

Curitiba, 29 de março de 2023.

Ao Sindicato dos Servidores do Ministério Público - SINDSEMP MA

Ref. Contrato de prestação de serviços de administração de benefícios: Planos de saúde coletivos por adesão: Operadora: SUL AMÉRICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE:

Assunto: Comunicação da Operadora da criação de nova grade de produtos de assistência médica hospitalar, modalidade plano de saúde coletivo por adesão, a serem oferecidos em mercado e suspensão da comercialização dos planos anteriores:

Prezados Senhores,

Reportamo-nos ao contrato de prestação de serviços celebrado pela nossa empresa, EXTRAMED ADMINISTRAÇÃO E SERVIÇOS MÉDICOS LTDA. – (“EXTRAMED”), com Vossas Senhorias, através do qual prestamos serviços de administração de planos de saúde coletivos por adesão, os quais são disponibilizados para a adesão dos associados da vossa Entidade.

Ao ensejo, informamos que recebemos comunicação da Operadora SUL AMÉRICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE – (“SUL AMÉRICA”), dando conta da criação de nova grade de produtos de assistência médica hospitalar para a modalidade planos de saúde coletivos por adesão, bem como da determinação para que seja suspensa a comercialização dos planos anteriores.

Nessas condições, encaminhamos em anexo informativo contendo as principais características dos novos planos disponibilizados pela SUL AMÉRICA para a comercialização, acompanhado das tabelas de preço.

Registramos, por oportuno, que a determinação de suspensão é apenas quanto à comercialização, isto é, para novas adesões, que não serão mais possíveis de serem implantadas nos planos anteriores. Contudo, o atendimento aos usuários e dependentes que já integram os planos anteriores permanecerá normalmente, sem qualquer alteração, nas condições dos contratos e/ou apólices relativos aos referidos planos.

Destacamos, também, que na nossa equipe de relacionamento está à inteira disposição de Vossas Senhorias e dos associados para prestar quaisquer outros esclarecimentos que porventura se façam necessários.

Sendo o que nos cumpria para o momento, com elevada estima e apreço, subscrevemo-nos.

Atenciosamente,



**EXTRAMED ADMINISTRAÇÃO E SERVIÇOS MÉDICOS LTDA.
INFORMAÇÕES SOBRE OS NOVOS PLANOS DISPONIBILIZADOS PELA SUL AMÉRICA -
COLETIVO POR ADESÃO**

1. CARACTERÍSTICAS DA APÓLICE E/OU PLANO

1.1 A Apólice e/ou Plano se estabelece sob as seguintes condições:

- a) **ESPÉCIE DE APÓLICE E/OU PLANO** – Contrato de Plano de Assistência à Saúde Coletivo por Adesão;
- b) **ESTIPULANTE** – Extramed Administração e Serviços Médicos, registrada na ANS sob o número 41420-4 como Operadora classificada na modalidade Administradora de Benefícios;
- c) **OPERADORA PRINCIPAL** – Sul América Companhia de Seguro Saúde, registro ANS 006246;
- d) **VIGÊNCIA DO PLANO** – De acordo com a data definida para cada portfólio de produtos da operadora
- e) **SEGMENTAÇÃO** – Médico-hospitalar (ambulatorial e hospitalar com obstetrícia);
- f) **ABRANGÊNCIA** – Nacional;
- g) **ASSISTÊNCIA OFERTADA** – Planos Exato Enfermaria, Exato Apartamento, Especial 100 e Executivo, conforme os padrões e registros abaixo:

NOME COMERCIAL DO PLANO NA ANS	PLANOS	REGISTRO NA ANS	PADRÃO DE ACOMODAÇÃO	ABRANGÊNCIA	COPARTICIPAÇÃO
Exato Adesão Trad. 16 F AHO QC	Exato-Enfermaria	476.927/16-9	Quarto Coletivo	Nacional	Não
Exato Adesão Trad. 16 F AHO QP	Exato-Apartamento	476.941/16-4	Apartamento	Nacional	Não
Especial 100 Adesão Trad. 16 F AHO QP	Especial 100 R.1	476.937/16-6	Apartamento	Nacional	Não
	Especial 100 R.2				
	Especial 100 R.3				
Executivo Adesão Trad. 16 F AHO QP	Executivo R.1	476.934/16-1	Apartamento	Nacional	Não
	Executivo R.2				
	Executivo R.3				
Exato Adesão Trad. 16 F AHO QC COP	Exato-Enfermaria	476.942/16-2	Quarto Coletivo	Nacional	Sim
Exato Adesão Trad. 16 F AHO QP COP	Exato-Apartamento	476.939/16-2	Apartamento	Nacional	Sim
Especial 100 Adesão Trad. 16 F AHO QP COP	Especial 100 R.1	476.936/16-8	Apartamento	Nacional	Sim
	Especial 100 R.2				
	Especial 100 R.3				
Executivo Adesão Trad. 16 F AHO QP COP	Executivo R.1	476.932/16-5	Apartamento	Nacional	Sim
	Executivo R.2				
	Executivo R.3				

- g.1) A Apólice e/ou Plano dos Beneficiários Dependentes será sempre o mesmo do Beneficiário Titular;
- g.2) As Apólices e/ou Planos são diferenciados quanto à Rede Referenciada, Padrão de Acomodação Hospitalar e Reembolso conforme a Tabela SulAmérica Saúde.
- h) **COBERTURA** – O objeto deste contrato, em conformidade com a Lei 9.656/98 é a cobertura de custos assistenciais, com a finalidade de garantir a assistência à saúde pela faculdade de acesso e atendimento a profissionais escolhidos, pertencentes ou não a rede referenciada, nos termos e limites do plano contratado. Os custos assistenciais correspondem aos serviços médico-hospitalares, na segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vigente na época do evento, para o tratamento de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde da Organização Mundial de Saúde.
- i) **O ACESSO E ATENDIMENTO POR PROFISSIONAIS NÃO INTEGRANTES A REDE REFERENCIADA, É DIFERENCIADO POR PLANO DISPONIBILIZADO PELA SEGURADORA PARA CONTRATAÇÃO. AS CONDIÇÕES E PROCEDIMENTOS REEMBOLSÁVEIS ESTÃO DESCRITOS NAS CARACTERÍSTICAS ESSENCIAIS DE CADA PLANO CONSTANTES NAS CONDIÇÕES GERAIS DA OPERADORA.**

Tabela de Múltiplos de Reembolso

PLANOS	SEGURADO NÃO INTERNADO		SEGURADO INTERNADO			Valor da USR – Unidade de Serviço de Reembolso
	Consultas Médicas	Diagnose/ Terapia e Demais Procedimentos Ambulatoriais	Honorários Médicos	Diárias e Despesas Hospitalares	SADT*	
Exato-Enfermaria	1,80	0,60	0,60	0,60	0,60	0,47500
Exato-Apartamento	1,80	0,60	1,20	0,60	0,60	0,47500
Especial 100 R.1	3,40	1,00	2,00	1,00	1,00	0,47500
Especial 100 R.2	4,70	1,00	3,60	1,00	1,00	0,47500
Especial 100 R.3	6,70	3,00	5,30	1,00	3,00	0,47500
Executivo R.1	7,50	3,00	5,30	4,00	3,00	0,47500
Executivo R.2	9,50	3,00	10,60	4,00	3,00	0,47500
Executivo R.3	12,70	4,00	12,70	4,00	4,00	0,47500

*SADT = Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia.

j) **DOENÇAS OU LESÕES PREEXISTENTES** – Serão aplicadas à Apólice e/ou Plano, quando necessário, a cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária, nos casos de doenças ou lesões preexistentes, nos termos da regulamentação específica.

k) **ELEGIBILIDADE**

Para atender aos dispositivos regulamentares e as condições gerais da apólice em nome do Estipulante o grupo elegível será composto dos seguintes;

a. **Titular:**

Exclusivamente Associados, Filiados ou Sindicalizados ativos junto a Sub-Estipulante que mantenha vínculo com a Extramed.

b. **Dependentes:**

Exclusivamente o cônjuge ou companheiro(a), os filhos solteiros ou adotivos do Segurado Titular. Equiparam-se a filhos, o enteado e o menor que esteja sob a guarda ou tutela do Segurado Titular por determinação judicial.

2. PAGAMENTO DAS CONTRAPRESTAÇÕES E INADIMPLÊNCIA

2.1 O prêmio mensal será constituído pela soma dos prêmios individuais do titular e de seus dependentes, acrescidos dos encargos previstos na legislação vigente.

2.2 O segurado pagará o prêmio mensal mais os encargos previstos na legislação vigente, correspondente à faixa etária do plano de seguro contratado (titular+dependentes), na data do vencimento mensal indicado no documento de cobrança, que corresponde ao dia 01 (primeiro) do mês da vigência em cobrança bancária em favor do Estipulante.

2.3 O valor do prêmio inicial mensal relativo a cada segurado definido na vigência do contrato, está expresso na Proposta de Adesão Seguro Saúde Coletivo por Adesão, que é parte integrante deste contrato de seguro.

2.4 O prêmio mensal será estabelecido considerando o plano contratado e as faixas etárias, as quais estão definidas de acordo com a Resolução Normativa n.º 63, conforme descrito a seguir:

- 0 (zero) a 18 (dezoito) anos;
- 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos;
- 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos;
- 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos;
- 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos;
- 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos;
- 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos;
- 49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos;
- 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos;
- 59 (cinquenta e nove) anos ou mais.

2.4.1 O reajuste por mudança de faixa etária para os contratos firmados sob a vigência do presente Aditivo, será realizado nos moldes da tabela abaixo:

FAIXA ETÁRIA	PERCENTUAIS (TODOS OS PLANOS)
0 a 18 anos	0,00%
19 a 23 anos	37,72%
24 a 28 anos	8,62%
29 a 33 anos	18,66%
34 a 38 anos	9,10%
39 a 43 anos	10,69%
44 a 48 anos	14,27%
49 a 53 anos	22,99%
54 a 58 anos	24,51%
59 anos ou +	59,95%

2.5 O pagamento da fatura perante a Seguradora é de responsabilidade do Estipulante de acordo com as cláusulas contratuais.

2.6 O pagamento de prêmio mensal pelo segurado não quita eventuais débitos anteriores.

2.7 Se o Estipulante não identificar o pagamento de qualquer prêmio mensal vencido, poderá solicitar a comprovação do pagamento devidamente validada por estabelecimento bancário.

2.8 Os prêmios não pagos até a data do vencimento serão acrescidos de 2% (dois por cento) de multa e 1% (um por cento) ao mês de juros de mora, além de acréscimos decorrentes da aplicação de índices inflacionários oficiais, nos termos permitidos pela legislação vigente. **Vencido o limite de prazo para pagamento consignado no documento de cobrança, o valor do prêmio mensal, acrescido de multa e do juro aqui estabelecidos, será lançado no documento de cobrança do mês subsequente, acumulando-se, portanto, duas mensalidades que deverão ser quitadas em conjunto e pelo total.**

2.9 O contrato poderá ser rescindido pelo Estipulante, sem devolução dos prêmios pagos, toda vez que o segurado tornar-se inadimplente por um período superior a 30 (trinta) dias, uma vez esgotado o prazo final para quitação bancária fixado no boleto de cobrança.

2.10 O atraso no pagamento do prêmio mensal implicará na suspensão automática do direito às coberturas do seguro a partir do 1º (primeiro) dia de inadimplência do Segurado em relação ao Estipulante/Administradora de Benefícios.

2.11 O Prêmio mensal deverá ser pago pelo Segurado antes da utilização das coberturas contratadas

2.12 O atraso no pagamento do prêmio mensal por período superior a 30 (trinta) dias, resultará no cancelamento automático do seguro.

3. REAJUSTES CONTRATUAIS

Estão previstos para este contrato, os reajustes dos prêmios nas seguintes modalidades: financeiro e por sinistralidade, na forma estabelecida nas subcláusulas a seguir. Podendo os mesmos serem aplicados cumulativamente.

3.1 Reajuste Financeiro do Prêmio

O valor do prêmio mensal será reajustado anualmente **no aniversário da Apólice Mestre Estipulada pela Extramed (de acordo com a data definida para cada portfólio de produtos da operadora), independente da data de início individual de cada segurado**, com base na Variação dos Custos Médico-Hospitalares-VCMH, de administração, de comercialização e de outras despesas incidentes sobre a operação do seguro. Esta variação é calculada pela Seguradora conforme normas da ANS e devidamente auditado por empresa de auditoria independente.

3.2 Reajuste do Prêmio em Função da Sinistralidade

A apuração da sinistralidade será aferida anualmente, para, se necessário, **aplicação no mês de acordo**

com a data definida para cada portfólio de produtos da operadora, em função da sinistralidade da Apólice Mestra estipulada pela Extramed, independente da data de início individual de cada segurado.

3.2.1 Será feita uma única apuração para a Apólice Mestra (de acordo com a data definida para cada portfólio de produtos da operadora), independente da data de adesão de cada segurado. Caso seja apurada necessidade de reajuste do prêmio em função da sinistralidade este será aplicado sobre a totalidade do grupo da Apólice Mestra.

3.2.2 O prêmio do seguro será reajustado sempre que o índice de sinistralidade apurada estiver acima de 0,70 (setenta centésimos).

3.2.3 Na apuração da sinistralidade serão considerados os valores de sinistros pagos, mais sinistros avisados e não pagos, e prêmios relativos ao período de 12 (doze) meses anteriores ao mês de apuração.

3.2.4 Na soma dos prêmios serão descontados os impostos incidentes sobre o valor cobrado.

3.2.5 Não serão considerados os prêmios e sinistros dos três primeiros meses de vigência do contrato.

3.2.6 O cálculo do prêmio novo, será obtido conforme a seguinte fórmula:

$$\text{PN} = \frac{\text{PA} \times \text{ISPPA}}{0,70}$$

Na qual:

PN= Prêmio Novo

PA = Prêmio Atual

ISPPA= Índice de Sinistro Pago/Prêmio

0,70 = Índice Máximo de Sinistralidade

3.2.7 O valor do prêmio recalculado por força do que dispõe o “caput” e na formula estabelecida pelo item 3.2.6, será devido a partir da mensalidade com vencimento em 01 (de acordo com a data definida para cada portfólio de produtos da operadora)..

3.2.8 As apurações subsequentes ao do primeiro período, serão realizadas sucessivamente, considerando os 12 (doze) meses seguintes ao do último prêmio avaliado.

3.2.9 A Seguradora reserva-se o direito, de realizar periodicamente as apurações do resultado do índice de sinistralidade, respeitando o prazo mínimo de 12 (doze) meses, para a efetiva aplicação do reajuste.

3.3 Conforme dispõe a regulamentação vigente, qualquer reajuste aplicado ao contrato, nas modalidades citadas nas cláusulas anteriores, é informado à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS em até 30 (trinta) dias após a sua aplicação.

4. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE E/OU PLANO

4.1 O período de vigência da Apólice e/ou Plano será de 12 (doze) meses, contados, de forma única para todos os Beneficiários vinculados à **SUB-ESTIPULANTE**, a partir da data de aniversário informada na Proposta de Adesão da **SUB-ESTIPULANTE**. A renovação da Apólice e/ou Plano será automática, caso não haja desistência da **ESTIPULANTE** com antecedência mínima de 60 (sessenta) ao término da vigência, ou o cancelamento da Apólice e/ou Plano pela **OPERADORA PRINCIPAL**, com a mesma antecedência.

4.2 No caso de inclusão de novos Beneficiários, em data que não seja coincidente com a data de renovação da Apólice e/ou Plano, a Apólice e/ou Plano terá, no primeiro ano, vigência inferior a 12 (doze) meses.

4.3 As coberturas contratuais serão disponibilizadas aos Beneficiários a partir de zero hora do primeiro dia do mês posterior ao mês de pagamento da primeira contraprestação mensal, após a aceitação da Proposta de Adesão pela **OPERADORA PRINCIPAL**.

4.4 Não haverá cobrança de qualquer taxa no ato de renovação da vigência da Apólice e/ou Plano.

5. CANCELAMENTO DA APÓLICE E/OU PLANO

5.1 Cancelamento pelo Beneficiário

O contrato poderá ser rescindido por vontade do beneficiário bastando que o mesmo solicite a Extramed ou a Operadora, sendo devidas ao Estipulante as parcelas vencidas até a data da solicitação de cancelamento.

O Beneficiário será responsável pelo pagamento de todas as despesas médico-hospitalares efetuadas indevidamente após o cancelamento do seguro, corrigidas pelo IGPM acumulado no período.

5.2 Cancelamento pela ADMINISTRADORA

A **ADMINISTRADORA** poderá cancelar a vinculação do Beneficiário à Apólice e/ou Plano, sem direito à devolução das contraprestações pagas, caso o Beneficiário torne-se inadimplente no pagamento das contraprestações mensais devidas, observadas as disposições previstas na Cláusula Segunda. O Beneficiário será responsável pelo pagamento de todas as despesas médico-hospitalares efetuadas indevidamente após o cancelamento de sua vinculação à Apólice e/ou Plano, corrigidas pelo IGP-M acumulado no período.

5.3 Cancelamento pela OPERADORA PRINCIPAL

A **OPERADORA PRINCIPAL** poderá cancelar a vinculação do Beneficiário à Apólice e/ou Plano, sem direito à devolução das contraprestações pagas, nas seguintes hipóteses:

- a) Quando o Beneficiário não fizer declarações verdadeiras e completas na Proposta de Adesão ou no Cartão-Proposta, omitindo circunstâncias que possam influir na aceitação da sua vinculação à Apólice e/ou Plano ou no valor da contraprestação mensal, conforme estabelecido no Código Civil; ou
- b) Quando forem identificadas pela **OPERADORA PRINCIPAL** infrações ou fraudes de qualquer natureza, com o objetivo de obter vantagens ilícitas.

5.4 A **OPERADORA PRINCIPAL** poderá optar por não renovar a Apólice e/ou Plano, desde que comunique a **ADMINISTRADORA** com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias da data de renovação da Apólice e/ou Plano.

5.5 A **ADMINISTRADORA** poderá optar por não renovar a Apólice e/ou Plano, desde que comunique a **OPERADORA PRINCIPAL** com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias da data de renovação da Apólice e/ou Plano.

5.6 A rescisão imotivada da Apólice e/ou Plano pela **OPERADORA PRINCIPAL** e/ou pela **ADMINISTRADORA**, sem direito à devolução das contraprestações pagas, somente poderá ocorrer após o transcurso do período de 12 (doze) meses de vigência do contrato principal, mediante comunicação escrita com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, após 12 meses poderá ocorrer a qualquer momento independente da data de renovação da Apólice, se respeitada a comunicação de 60 dias de antecedência.

5.7 O Beneficiário Titular poderá ser excluído da Apólice e/ou Plano nos casos de (i) término do vínculo com a **SUB-ESTIPULANTE**, que se obriga a reportar essa ocorrência, e (ii) prática de infrações ou fraudes com o objetivo de obter vantagens ilícitas.

5.8 O Beneficiário Dependente poderá ser excluído da Apólice e/ou Plano nos casos de (i) perda da condição de dependência definida nas condições gerais da Apólice e/ou Plano e (ii) exclusão do Beneficiário Titular ou cancelamento da sua vinculação à Apólice e/ou Plano.

6. COMPROVAÇÃO DOS VÍNCULOS ENTRE SUB-ESTIPULANTE, BENEFICIÁRIOS E DEPENDENTES FINANCEIROS

Para preservar a integridade do resultado do contrato e validação do grupo segurável previsto em contrato, a **OPERADORA** poderá solicitar a qualquer momento após a implantação do plano, os documentos atualizados que comprovem a relação de vínculo, entre **SEGURADO** e **ESTIPULANTE**, entre **SEGURADO** e **SUB-ESTIPULANTE**, e a relação de dependência financeira entre **SEGURADO** Titular e dependentes.

6.1. Na ocorrência de constatação de perda da dependência financeira entre o **SEGURADO** Titular e seus dependentes ou de qualquer um dos vínculos acima descritos bem como do vínculo associativo do **SEGURADO** com a **SUB-ESTIPULANTE**, que não seja informado para o **ESTIPULANTE** para providência de cancelamento serão tomadas as providências a seguir:

6.1.1 O **SEGURADO** será o responsável pelo pagamento do valor integral de todos os procedimentos realizados por atendimento em Rede Referenciada e Autorizações Prévia ocorridas durante o período de vigência sem o vínculo/dependência, acrescidas de Despesas Administrativas e Financeiras.

6.1.2 A **OPERADORA** providenciará, imediatamente à constatação de divergências, a exclusão do **SEGURADO** no último dia do mês da ocorrência desta constatação.

6.1.3 Será(ão) também excluído(s) do presente contrato o(s) beneficiário(s), quando:

- a) permitir o uso indevido do cartão individual de identificação, seu ou de seus dependentes, seja por dolo ou culpa;
- b) os dependentes perderem a condição que lhes assegurou o direito de inscrição conforme cláusula **m) ELEGIBILIDADE**;
- c) o contrato for rescindido;
- d) por fraude, assim considerada, entre outras circunstâncias, a utilização indevida do cartão individual de identificação, a omissão ou distorção de informações por parte do beneficiário, observado, no que couber, cláusula **m) ELEGIBILIDADE**;
- e) Os beneficiários dependentes serão automaticamente cancelados na mesma data do cancelamento e/ou óbito do titular.

7. CARÊNCIA

Período durante o qual, mesmo ocorrendo o pagamento do prêmio mensal, o Segurado não tem direito a determinadas coberturas.

7.1 As coberturas garantidas neste contrato de seguro, somente terão efeito após o cumprimento dos prazos descritos para o grupo de carência, contados a partir da vigência do Individual de cada Segurado.

7.2 Grupos de Carência

a) Grupo de carência 0:

0 (zero) hora da data de vigência do segurado para acidente pessoal e 24 (vinte e quatro) horas da data de vigência do segurado, para atendimentos de urgência e/ou emergência, incluindo os decorrentes de complicações gestacionais;

b) Grupo de carência 1:

15 (quinze) dias da data de vigência do segurado para consultas médicas, procedimentos ambulatoriais sem necessidade de anestesia ou realizados sob anestesia local, serviços auxiliares de diagnose (exames laboratoriais, raio x simples), ultrassonografia sem doppler em regime ambulatorial e as seguintes terapias: fonoaudiologia, psicoterapia, terapia ocupacional e nutrição, exceto os serviços descritos nos itens subsequentes;

c) Grupo de carência 2:

180 (cento e oitenta) dias da data de início de vigência do Segurado no plano contratado para internações clínicas ou cirúrgicas e em hospital dia, ultrassonografias com doppler, tomografias computadorizadas, tilt tests ressonância magnética, todos os procedimentos de radiologia intervencionistas, medicina nuclear, ecodopplercardiograma, holter cardíaco 24 horas, cateterismo cardíaco, angioplastias, arteriografias, endoscopias e laparoscopias, fisioterapia, oxigenoterapia hiperbárica, quimioterapia, radioterapia, medicamentos antineoplásicos orais definidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, litotripsias, terapias com imunobiológicos e pulsoterapia e todos os demais procedimentos cobertos pelo seguro, excetuando-se os procedimentos descritos nas carências subsequentes;

d) Grupo de carência 3:

300 (trezentos) dias da data de início de vigência do Segurado ao plano contratado para parto a termo.

e) Grupo de carência 4:

180 (cento e oitenta) dias da data de vigência do segurado para transplantes de órgãos e tecidos, todos os procedimentos cirúrgicos associados a OPME/DMI (Órteses,

Próteses, Materiais Especiais/Dispositivos Médicos Implantáveis, além de internações de obesidade mórbida, buco- maxilo e ortopédicas.

f) Grupo de carência 5:

180 (cento e oitenta) dias da data de vigência do segurado para internações psiquiátricas, diálise peritoneal, hemodiálise cirurgias de refração em oftalmologia e acupuntura.

7.4 Para este contrato serão aplicadas as isenções de carência conforme estabelecido pela resolução normativa ANS nº 195.

7.5 Se a Operadora oferecer redução ou isenção de carência, isto não significa que dará cobertura assistencial para as doenças e lesões que o beneficiário saiba ter no momento da assinatura contratual. Cobertura Parcial Temporária não é Carência.

8. TABELA COMERCIAL

As contraprestações mensais individuais, de acordo com os planos e a faixa etária dos Beneficiários, são as seguintes:

8.1 TABELA DE VALORES PLANOS SEM COPARTICIPAÇÃO

TABELA DE VALORES EXTRAMED – MARANHÃO – SEM COPARTICIPAÇÃO (Valor Individual por Pessoa Incluída (1 Beneficiário))								
Faixa Etária	Exato Enfermaria	Exato Apartamento	Especial 100 R.1	Especial 100 R.2	Especial 100 R.3	Executivo R.1	Executivo R.2	Executivo R.3
00-18	890,38	976,90	1.063,89	1.111,75	1.283,03	1.966,93	2.224,88	2.436,42
19-23	1.226,22	1.345,38	1.465,17	1.531,09	1.766,98	2.708,81	3.064,05	3.355,41
24-28	1.331,93	1.461,38	1.591,50	1.663,10	1.919,31	2.942,36	3.328,23	3.644,70
29-33	1.580,45	1.734,04	1.888,42	1.973,38	2.277,42	3.491,34	3.949,20	4.324,70
34-38	1.724,28	1.891,85	2.060,29	2.152,99	2.484,68	3.809,08	4.308,62	4.718,30
39-43	1.908,57	2.094,04	2.280,49	2.383,09	2.750,24	4.216,19	4.769,11	5.222,58
44-48	2.180,96	2.392,91	2.605,96	2.723,20	3.142,75	4.817,92	5.449,75	5.967,94
49-53	2.682,36	2.943,03	3.205,07	3.349,27	3.865,27	5.925,56	6.702,65	7.339,98
54-58	3.339,80	3.664,36	3.990,63	4.170,17	4.812,64	7.377,90	8.345,46	9.138,98
59 ou +	5.341,87	5.861,00	6.382,84	6.669,99	7.697,62	11.800,64	13.348,21	14.617,41

OS VALORES SERÃO REAJUSTADOS POR FÓRMULA CONTRATUAL, DE ACORDO COM A DATA DEFINIDA PARA CADA PORTFÓLIO DE PRODUTOS DA OPERADORA, INDEPENDENTEMENTE DA DATA DE CONTRATAÇÃO.

TABELA DE VALORES EXTRAMED – MARANHÃO – SEM COPARTICIPAÇÃO (Valor Individual por Pessoa Incluída (2 Beneficiários ou mais))								
Faixa Etária	Exato Enfermaria	Exato Apartamento	Especial 100 R.1	Especial 100 R.2	Especial 100 R.3	Executivo R.1	Executivo R.2	Executivo R.3
00-18	809,44	888,11	967,17	1.010,69	1.166,40	1.788,11	2.022,61	2.214,94
19-23	1.114,74	1.223,08	1.331,98	1.391,90	1.606,35	2.462,56	2.785,50	3.050,36
24-28	1.210,86	1.328,53	1.446,81	1.511,91	1.744,84	2.674,88	3.025,66	3.313,36
29-33	1.436,77	1.576,39	1.716,75	1.793,98	2.070,38	3.173,95	3.590,17	3.931,55
34-38	1.567,53	1.719,87	1.873,00	1.957,26	2.258,80	3.462,80	3.916,92	4.289,36
39-43	1.735,06	1.903,68	2.073,17	2.166,44	2.500,22	3.832,90	4.335,55	4.747,79
44-48	1.982,68	2.175,37	2.369,05	2.475,64	2.857,05	4.379,93	4.954,31	5.425,39
49-53	2.438,51	2.675,49	2.913,71	3.044,79	3.513,90	5.386,88	6.093,32	6.672,71
54-58	3.036,18	3.331,25	3.627,85	3.791,06	4.375,14	6.707,19	7.586,77	8.308,17
59 ou +	4.856,25	5.328,18	5.802,59	6.063,63	6.997,85	10.727,87	12.134,71	13.288,55

OS VALORES SERÃO REAJUSTADOS POR FÓRMULA CONTRATUAL, DE ACORDO COM A DATA DEFINIDA PARA CADA PORTFÓLIO DE PRODUTOS DA OPERADORA, INDEPENDENTEMENTE DA DATA DE CONTRATAÇÃO.

8.2 TABELA DE VALORES PLANOS COM COPARTICIPAÇÃO

TABELA DE VALORES EXTRAMED – MARANHÃO – COM COPARTICIPAÇÃO (Valor Individual por Pessoa Incluída (1 Beneficiário))

Faixa Etária	Exato Enfermaria	Exato Apartamento	Especial 100 R.1	Especial 100 R.2	Especial 100 R.3	Executivo R.1	Executivo R.2	Executivo R.3
00-18	667,78	732,68	851,11	889,40	1.026,43	1.750,57	1.980,14	2.168,41
19-23	919,66	1.009,03	1.172,14	1.224,88	1.413,58	2.410,85	2.727,01	2.986,30
24-28	998,96	1.096,03	1.273,20	1.330,48	1.535,46	2.618,71	2.962,12	3.243,78
29-33	1.185,33	1.300,52	1.510,75	1.578,71	1.821,93	3.107,29	3.514,79	3.848,99
34-38	1.293,20	1.418,89	1.648,24	1.722,39	1.987,75	3.390,08	3.834,67	4.199,28
39-43	1.431,42	1.570,54	1.824,40	1.906,48	2.200,20	3.752,41	4.244,50	4.648,09
44-48	1.635,71	1.794,68	2.084,77	2.178,56	2.514,21	4.287,95	4.850,28	5.311,46
49-53	2.011,76	2.207,28	2.564,06	2.679,42	3.092,22	5.273,75	5.965,36	6.532,58
54-58	2.504,85	2.748,28	3.192,52	3.336,14	3.850,12	6.566,34	7.427,46	8.133,69
59 ou +	4.006,40	4.395,76	5.106,29	5.336,01	6.158,10	10.502,57	11.879,90	13.009,50

OS VALORES SERÃO REAJUSTADOS POR FÓRMULA CONTRATUAL, DE ACORDO COM A DATA DEFINIDA PARA CADA PORTFÓLIO DE PRODUTOS DA OPERADORA, INDEPENDENTEMENTE DA DATA DE CONTRATAÇÃO.

TABELA DE VALORES EXTRAMED – MARANHÃO – COM COPARTICIPAÇÃO (Valor Individual por Pessoa Incluída (2 Beneficiários ou mais))

Faixa Etária	Exato Enfermaria	Exato Apartamento	Especial 100 R.1	Especial 100 R.2	Especial 100 R.3	Executivo R.1	Executivo R.2	Executivo R.3
00-18	607,08	666,07	773,74	808,55	933,12	1.591,42	1.800,13	1.971,29
19-23	836,05	917,31	1.065,58	1.113,52	1.285,07	2.191,68	2.479,11	2.714,83
24-28	908,14	996,39	1.157,45	1.209,52	1.395,87	2.380,64	2.692,84	2.948,89
29-33	1.077,57	1.182,30	1.373,40	1.435,19	1.656,31	2.824,81	3.195,27	3.499,08
34-38	1.175,65	1.289,89	1.498,39	1.565,81	1.807,05	3.081,89	3.486,07	3.817,52
39-43	1.301,30	1.427,76	1.658,54	1.733,16	2.000,17	3.411,28	3.858,64	4.225,54
44-48	1.487,02	1.631,52	1.895,25	1.980,51	2.285,64	3.898,13	4.409,34	4.828,60
49-53	1.828,88	2.006,62	2.330,97	2.435,83	2.811,11	4.794,32	5.423,06	5.938,71
54-58	2.277,14	2.498,43	2.902,28	3.032,85	3.500,11	5.969,38	6.752,24	7.394,26
59 ou +	3.642,19	3.996,13	4.642,07	4.850,91	5.598,27	9.547,78	10.799,92	11.826,80

OS VALORES SERÃO REAJUSTADOS POR FÓRMULA CONTRATUAL, DE ACORDO COM A DATA DEFINIDA PARA CADA PORTFÓLIO DE PRODUTOS DA OPERADORA, INDEPENDENTEMENTE DA DATA DE CONTRATAÇÃO.

9. COPARTICIPAÇÃO

9.1 É a participação financeira do Segurado titular ou dependente na despesa assistencial a ser paga pelo Beneficiário diretamente à Estipulante, após a realização dos procedimentos descritos a seguir.

9.2 Nos casos de internação em psiquiatria, a coparticipação será de acordo com o disposto abaixo:

9.2.1 Nos casos das internações exclusivamente psiquiátricas, quando ultrapassar 30 (trinta) dias, contínuos ou não de internação no transcorrer de 1 (um) ano de vigência do Segurado, haverá coparticipação de 50% (cinquenta por cento) ou o valor máximo permitido pela ANS, definido em normativos vigentes.

9.3 Regras dos Planos com Coparticipação

9.3.1 Coparticipação em atendimento ambulatorial

9.3.1.1 A coparticipação incidirá sobre os valores referentes à realização de consultas, atendimento em pronto socorro, exames complementares e terapias, conforme estabelecidos na Tabela de Coparticipação Adesão disponível em www.sulamerica.com.br/saude/Tabela_de_Coparticipacao_Adesao.pdf. A relação dos procedimentos constantes na Tabela de Coparticipação pode sofrer alteração, a qualquer tempo, sem necessidade de aviso prévio por parte da Seguradora.

9.3.1.2 A coparticipação será calculada de acordo com o percentual máximo de 30% (trinta por cento) sobre o valor pago à Rede Referenciada ou sobre o valor do Reembolso.

9.3.1.3 O percentual máximo de 30% (trinta por cento) aplicado sobre cada procedimento realizado pelo Segurado titular ou dependente tem Valor Limite Por Evento e Valor Limite Mensal.

a) Valor Limite por Evento: é o valor máximo que o Segurado titular ou dependente poderá ser cobrado a título de coparticipação, por evento, todas as vezes que realizar quaisquer um dos itens relacionados na Tabela de Coparticipação Adesão que estão classificados como “Atendimento em Pronto Socorro”, “Consulta Médica”, “Exames Complementares A”, “Exames Complementares B” e “Terapias”. O Valor Limite por Evento está definido **na tabela constante no item “c” abaixo**.

b) Valor Limite Mensal: é o valor máximo que o Segurado titular ou dependente poderá ser cobrado a título de coparticipação em cada mês. Quando a soma dos valores de coparticipação por evento por Segurado titular ou dependente ultrapassar o Valor Limite Mensal, o valor excedente não será cobrado, ou seja, não é cumulativo. O Valor Limite Mensal está definido **na tabela constante no item “c” abaixo**.

c) Tabela de Coparticipação em Atendimento Ambulatorial e Internação Hospitalar não Psiquiátrica

c.1) Tabela de Coparticipação Planos Exato Enfermaria e Exato Apartamento

Classificação dos procedimentos	Percentual Máximo (*)	Valor Limite por Evento (*)	Valor Limite Mensal (*)
Atendimento em Pronto Socorro	30%	R\$ 121,00	R\$ 270,00
Consulta Médica	30%	R\$ 65,00	
Exames Complementares - A	30%	R\$ 36,00	
Exames Complementares - B	30%	R\$ 118,00	
Terapias	30%	R\$ 42,00	
Internação Hospitalar não Psiquiátrica	Não há	R\$ 250,00	Não há

(*) - Aplicado em Rede Referenciada e Reembolso

c.2) Tabela de Coparticipação Planos: Especial 100

Classificação dos procedimentos	Percentual Máximo (*)	Valor Limite por Evento (*)	Valor Limite Mensal (*)
Atendimento em Pronto Socorro	30%	R\$ 138,00	R\$ 330,00
Consulta Médica	30%	R\$ 74,00	
Exames Complementares - A	30%	R\$ 49,00	
Exames Complementares - B	30%	R\$ 142,00	
Terapias	30%	R\$ 55,00	
Internação Hospitalar não Psiquiátrica	Não há	R\$ 350,00	Não há

(*) - Aplicado em Rede Referenciada e Reembolso

c.3) Tabela de Coparticipação Planos: Executivo

Classificação dos procedimentos	Percentual Máximo (*)	Valor Limite por Evento (*)	Valor Limite Mensal (*)
Atendimento em Pronto Socorro	30%	R\$ 189,00	R\$ 350,00
Consulta Médica	30%	R\$ 99,00	
Exames Complementares - A	30%	R\$ 53,00	
Exames Complementares - B	30%	R\$ 150,00	
Terapias	30%	R\$ 63,00	
Internação Hospitalar não Psiquiátrica	Não há	R\$ 450,00	Não há

(*) - Aplicado em Rede Referenciada e Reembolso

9.3.2 Coparticipação em Internação Hospitalar não Psiquiátrica

9.3.2.1 Incidirá coparticipação quando o Segurado titular ou dependente realizar internação hospitalar em qualquer especialidade médica, exceto nas Internações Psiquiátricas, as quais possuem condições próprias já previstas neste contrato.

9.3.2.2 Todas as vezes que houver internação hospitalar do Segurado titular ou dependente haverá a coparticipação, não havendo limite mensal definido para internação hospitalar e o valor está descrito **na tabela constante na cláusula 9.3.1 no item “c”**.

9.4 Valor de Coparticipação

O valor financeiro de coparticipação varia de acordo com o plano contratado e está descrito **na tabela constante na cláusula 9.3.1 no item “c”**., conforme as regras definidas na cláusula anterior.

9.5. O valor limite da Coparticipação poderá, em periodicidade não inferior a 12 (doze) meses.

9.6 Quando houver solicitação de reembolso nas situações previstas neste Contrato, o valor de coparticipação dos Segurados titulares e dependentes será descontado do valor a ser reembolsado ao Segurado Titular.

9.7 Será de responsabilidade do Beneficiário o pagamento das coparticipações realizadas no período de cobertura, mesmo que a cobrança ocorra após o cancelamento do plano.

10. TRANSFERÊNCIA DE PLANOS

10.1 O Segurado titular deverá optar por um ou mais planos disponibilizados pela Seguradora no momento da contratação e, durante a vigência do seguro, poderá ocorrer transferência de um ou mais segurados para outro plano contratado, desde que observados os seguintes critérios:

10.1.1 A transferência seja realizada no mês de renovação, de acordo com a data definida para cada portfólio de produtos da operadora, para plano imediatamente superior, de acordo com as hipóteses previstas nas subcláusulas 10.1.1.1, 10.1.1.2, 10.1.1.3 e 10.1.1.4, observada a previsão constante na subcláusula 10.3.1.5, e desde que solicitada formalmente com, no mínimo, 30 (trinta) dias de antecedência.

10.1.1.1 Hipóteses de Transferência entre Planos Diretos SEM Coparticipação:

De	Para
Direto Quarto Coletivo	Direto Apartamento

10.1.1.2 Hipóteses de Transferência entre Planos Diretos COM Coparticipação:

De	Para
Direto Quarto Coletivo	Direto Apartamento

10.1.1.3 Hipóteses de Transferência entre os demais Planos SEM Coparticipação:

De	Para
Exato Quarto Coletivo	Exato Apartamento
Exato Quarto Coletivo	Clássico Apartamento
Exato Apartamento	Clássico Quarto Coletivo
Exato Apartamento	Especial 100
Clássico Quarto Coletivo	Clássico Apartamento
Clássico Apartamento	Especial 100
Especial 100	Executivo

10.1.1.4 Hipóteses de Transferência entre os demais Planos COM Coparticipação:

De	Para
Exato Quarto Coletivo	Exato Apartamento
Exato Quarto Coletivo	Clássico Apartamento
Exato Apartamento	Clássico Quarto Coletivo
Exato Apartamento	Especial 100
Clássico Quarto Coletivo	Clássico Apartamento
Clássico Apartamento	Especial 100
Especial 100	Executivo

10.1.1.5 Se na região de comercialização do plano contratado não houver o plano indicado, conforme descrito nas Tabelas constantes nos itens 10.1.1.3 e 10.1.1.4 acima, a transferência de

plano se dará para o plano disponível na região de comercialização, a exemplo da alteração do plano Exato Apartamento para o plano Especial 100.

10.2 Não será permitida a transferência de segurado para plano inferior.

Curitiba, 29 de março de 2023.



EXTRAMED ADMINISTRAÇÃO E SERVIÇOS MÉDICOS LTDA