro em relação o grupo segurado inicial.

14.4. A **Seguradora** poderá solicitar, a qualquer momento, cópia da documentação que julgar necessária para acompanhamento do índice mínimo de manutenção.

14.4.1. Fica reservado o direito de a **Seguradora** aplicar a regra de – **CANCELAMENTO DO SEGURO**, em caso de descumprimento dos índices previstos nesta cláusula.

15. VIGÊNCIA DO SEGURO

15.1. A vigência da cobertura do seguro para cada segurado terá início no 1º (primeiro) dia subsequente à data de sua aceitação na Apólice de Seguro pela **Seguradora**.

15.2. A vigência da Apólice do Seguro saúde será de 12 (doze) meses e sua renovação será automática, por prazo indeterminado, exceto no caso de manifestação de uma das partes, em sentido contrário, por escrito, e com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, sendo que não serão cobradas taxas na renovação da apólice.

15.3. Fica reservado a **Seguradora** o direito de solicitar a **Estipulante**, na qualidade de Empresário Individual, no mês de aniversário do contrato, os documentos que confirmem sua inscrição nos órgãos competentes, bem como sua regularidade cadastral junto à Receita Federal, e outros que vierem a ser exigidos pela legislação vigente.

16. CÁLCULO DO PRÊMIO MENSAL

16.1. Formação do preço

O valor do prêmio mensal, estipulado na data de início de vigência do seguro e expresso na Apólice de Seguro, será constituído pela soma dos prêmios individuais de acordo com a faixa etária em que se enquadrem os segurados titulares e dependentes, calculados com base nos planos de seguros contratados e nas características do grupo segurado.

16.2. Estabelecimento de Faixa Etária

16.2.1. O valor do prêmio mensal considerará as seguintes regras em relação às faixas etárias, conforme estabelecido na legislação vigente do setor de Saúde Suplementar:

- i) O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária;
- ii) A variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixa;
- iii) As variações por mudança de faixa etária não podem apresentar percentuais negativos.

16.2.2. Os segurados com mais de 59 (cinquenta e nove) anos de idade estarão isentos do aumento decorrente de alteração por faixa etária, permanecendo apenas a aplicação do reajuste anual (financeiro e técnico) na forma prevista neste contrato.

16.2.3. Para contratos com número inferior a 100 (cem) vidas, na data do início de vigência, havendo alteração na idade de qualquer segurado que implique em deslocamento de faixa, o prêmio mensal será reajustado no mês subsequente ao do aniversário do segurado, conforme tabela de variação constante no Orçamento, sem prejuízo da aplicação do reajuste dos demais índices previstos no Contrato.

16.2.4. O previsto no item 16.2.3 se aplica também nas hipóteses em que o Contrato apresente 100 (cem) vidas ou mais e a Estipulante opta pela modalidade “custo por faixa etária”. Neste caso, a tabela de variação será aquela constante no Aditamento às Condições Gerais nº 01.

17. REAVALIAÇÃO DO PRÊMIO MENSAL

Serão aplicadas as seguintes condições na reavaliação do prêmio mensal:

- a) O prêmio mensal será reajustado a cada 12 (doze) meses, conforme legislação vigente, de forma cumulativa, sendo o índice composto por reajuste financeiro e técnico;
- b) O valor do prêmio mensal também estará sujeito à variação por mudança de faixa etária dos segurados, conforme a regra abaixo:

17.1. REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA

17.1.1 Para os contratos com número inferior a 100 (cem) segurados na data de início de vigência do seguro, o valor do prêmio mensal será reajustado de acordo com os percentuais de aumento por faixa etária, determinados no item Estabelecimento de Faixa Etária das Condições Gerais do seguro.

17.1.1.1. Os prêmios mensais dos segurados com vínculo inativo, ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa e aposentados são fixados em função da idade, portanto, estarão sujeitos ao reajuste previsto nesta cláusula e de acordo com os índices determinados no item Estabelecimento de Faixa Etária das Condições Gerais do seguro.

17.2. Caso seja constatado que a Estipulante tenha optado pela modalidade “custo por faixa etária” no ato da vigência do seguro, independentemente do número de segurados, o valor do prêmio mensal também estará sujeito ao reajuste por mudança de faixa etária, de acordo com os índices constantes do Estudo Empresarial, parte integrante e indissociável do contrato.

17.2.1. Em havendo a opção pela modalidade “custo por faixa etária” no ato da vigência do seguro, para os segurados com vínculo ativo, a mesma regra se aplicará para os segurados com vínculo inativo, ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa e aposentados.

17.2.2. A empresa Estipulante que não optou pela modalidade “custo por faixa etária”, no ato da contratação do seguro, poderá solicitar Estudo para fins de alteração, o que deverá ser efetuado com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias do aniversário do contrato.

17.2.2.1. Tendo optado pela alteração, o que será processado no aniversário do contrato, a Estipulante fica responsável por comunicar a todos os segurados em planos de inativos (aposentados/demitidos ou exonerados), a nova modalidade de cobrança, encaminhando a nova tabela de preços por faixa etária, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias do vencimento da fatura/boleto.

17.3. REAJUSTE FINANCEIRO

17.3.1. Independente do número de segurados no ato da contratação, o prêmio mensal será reajustado automaticamente com base na variação dos custos dos serviços médico-hospitalares (VCMH), de administração, de comercialização, dos preços dos insumos utilizados na prestação desses mesmos serviços e outras despesas incidentes na operação do seguro.

17.3.2. AUMENTO DA SINISTRALIDADE – CONTRATOS COM 100 OU MAIS SEGURADOS COM COPARTICIPAÇÃO

17.3.2.1. Sempre que o índice de sinistralidade da apólice com 100 (cem) ou mais segurados, conforme verificado no período de apuração, exceder ao patamar de 70% (setenta por cento), o valor do prêmio mensal será reajustado automaticamente, a cada 12 (doze) meses, conforme fórmula abaixo:

$$\text{PRÊMIO REAJUSTADO} = \frac{\text{PRÊMIO ATUAL} \times \left[\frac{\text{SINISTROS OCORRIDOS} - \text{COPARTICIPAÇÃO}}{\text{PRÊMIOS RECEBIDOS} - \text{IOF}} \right]}{0,7}$$

ONDE:

$$\left[\frac{\text{SINISTROS OCORRIDOS} - \text{COPARTICIPAÇÃO}}{\text{PRÊMIOS RECEBIDOS} - \text{IOF}} \right] = \text{SINISTRALIDADE}$$

Sinistros ocorridos - correspondem ao total das despesas assistenciais médico-hospitalares garantidas pelo seguro, ocorridas no período de 12(doze) meses anteriores ao mês de avaliação.

Prêmios recebidos – são os valores efetivamente pagos pela Estipulante no período de 12 (doze) meses anteriores ao mês de avaliação.

17.3.2.2. Para os contratos que não houver a contratação de coparticipação, desconsiderar a dedução do evento, para fins do cálculo da sinistralidade.

17.3.2.3. A reavaliação do prêmio mensal considerará os sinistros avisados e os prêmios recebidos de todos os segurados vigentes, inclusive aqueles decorrentes da continuidade de cobertura dos aposentados e demitidos que gozaram dos benefícios previstos nas Condições Gerais.

17.3.2.4. Na primeira avaliação, os dois primeiros meses de sinistro e prêmio serão desconsiderados para apuração do reajuste dos prêmios.

17.3.2.5. Caso seja constatado, no período de apuração, que o contrato apresenta menos de 100 (cem) segurados, o reajuste anual (financeiro e por sinistralidade) será efetuado de acordo com o agrupamento de contratos.

17.3.2.6. A **Seguradora** disponibilizará à **Estipulante**, no portal do cliente, o relatório oficial com os resultados das apurações que justificam a aplicação do reajuste.

17.3.3. AUMENTO DA SINISTRALIDADE – CONTRATOS COM MENOS DE 100 (CEM) SEGURADOS COM COPARTICIPAÇÃO

17.3.3.1. Sempre que o índice de sinistralidade dos contratos agregados ao agrupamento, conforme verificado no período de apuração, exceder ao patamar de 70% (setenta por cento), o prêmio mensal será reajustado automaticamente, a cada 12 (doze) meses, conforme fórmula abaixo:

$$\text{PRÊMIO REAJUSTADO} = \text{PRÊMIO ATUAL} \times \left[\frac{\text{SINISTROS OCORRIDOS} - \text{COPARTICIPAÇÃO}}{\text{PRÊMIOS RECEBIDOS} - \text{IOF}} \right]$$

0,7

ONDE:

$$\left[\frac{\text{SINISTROS OCORRIDOS} - \text{COPARTICIPAÇÃO}}{\text{PRÊMIOS RECEBIDOS} - \text{IOF}} \right] = \text{SINISTRALIDADE}$$

Sinistros ocorridos - correspondem ao total das despesas assistenciais médico-hospitalares garantidas pelo seguro, ocorridas no período de 12(doze) meses anteriores ao mês de avaliação.

Prêmios recebidos – são os valores efetivamente pagos pela **Estipulante** no período de 12 (doze) meses anteriores ao mês de avaliação.

17.3.3.2. Para os contratos que não houver a contratação de coparticipação, desconsiderar a dedução do evento, para fins do cálculo da sinistralidade.

17.3.3.3. A reavaliação do prêmio mensal considerará os sinistros ocorridos e prêmios recebidos de todos os segurados vigentes que integram o agrupamento de contratos, inclusive aqueles decorrentes da continuidade de cobertura dos aposentados e demitidos que gozaram dos benefícios previstos nas Condições Gerais.

17.3.3.4. O percentual do reajuste a ser aplicado para todos os contratos agregados ao agrupamento será único.

17.3.3.5. O contrato será avaliado por ocasião da data de sua assinatura/mês de aniversário para fins de formação do agrupamento. No caso de integrar o agrupamento nos termos desta cláusula, sofrerá o reajuste do agrupamento no período subsequente.

17.3.3.5.1. O percentual de reajuste calculado será aplicado, durante o período de Maio do ano de apuração a Abril do ano subsequente ao período de apuração.

17.3.3.6. A **Seguradora** divulgará e manterá em seu portal eletrônico na internet, o percentual de reajuste apurado para os contratos agregados ao agrupamento, com a identificação dos seus respectivos números.

17.3.3.7. A aplicação do percentual de reajuste apurado independe de autorização prévia da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, sendo que a **Seguradora** comunicará ao órgão regulador, no prazo devido, os reajustes aplicados.

17.3.3.8. Caso no período de apuração seja verificado que a apólice deixou de possuir o número de segurados estipulados nesta cláusula, o reajuste por sinistralidade será calculado de acordo com as informações econômico-financeiras de forma individualizada por apólice, ou seja, este contrato não integrará o agrupamento de contratos nos próximos 12 (doze) meses.

17.3.4. ALTERAÇÃO SENSÍVEL NA CONSTITUIÇÃO DO GRUPO SEGURADO

17.3.4.1. Sempre que a análise da composição etária resultar em uma diferença percentual superior a 5% (cinco por cento), o prêmio será automaticamente reajustado pela seguinte fórmula:

$$\text{DIFERENÇA PERCENTUAL} = \left[\frac{\text{PRÊMIO MÉDIO COM FAIXA ETÁRIA ATUALIZADA}}{\text{PRÊMIO MENSAL VIGENTE}} - 1 \right] \times 100$$

18. PAGAMENTO DO PRÊMIO MENSAL

18.1. O valor a ser pago pela cobertura assistencial contratada será pré-estabelecido.

18.2. A **Estipulante** não poderá fazer distinção quanto ao valor do prêmio entre os segurados que vierem a ser incluídos no seguro saúde e aqueles a este já vinculados.

18.3. Em conformidade com os normativos vigentes a **Estipulante**, na qualidade de responsável pelo seguro e representante dos segurados, deverá apresentar ao segurado titular o valor correspondente ao seu custo por faixa etária.

18.4. O prêmio mensal estipulado na data de início da vigência do seguro será aquele estabelecido na tabela de valores por faixa etária da **Seguradora**, constante das Condições Particulares do Estudo, para cada segurado titular e segurado dependente.

18.5. O pagamento do prêmio mensal é de responsabilidade da **Estipulante**, exceto nas hipóteses previstas nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/1998.

18.6. Os prêmios mensais deverão ser pagos, até a data do seu vencimento, nos estabelecimentos bancários ou outros locais indicados pela **Seguradora**. Ocorrendo o vencimento no sábado, domingo ou feriado, o pagamento poderá ser efetuado no 1º (primeiro) dia útil subsequente.

18.6.1. A **Estipulante** deverá comunicar a **Seguradora** sempre que não acusar o recebimento da fatura até 5 (cinco) dias úteis antes da data de vencimento prevista nas Condições Particulares do Seguro.

18.6.2. Nenhum pagamento do prêmio será reconhecido pela **Seguradora** se a **Estipulante** não possuir comprovante autenticado por estabelecimento bancário ou pela Seguradora, exceto nos casos de esclarecimentos fornecidos diretamente pelos bancos à **Seguradora**.

18.6.3. Sobre o prêmio mensal pago após a data de seu vencimento incidirá multa de 2% (dois por cento) sobre o seu valor original e juros de mora, a razão de 1% (um por cento) ao mês ou fração deste, calculada em função dos dias de atraso.

18.7. O pagamento de um prêmio mensal não quita prêmios anteriores nem dá ao segurado direito à cobertura objeto do seguro, caso algum prêmio de mês anterior não tenha sido quitado. A **Estipulante** reconhece, para todos os efeitos legais, como dívida líquida e certa em favor da **Seguradora** o prêmio mensal pendente.

18.8. Caso a **Estipulante** deixe de apresentar, em determinado mês, documento que comprove as inclusões e exclusões de segurados bem como a solicitação de alteração até o 20º (vigésimo) dia anterior à data de vencimento da fatura, a **Seguradora** fica autorizada a emitir fatura com base no grupo segurado do mês anterior.

18.8.1. Na hipótese prevista nesta cláusula, o prêmio referente às inclusões será cobrado pró-rata dia.

18.9. Fica ratificado entre as partes que o valor do prêmio, expresso nas Condições Particulares do Seguro, será constituído pela soma dos prêmios individuais por faixa etária dos segurados titulares e dependentes, calculadas com base nos planos contratados e nas características do grupo segurado.

19. SUSPENSÃO E REATIVAÇÃO DA COBERTURA

19.1. Decorrido o prazo de vencimento do prêmio mensal, sem que tenha sido efetuado o respectivo pagamento, as coberturas do seguro ficarão automaticamente suspensas, independentemente de interpelação judicial ou extrajudicial, responsabilizando-se a **Estipulante** pelas despesas ocorridas durante o período de suspensão.

19.2. Ocorrendo a suspensão das coberturas, os prêmios devidos podem ser pagos até o 30º (trigésimo) dia posterior ao vencimento da parcela em atraso, hipótese em que a cobertura será reativada para os eventos ocorridos a partir do 1º (primeiro) dia subsequente ao pagamento do prêmio em atraso.

19.3. Na hipótese de reativação da cobertura do seguro pela regularização do pagamento do(s) prêmio(s) em atraso, não haverá cobertura para qualquer tratamento ou serviço, ocorrido ou iniciado durante o período de suspensão da cobertura, mesmo que o tratamento venha a ser concluído após a regularização do pagamento.

19.4. Decorridos 30 (trinta) dias da data de vencimento e não ocorrendo o pagamento do prêmio mensal, o seguro estará automaticamente cancelado e a cobertura não poderá ser reativada.

19.5. Na hipótese da **Estipulante**, na qualidade de Empresário Individual, não apresentar os documentos que comprovem a sua inscrição nos órgãos competentes, listados no item - Comprovação de Regularidade da Estipulante das Condições Gerais, a **Seguradora** poderá rescindir unilateralmente o contrato, com 60 (sessenta) dias de antecedência, com observância das disposições constantes na cláusula 20.1, alínea e).

20. CANCELAMENTO DA APÓLICE DO SEGURO

20.1. Sem prejuízo de outras penalidades legais cabíveis, a Apólice de Seguro será cancelada, independentemente de interpelação judicial, sem indenização ou devolução dos prêmios pagos a Estipulante, nas seguintes situações:

- a) Caso o segurado não fizer declarações verdadeiras e completas, omitindo circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa de prêmio, conforme estabelecido no artigo 766 do Código Civil;
- b) A **Seguradora** poderá suspender ou rescindir unilateralmente a Apólice de Seguro por fraude ou não pagamento do prêmio mensal por período superior a 30 (trinta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência;
- c) Quando o número de vidas que compõe o grupo segurado for inferior aos percentuais de manutenção estabelecidos no item - Índice de Adesão descrito nestas Condições Gerais, ou quando a composição do grupo segurado ou a natureza dos riscos vier a sofrer alterações, que torne inviável a sua manutenção pela **Seguradora** e que não haja acordo para reajuste dos prêmios;
- d) Por iniciativa da Seguradora ou da Estipulante com 60 (sessenta) dias de aviso prévio, desde que a Apólice tenha no mínimo 12 (doze) meses de vigência. Neste caso não serão admitidas movimentações no seguro, bem como inclusões de novos segurados.
- e) Por iniciativa da **Seguradora**, com 60 (sessenta) dias de aviso prévio, quando constatada a ilegitimidade da empresa **Estipulante**, na qualidade de Empresário Individual, pelo fato de não comprovar, quando do aniversário da apólice e dentro desse período de aviso prévio, a manutenção da sua inscrição nos órgãos competentes, bem como sua regularidade cadastral junto à Receita Federal, de acordo com sua forma de constituição.

21. EXCLUSÃO DE SEGURADO TITULAR

- a) Quando a **Estipulante** solicitar por meio de formulário próprio a sua exclusão;
- b) Pelo término do vínculo com a **Estipulante**, ressalvadas as condições de demitidos sem justa causa e aposentados em planos contributários, nos termos da lei, cabendo a **Estipulante** comunicar aos segurados as condições de exercício do direito e de acordo com os artigos 30 e 31 da Lei nº 9656 de 1998;
- c) Pelo cancelamento do presente seguro;
- d) Por fraude praticada pelo segurado titular, ou inobservância das obrigações estabelecidas por lei ou nestas Condições Gerais.

21.1. EXCLUSÃO DE SEGURADO DEPENDENTE

- a) Pela perda da condição de dependência;
- b) Pela exclusão do segurado titular;
- c) Por fraude praticada pelo segurado dependente ou inobservância das obrigações estabelecidas por Lei ou nestas Condições Gerais.

22. DEMITIDOS E APOSENTADOS EM PLANOS CONTRIBUTÁRIOS

22.1. Ao segurado titular que contribuir para o seguro saúde, em decorrência de vínculo empregatício, no caso de rescisão, exoneração do contrato de trabalho, sem justa causa, ou aposentadoria, é assegurado o direito de manter sua condição de segurado – e dos segurados dependentes a ele vinculados – no mesmo contrato de seguro saúde e nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral, conforme disposto nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/1998, observada a Resolução Normativa 279/2011 e suas posteriores alterações.

22.1.1. Para fins dos direitos previstos nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998 e normativos vigentes, considera-se contribuição qualquer valor pago pelo segurado titular, inclusive, com desconto em folha de pagamento, para custear parte ou a integralidade do prêmio mensal do seguro saúde oferecido pelo Empregador em decorrência de vínculo empregatício.

22.1.2. Não serão considerados como contribuição os valores relacionados aos dependentes, quando houver, e a coparticipação do segurado paga única e exclusivamente em procedimentos como fator de moderação na utilização dos serviços de assistência.

22.2. Ao empregado aposentado que continuar trabalhando na mesma empresa e venha a se desligar da Estipulante, no momento de seu desligamento, será garantido o direito de manutenção na condição de segurado inativo

aposentado, observado o disposto no artigo 31 da Lei nº 9656/1998, bem como a Resolução Normativa 279/2011 e suas posteriores alterações.

22.3. O período de manutenção da condição de segurado para ex-empregado demitido, exonerado, sem justa causa, ou aposentado observará os prazos abaixo:

SEGURADO TITULAR	PERÍODO MÁXIMO
Demitido sem justa causa que contribuiu com o pagamento do seguro saúde	1/3 (um terço) da permanência no seguro, com um mínimo assegurado de 6 (seis) meses e máximo de 24 (vinte e quatro) meses.
Aposentado que contribuiu com o pagamento do seguro saúde pelo prazo mínimo de 10 (dez) anos	Indeterminado
Aposentado que contribuiu com o pagamento do seguro saúde por prazo inferior a 10 (dez) anos	1 (um) ano para cada ano de contribuição

22.4. A manutenção da condição de segurado está garantida a todos os dependentes do segurado titular inscritos quando da vigência do contrato de trabalho, podendo o direito ser exercido individualmente pelo ex-empregado ou com parte do seu grupo familiar.

22.4.1. Fica garantida a possibilidade de inclusão de novo cônjuge e filhos do ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado no período de manutenção da condição de segurado dependente.

22.4.2. Em caso de morte do titular, é assegurado o direito de manutenção aos seus dependentes cobertos pelo seguro saúde, nos termos do disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998, observada a Resolução Normativa 279/2011 e suas posteriores alterações.

22.4.3. O direito de manutenção de que trata esta cláusula não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho ou acordos coletivos de trabalho.

22.5. DAS OBRIGAÇÕES NOS CONTRATOS DE PLANOS CONTRIBUTÁRIOS

22.5.1. A Estipulante, no ato da comunicação do aviso prévio ou aposentadoria, deverá comunicar por escrito ao segurado titular o direito de manutenção no seguro saúde, observadas as mesmas condições de cobertura assistencial, reajuste, preço, faixa etária e fator moderador, de que gozava durante a vigência do contrato de trabalho.

22.5.2. Para o exercício do direito previsto nesta cláusula o ex-empregado demitido ou aposentado deverá optar pela manutenção do benefício no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da comunicação do empregador, formalizada no ato da concessão do aviso prévio, a ser cumprido ou indenizado, ou da comunicação da aposentadoria.

22.6. A Estipulante se compromete a fornecer a Seguradora, no ato da exclusão do segurado, as seguintes informações:

- a) Foi excluído por demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria;
- b) Contribuía para o pagamento do plano privado de assistência à saúde e por quanto tempo;
- c) Optou pela sua manutenção como segurado ou se recusou a manter esta condição;
- d) Era aposentado antes de sua demissão.

22.6.1. A Seguradora somente providenciará a exclusão do segurado no seguro saúde após a confirmação das informações previstas nesta cláusula.

22.6.2. A inscrição do segurado demitido ou aposentado será efetivada mediante a apresentação a Seguradora dos documentos abaixo:

- a) Formulário “Declaração Opcional do Plano de Saúde” - fornecido pela Porto Seguro – Seguro Saúde;
- b) Cópia da rescisão homologada;
- c) Cópia dos comprovantes das 3 (três) últimas contribuições para o plano de ativos;

d) Cópia do documento que comprove a condição de aposentado do segurado, se for o caso.

22.7. A Estipulante se responsabiliza pela comunicação aos segurados contribuintes, do direito de serem mantidos no seguro saúde nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, bem como pela veracidade das informações prestadas a Seguradora no ato da exclusão do segurado.

22.7.1. O descumprimento desta cláusula sujeitará a Estipulante ao pagamento do valor correspondente a todas as perdas e danos sofridos pela Seguradora.

22.8. Os períodos de contribuição do ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado serão considerados, para fins de aplicação dos direitos previstos nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656/1998, no caso de oferecimento de plano privado de assistência a saúde pelo empregador mediante a contratação sucessiva de mais de uma Seguradora.

22.9. A contribuição do empregado, relativa ao pagamento do prêmio mensal do seguro saúde oferecido sucessivamente em decorrência de vínculo empregatício estabelecido com empresas que foram submetidas a processo de fusão, incorporação, cisão ou transformação, será considerada para fins de aplicação dos direitos previstos nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/1998 como contribuição para um único plano privado de assistência à saúde, ainda que ocorra rescisão do contrato de trabalho.

22.10. É assegurado ao ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado ou seus dependentes vinculados ao seguro saúde, o direito de exercer a portabilidade especial de carências para plano individual ou familiar ou coletivo por adesão em outras Seguradoras, nos termos do disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998, observada a Resolução Normativa 279/2011 e suas posteriores alterações.

22.11. EXTINÇÃO DO DIREITO ASSEGURADO NOS ARTIGOS 30 E 31 DA LEI Nº 9.656/1998.

22.11.1. O direito assegurado nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998 se extingue na ocorrência de qualquer das hipóteses abaixo:

a) pelo decurso dos prazos previstos nestas Condições Gerais;

b) pela admissão do segurado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado em novo emprego, considerado novo vínculo profissional que possibilite o ingresso do ex-empregado em outro plano de assistência a saúde coletivo empresarial, coletivo por adesão ou de autogestão;

c) pelo cancelamento do seguro saúde pelo empregador que concede este benefício a seus empregados ativos e ex-empregados;

d) caso não ocorra o pagamento do prêmio decorridos 30 (trinta) dias da data de vencimento, consecutivos ou não, o segurado estará automaticamente cancelado e a cobertura não poderá ser reativada.

22.11.2. Na hipótese de cancelamento do seguro saúde pelo empregador que concede este benefício a seus empregados ativos e ex-empregados ou ao término do prazo assegurado no item 22.3, a Seguradora está desobrigada a oferecer a continuidade do plano de assistência à saúde em um plano individual, na forma do artigo 3º da Resolução CONSU nº 19 de 25 de março de 1999 e suas alterações.

23. DISPOSIÇÕES FINAIS

23.1. São partes integrantes do contrato, para os devidos fins, os Cartões Propostas, as Condições Particulares referentes ao Plano de Assistência à Saúde contratado, o Estudo, o Orçamento, a Tabela de Preço, a Tabela Porto Seguro de Reembolso - TPSR, registrada em cartório, o Aditamento Contratual, o Guia de Leitura Contratual, o Manual de Orientação para Contratação de Plano de Saúde e as Declarações de Saúde, quando solicitadas.

23.2. A partir do 1º (primeiro) dia de cancelamento do seguro, cessa para todos os efeitos legais a responsabilidade da Seguradora pelos atendimentos, passando imediatamente a ser de responsabilidade da Estipulante todas as despesas devidas após esta data.

23.3. O segurado tem ciência e permite que a Seguradora, por meio de um profissional médico indicado por ela, consulte qualquer entidade de direito público ou privado, pessoas físicas ou jurídicas, com objetivo de obter informações relacionadas à cobertura deste seguro.

23.4. O segurado concorda em realizar exames ou perícia médica a qualquer tempo, quando que solicitado pela Seguradora.

23.5. A Seguradora, observada a legislação vigente, poderá solicitar à Estipulante, informações ou documentos exigidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS dos funcionários inscritos no seguro saúde.

23.6. Nenhuma responsabilidade caberá a Seguradora por atos profissionais dolosos, culposos ou acidentais, danosos ao segurado, resultantes de procedimentos médicos, hospitalares ou laboratoriais, prestados em hospitais, clínicas ou serviços congêneres utilizados pelo segurado.

23.7 A Estipulante na qualidade de representante dos seus segurados perante a Seguradora, decorrente do contrato de seguro firmado entre as partes se responsabiliza pelo pagamento das despesas sem cobertura contratual, custeadas pela Seguradora por força de processo judicial e/ou administrativo.

23.8. A Estipulante autoriza a Seguradora a utilizar a título gratuito, durante a vigência do contrato, o seu nome e logotipo em materiais de divulgação que façam menção a Estipulante como integrante da carteira de clientes da Seguradora.

23.9. Fica definido que para integrar o agrupamento, o contrato deverá ter menos de 100 (cem) segurados, no período de apuração, sendo certo que, caso a Operadora opte por alterar a quantidade de segurados estipulada para a formação do agrupamento de contratos, deverá promover aditamento contratual.

23.10. A quantidade de segurados, definida para fins de agrupamento, vale para todos os contratos da Seguradora.

23.11. No primeiro ano de vigência do contrato será considerada a data de assinatura do contrato, para fins de apuração da quantidade de segurados e as posteriores serão a data de aniversário do contrato.

23.12. O percentual de reajuste calculado para o agrupamento de contratos deverá ser único, sendo vedada qualquer variação no percentual apurado para fins de aplicação de reajustes dos contratos integrantes do agrupamento, inclusive, entre planos dentro de um mesmo contrato. O percentual ficará vigente durante o período de Maio do ano corrente da apuração a Abril do ano subsequente ao período de apuração.

23.12.1 Para fins do disposto no item anterior também fica vedada a variação do percentual de reajuste para os segurados vinculados a mesma pessoa jurídica integrante do agrupamento, ainda que vinculados a outro plano contratado.

23.13. As partes têm justo e contratado na melhor forma de direito, que na hipótese de alteração dos normativos vigentes, este seguro será automaticamente adequado.

23.14. As cláusulas destas Condições Gerais poderão ser revistas e alteradas por mútuo acordo entre as partes, mediante a assinatura do instrumento de aditamento.

23.15. Fica eleito o foro de domicílio da Estipulante para dirimir quaisquer dúvidas oriundas do presente seguro.