

Operadora: **SUL AMÉRICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE**

CNPJ: **01.685.053/0001-56**

Nº de registro na ANS: **006246**

Nº de registro do produto:

PLANO REFERÊNCIA - 466057119

PLANO IDEAL ENFERMARIA- 476930169

PLANO EXATO ENFERMARIA - 476927169

PLANO EXATO APARTAMENTO - 476941164

PLANO CLÁSSICO ENFERMARIA - 476920161

PLANO CLÁSSICO APARTAMENTO - 476916163

PLANO ESPECIAL 100 - 476937166

PLANO EXECUTIVO - 476934161

PLANO IDEAL ENFERMARIA COM COPARTICIPAÇÃO - 476929165

PLANO EXATO ENFERMARIA COM COPARTICIPAÇÃO - 476942162

PLANO EXATO APARTAMENTO COM COPARTICIPAÇÃO - 476939162

PLANO CLÁSSICO ENFERMARIA COM COPARTICIPAÇÃO - 476918160

PLANO CLÁSSICO APARTAMENTO COM COPARTICIPAÇÃO - 476914167

PLANO ESPECIAL 100 COM COPARTICIPAÇÃO - 476936168

PLANO EXECUTIVO COM COPARTICIPAÇÃO - 476932165

Site: <http://www.sulamerica.com.br>

Tel.: **CAPITAIS E REGIÃO METROPOLITANA: 4004-5900**

DEMAIS REGIÕES: 0800 970 0500



Guia de Leitura Contratual

Página do Contrato

<i>CONTRATAÇÃO</i>	Determina se o plano destina-se à pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser Individual/Familiar, Coletivo por Adesão ou Coletivo Empresarial.	1
<i>SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL</i>	Define a amplitude da cobertura assistencial do plano de saúde. A segmentação assistencial é categorizada em: referência, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, ambulatorial, odontológica e suas combinações.	1
<i>PADRÃO DE ACOMODAÇÃO</i>	Define o padrão de acomodação para o leito de internação nos planos hospitalares; pode ser coletiva ou individual.	24
<i>ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA E ATUAÇÃO</i>	Área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. À exceção da nacional, é obrigatória a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõem as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal.	1
<i>COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS</i>	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura mínima obrigatória, e no contrato firmado com a operadora, conforme a segmentação assistencial do plano contratado. O beneficiário deve analisar detalhadamente as coberturas a que tem direito.	3, 4 5, 6 7 e 8
<i>EXCLUSÕES DE COBERTURAS</i>	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário não tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar, conforme a segmentação assistencial do plano contratado.	8 e 9
<i>DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES (DLP)</i>	Doenças e lesões preexistentes - DLP - são aquelas existentes antes da contratação do plano de saúde, e que o beneficiário ou seu responsável saiba ser portador.	10 e 11

Data: ____/____/____

Assinatura: _____

<i>CARÊNCIAS</i>	Carência é o período em que o beneficiário não tem direito a cobertura após a contratação do plano. Quando a operadora exigir cumprimento de carência, este período deve estar obrigatoriamente escrito, de forma clara, no contrato. Após cumprida a carência, o beneficiário terá acesso a todos os procedimentos previstos em seu contrato e na legislação, exceto eventual cobertura parcial temporária por DLP.	9 e 10
<i>MECANISMOS DE REGULAÇÃO</i>	São os mecanismos financeiros (franquia e/ou co-participação), assistenciais (direcionamento e/ou perícia profissional) e/ou administrativos (autorização prévia) que a operadora utiliza para gerenciar a demanda e/ou utilização dos serviços de saúde.	15, 24 e 25
<i>VIGÊNCIA</i>	Define o período em que vigorará o contrato.	9
<i>RESCISÃO/SUSPENSÃO</i>	A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.	18 e 19
<i>REAJUSTE</i>	O reajuste por variação de custos é o aumento anual de mensalidade do plano de saúde em razão de alteração nos custos, ocasionada por fatores tais como inflação, uso de novas tecnologias e nível de utilização dos serviços. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário.	17 e 18
<i>CONTINUIDADE NO PLANO COLETIVO EMPRESARIAL (ART. 30 E 31 DA LEI Nº 9.656/1998)</i>	A existência da contribuição do empregado para o pagamento da mensalidade do plano de saúde, regular e não vinculada à co-participação em eventos, habilita ao direito de continuar vinculado por determinados períodos ao plano coletivo empresarial, nos casos de demissão sem justa causa ou aposentadoria, observadas as regras para oferecimento, opção e gozo, previstas na Lei e sua regulamentação.	Não se aplica

Para informar-se sobre estes e outros detalhes do contrato, o beneficiário deve contatar sua operadora. Permanecendo dúvidas, pode consultar a ANS pelo site www.ans.gov.br ou pelo Disque-ANS (0800-701-9656).

ESTE GUIA NÃO SUBSTITUI A LEITURA INTEGRAL DO CONTRATO.

O Guia de Leitura Contratual é uma exigência da Resolução Normativa 195/2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar.



Ministério
da Saúde



Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)
Av. Augusto Severo, 84 - Glória - CEP: 20021-040
Rio de Janeiro - RJ

Disque-ANS: 0800 701 9656
www.ans.gov.br
ouvidoria@ans.gov.br

Data: ____/____/____

Assinatura: _____

Nome do Segurado:

Início de vigência:

Plano Contratado:

Nº

CONTRATO DE ADESÃO – Seguro Saúde Coletivo por Adesão

1. OBJETIVO

Através do presente contrato V.Sa. e dependentes incluídos estão garantindo a participação em uma apólice que tem como Estipulante a **EXTRAMED ADMINISTRAÇÃO E SERVIÇOS MÉDICOS LTDA.**, Administradora de Benefícios registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS sob o número 41420-4, classificada como Administradora de Benefícios, inscrita no CNPJ/MF n.º 01.747.987/0001-75, situada na Rua Desembargador Clotário Portugal, 243, Alto São Francisco, Curitiba, PR, CEP-80410-220 e é garantida pela **SUL AMÉRICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE**, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS sob o número 006246, classificada como Seguradora Especializada em Seguro Saúde, inscrita no CNPJ/MF n.º 01.685.053/0001-56, situada na Rua Beatriz Larragoiti Lucas, 121, Cidade Nova, Rio de Janeiro, RJ, CEP-20211-903. Neste contrato a estipulante, **EXTRAMED ADMINISTRAÇÃO E SERVIÇOS MÉDICOS LTDA.** caracteriza-se como entidade que subscreve as condições do seguro com a seguradora Sul América Companhia de Seguro Saúde, cabendo a esta a assunção dos riscos e fornecimento das facilidades de atendimento previstas.

Através da participação no presente seguro, V.Sa. estará usufruindo das vantagens de uma apólice COLETIVA POR ADESÃO, ficando portanto sujeito às normas da ANS para este tipo de contrato às condições dos contratos coletivos por adesão, às condições contratuais específicas que regem o presente seguro e estão expressas na Proposta de Seguro Saúde Coletivo por Adesão, e em especial às condições previstas nas cláusulas 8, 17, 18, 19, 20 e 21 deste contrato.

1.1 Objeto do Seguro

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.

1.2 Natureza do Contrato

Trata-se de um Contrato de Seguro regido pela Lei n.º 9.656, de 1998. É contrato de adesão e bilateral, que gera direito e obrigações para as ambas as partes, a ele se aplicando o Código Civil Brasileiro, bem como o Código de Defesa do Consumidor, de forma subsidiária.

1.3 Tipo de Contratação

Este contrato possui como tipo de contratação de que tratam as resoluções Normativas n.º 195/2009, 200/2009 e 204/2009, **a modalidade COLETIVO POR ADESÃO.**

1.4 Tipo de Segmentação Assistencial

É garantido ao Segurado a cobertura dos itens constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente a época do evento, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS na segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia.

1.5 Área Geográfica de Abrangência

Região estabelecida pela Seguradora para atendimento médico-hospitalar ao Segurado. A abrangência geográfica deste seguro, com base na Lei n.º 9.656/98 e sua regulamentação é Nacional.

Data: ____/____/____

Assinatura: _____

1.6 Formação do Preço

A formação do preço deste seguro é preestabelecido, ou seja, o valor do prêmio é calculado antes da utilização das coberturas contratadas.

1.7 Coberturas e Benefícios Adicionais

São as coberturas e benefícios oferecidos pela Seguradora, adicionais ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.

1.7.1 As coberturas e benefícios adicionais, quando oferecidas pela Seguradora, estarão citados na cláusula de Coberturas Adicionais e de Benefícios Adicionais, constantes deste contrato.

2. REGISTRO DE PLANO NA ANS

2.1 Todos os planos estão devidamente registrados na Agência Nacional de Saúde Suplementar–ANS, e está especificado nos Anexos - Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde Coletivo por Adesão, que é parte integrante deste contrato, na Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia, de acordo com o plano contratado.

2.2 Em casos de indisponibilidade de leito hospitalar na rede referenciada na acomodação contratada, é garantido ao Segurado o acesso à acomodação, em nível superior, sem ônus adicional, conforme determina a Lei nº 9.656/98.

2.3 O plano dos dependentes Segurados será sempre o mesmo do Segurado Titular, inclusive no que refere-se à acomodação hospitalar.

3. TRANSFERÊNCIA DE PLANOS

3.1 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 conforme descrito a seguir:

3.2 A transferência para o plano imediatamente superior, de acordo com as opções listadas no quadro a seguir, poderá ocorrer no mês de setembro, quando solicitada formalmente pela estipulante com antecedência de 30 (trinta) dias

Opções de transferência para o plano imediatamente superior	
De:	Para:
Ideal Quarto Coletivo	Exato Quarto Coletivo
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

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

4. CONTRATAÇÃO DO SEGURO

4.1 Este seguro é destinado a Grupos Segurados, que mantenham vínculo com Pessoas Jurídicas Contratantes e Legitimadas de caráter profissional, classista ou setorial:

- a) Conselhos profissionais e entidades de classe, nos quais seja necessário o registro para o exercício da profissão;
- b) Sindicatos, centrais sindicais e respectivas federações e confederações;
- c) associações profissionais legalmente constituídas;
- d) Cooperativas que congreguem membros de categorias ou classes de profissões regulamentadas;
- e) Caixas de assistência e fundações de direito privado que se enquadrem nas disposições desta resolução;
- f) Entidades previstas na Lei nº 7.395, de 31 de outubro de 1985, e na Lei nº 7.398, de 4 de novembro de 1985;

4.2 Poderá ser incluído, como grupo familiar/dependente: exclusivamente o cônjuge ou companheiro (a), os

filhos solteiros ou adotivos de qualquer idade, do Segurado Titular, ou inválidos. Equiparam-se a filhos, o enteado e o menor que esteja sob a guarda ou tutela do Segurado Titular por determinação judicial.

a) A adesão do grupo familiar dependerá exclusivamente da participação do Segurado Titular.

5. INCLUSÃO DE SEGURADOS

5.1 Poderão ser incluídos no Seguro, proponentes com vínculo associativo e/ou sindical com o Sub-Estipulante, bem como seu(s) dependente(s) legal(ais), conforme previsto no subitem 4.1 deste contrato, pagando o Prêmio mensal, correspondente a sua faixa etária e de seus dependentes incluídos no seguro.

5.2 O Segurado incluído terá como data de início de vigência o dia primeiro do mês subsequente à solicitação de inclusão, e cumprirá os prazos de carência e/ou cobertura parcial temporária estabelecidos nas condições gerais deste seguro.

5.3 O cônjuge e/ou companheiro (a) e os filhos solteiros incluídos no seguro no mesmo momento da adesão do segurado titular, seguirão obrigatoriamente o mesmo plano do titular e com aplicação de carências e/ou Cobertura Parcial Temporária para doenças e lesões preexistentes se houver.

5.4 O cônjuge e/ou companheiro (a) incluído no seguro em até 30 (trinta) dias da data do evento que caracterizou sua condição de dependente, estará isento do cumprimento dos prazos de carência e estará sujeito a Cobertura Parcial Temporária para doenças e lesões preexistentes.

5.5 O filho natural e/ou adotivo recém nascido do Segurado Titular, incluído no seguro em até 30 (trinta) dias do seu nascimento ou adoção, estará isento do cumprimento dos prazos de carência e/ou Cobertura Parcial Temporária para doenças e lesões preexistentes, desde que o segurado Titular tenha isenção ou cumprida a carência de 180 dias, respeitando as demais condições estabelecidas neste contrato.

5.6 Quando o Segurado Titular estiver cumprindo o período de carência de 180 (cento e oitenta) dias, recém nascido for incluído até 30 (trinta) dias da data do seu nascimento ou adoção, a cobertura assistencial a ser prestada ao recém-nascido seguirá o limite de carência já cumprida pelo Segurado Titular e estará isento de Cobertura Parcial Temporária para doenças e lesões preexistentes.

5.7 O filho adotivo, menor de 12 (doze) anos de idade, do Segurado Titular poderá ser incluído no seguro com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo Segurado adotante, desde que a inclusão ocorra em até 30 (trinta) dias da adoção, guarda ou tutela e estará isento de Cobertura Parcial Temporária para doenças e lesões preexistentes.

5.8 O filho natural e/ou adotivo recém nascido, o filho adotivo menor de 12 (doze) anos, cuja a paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente, o cônjuge e/ou companheiro (a), incluídos no seguro após o prazo de 30(dias) do seu nascimento, adoção, casamento, reconhecimento de paternidade deverão cumprir as carências estabelecidas nestas condições gerais e estarão sujeitos a Cobertura Parcial Temporária para doenças e lesões preexistentes.

5.9 Entende-se como parto coberto, quando o Segurado Titular já cumpriu o prazo de 300 (trezentos) dias de carência para parto.

5.10 Os cartões de identificação são de inteira responsabilidade do Titular, no que se refere ao uso e à distribuição aos seus dependentes.

5.11 Não será permitida a inclusão de proponente que não tenha vínculo ativo com a Sub-Estipulante.

5.12 Se o Segurado, por si ou por seu representante, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio, perderá o direito à garantia, além de ficar obrigado ao prêmio vencido. Se a inexatidão ou omissão nas declarações não resultar de má-fé do Segurado, o Segurador terá direito a resolver o contrato, ou a cobrar, mesmo após o sinistro, a diferença do prêmio”.

6. COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

6.1 Estão cobertos todos os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS vigente á época do evento, para a segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia na área de abrangência estabelecida no contrato, independente do local de origem do evento, para todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial da Saúde.

6.2 Cobertura Assistencial

6.2.1 Cobertura da participação de profissional médico anestesiológista nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente a época do evento, caso haja indicação clínica.

6.2.2 As ações de planejamento familiar que envolvem as atividades de educação, aconselhamento e atendimento clínico, previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente a época da realização do evento.

6.2.3 Cobertura de todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas.

6.2.4 Estão cobertos os procedimentos necessários ao tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas, decorrentes de procedimentos não cobertos, quando constarem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente a época do evento, respeitados os prazos de carência e Cobertura Parcial Temporária – CPT e a segmentação contratada.

6.2.4.1 Procedimentos necessários ao seguimento de eventos excluídos da cobertura, como internação em leito de terapia intensiva após transplante não coberto, não são considerados tratamento de complicações, mas parte integrante do procedimento inicial, não havendo cobertura por este contrato.

6.2.5 Cobertura dos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho.

6.2.6 Os procedimentos realizados por laser, radiofrequência, endoscopia, laparoscopia e demais escopias somente terão cobertura assegurada quando assim especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em saúde da ANS vigente a época do evento, de acordo com a segmentação contratada.

6.3 Cobertura Ambulatorial

6.3.1 Cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, efetuadas por profissionais legalmente registrados no Conselho Regional de Medicina – CRM, em especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM.

6.3.2 Cobertura de serviço de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico ou cirurgião dentista assistente, devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação.

6.3.3 Cobertura de consulta e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo de acordo com número estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente a época do evento.

6.3.4 Cobertura de psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente a época do evento, que poderá ser realizada tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitados, de acordo com a indicação do médico assistente.

6.3.5 Cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente a época do evento, que podem ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, em número ilimitado de sessões por ano.

6.3.6 Cobertura de medicamentos registrados/regularizados na ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente a época do evento.

6.3.7 Cobertura de hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;

6.3.8 Cobertura de quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de Saúde contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente a época do evento;

6.3.8.1 **Definem-se** adjuvantes como medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento.

6.3.9 Cobertura de medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso de acordo com as Diretrizes de Utilização estabelecidas no Rol de

Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente a época do evento, respeitando preferencialmente as seguintes características

a) Medicamento genérico: medicamento similar a um produto de referência ou inovador, que se pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após a expiração ou renúncia da proteção patentária, ou de outros direitos de exclusividade, comprovada sua eficácia, segurança e qualidade, e designado pela Denominação Comum Brasileira – DCB ou, na sua ausência pela Denominação Comum Internacional – DCI, conforme definido pela lei 9787 de 10 de Fevereiro de 1999.

b) Medicamento fracionado: medicamento fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição do órgão competente – ANVISA.

6.3.10 Cobertura dos procedimentos de radioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente a época do evento.

6.3.11 Cobertura dos procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais que prescindam de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente a época do evento;

6.3.12 Cobertura de hemoterapia ambulatorial;

6.3.13 Cobertura das cirurgias oftalmológicas ambulatoriais listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente a época do evento.

6.4 Cobertura Hospitalar

6.4.1 Cobertura de todas as modalidades de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, realizadas em estabelecimentos habilitados pela vigilância sanitária para prestar atendimento ou outro órgão vinculado ao Ministério da Saúde que possua a devida competência.

6.4.1.1 Nos casos das internações exclusivamente psiquiátricas, quando ultrapassar 30 (trinta) dias 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.

6.4.2 Cobertura de internações hospitalares em Centro de Terapia Intensiva ou Similar, vedada à limitação de prazo, valor máximo e quantidade a critério do médico assistente;

6.4.3 Cobertura das despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação do Segurado, durante o período de internação;

6.4.3.1 Define-se honorários médicos como aqueles honorários do cirurgião, auxiliares e anestesista, de acordo com os serviços realizados durante o período de internação do Segurado, bem como serviços gerais de enfermagem e alimentação.

6.4.4 Cobertura de honorários referentes à visita médica durante os períodos de internação hospitalar, conforme justificativa do médico assistente.

6.4.5 Cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, 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 desde que contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente a época do evento;

6.4.6 Cobertura do atendimento por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico assistente desde que reconhecidos pelo Conselho federal de Medicina – CFM e/ou habilitados legalmente no Conselho Regional de Medicina - CRM;

6.4.7 Cobertura de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos.

6.4.7.1 Cabe ao médico assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das Órteses, Próteses e Materiais Especiais – OPME necessários à execução dos procedimentos contidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente a época do evento.

6.4.7.2 O profissional requisitante deve, quando assim solicitado pela Seguradora, 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;

6.4.7.3 Em caso de divergência 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, de acordo com o disposto na cláusula 15 Divergências Médicas.

6.4.8 Cobertura de diárias e taxas hospitalares, de acordo com o serviço realizado, incluindo os materiais cobertos utilizados, durante período de internação.

6.4.9 Cobertura das despesas relativas a um acompanhante, que incluem:

a) acomodação e alimentação necessárias à permanência do acompanhante, para crianças e adolescentes menores de 18 (dezoito) anos. As despesas com alimentação, somente serão cobertas quando fornecidas pelo Hospital.

b) acomodação e alimentação, conforme indicação do médico ou cirurgião dentista assistente e legislações vigentes, para acompanhantes de idosos a partir dos 60 (sessenta) anos de idade, e pessoas portadoras de necessidades especiais. As despesas com alimentação somente serão cobertas quando fornecidas pelo Hospital.

c) exclusivamente a acomodação, para os segurados maiores de 18 (dezoito) anos, que optaram por planos com acomodação em apartamento.

6.4.10 Cobertura dos procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente a época do evento, incluindo a solicitação de exames complementares 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;

6.4.11 Cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação, utilizados durante o período de internação hospitalar;

6.4.11.1 Em se tratando de atendimento odontológico, o cirurgião-dentista assistente e/ou o médico assistente irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao paciente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados; os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que, nas situações de imperativo clínico, necessitem ser realizados em ambiente hospitalar, não estão incluídos na cobertura.

6.4.12 Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer.

6.4.13 Cobertura dos seguintes procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:

a) Hemodiálise e diálise peritoneal CAPD;

b) Quimioterapia oncológica ambulatorial, conforme cláusula 6.3.8, deste contrato;

c) Radioterapia: todos os procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente a época do evento;

d) Hemoterapia;

e) Nutrição parenteral ou enteral;

f) Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento;

g) Embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento;

h) Radiologia intervencionista;

i) Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;

j) Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento e;

k) Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, exceto fornecimento de medicação de manutenção.

6.4.14 É assegurada a cobertura para transplante de órgãos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, e dos procedimentos a eles vinculados, incluindo:

- a) as despesas assistenciais com doadores vivos;
- b) os medicamentos utilizados durante a internação;
- c) o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção; e
- d) as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS;

6.4.14.1 O Segurado candidato a transplante de órgão proveniente de doador cadáver deverá estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs, sujeito ao critério de fila única de espera e de seleção conforme legislação vigente.

6.4.15 É garantida a cobertura de assistência para procedimentos hospitalares na modalidade de hospital-dia, ficando a critério do médico-assistente do segurado a sua indicação.

6.4.16 Cobertura de hospital-dia para transtornos mentais, para tratamento dos seguintes diagnósticos:

CID 10 da OMS	Diagnóstico
F10 e F14	Transtornos mentais e comportamentos devido ao uso de substância psicoativa
F20 a F29	Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes
F30 e F31	Transtornos do Humor
F84	Transtornos globais do desenvolvimento

6.4.16.1 Entende-se hospital-dia para transtornos mentais como recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional, e proporcionando ao Segurado a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar.

6.5 Cobertura Obstétrica

Além de todas as coberturas citadas na Cobertura Hospitalar, ficam acrescidos os itens a seguir:

6.5.1 Procedimentos relativos ao pré-natal, da assistência ao parto e ao puerpério, bem como a cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do Segurado Titular ou dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto.

6.5.1.1 A cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do Segurado Titular ou dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias, ocorrerá desde que o Segurado Titular tenha cumprido o prazo de carência de 180 (cento e oitenta) dias de carência.

6.5.2 Cobertura das despesas, conforme indicação do médico assistente e legislações vigentes, relativas a um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, conforme assegurado pela Lei 11.108, de 7 de abril de 2005, ou outra que venha substituí-la.

6.5.2.1 Entende-se pós-parto por 48 (quarenta e oito) horas, salvo contra indicação do médico assistente ou até 10 (dez) dias, quando indicado pelo médico assistente.

6.6 Remoção

O segurado que já tiver cumprido os períodos de carência deverá ser removido por via terrestre e a partir da ciência da Seguradora, desde que haja autorização de seu médico assistente e o consentimento do próprio Segurado ou de seu responsável:

- a) Quando o Segurado estiver em hospital ou serviço de pronto atendimento vinculado ao Sistema Único de Saúde – SUS, localizado dentro da área de atuação do plano para um Hospital referenciado do plano contratado;
- b) Quando o Segurado estiver em hospital ou serviço de pronto atendimento privado não referenciado localizado dentro da área de atuação do plano para um hospital referenciado do plano contratado;
- c) Quando o Segurado estiver em hospital ou serviço de pronto atendimento referenciado dentro da área de atuação do plano contratado, somente deverá ser removido quando caracterizada pelo médico assistente, a falta de recursos para continuidade de atenção ao segurado na unidade de origem;
- d) Quando o Segurado estiver em hospital ou serviço de pronto atendimento público ou privado não pertencente a rede referenciada, localizado fora da área de atuação do plano contratado, para um hospital referenciado apto a realizar o devido atendimento, somente nos casos em que o evento que originou a

necessidade do serviço tenha ocorrido dentro da área de atuação do plano contratado, e na indisponibilidade ou inexistência de rede referenciada, conforme Resolução Normativa nº 259;

e) Quando o Segurado estiver em hospital ou serviço de pronto atendimento referenciado localizado dentro da área de atuação do plano contratado para outro hospital referenciado nos casos em que houver estabelecimento de saúde específico para determinados procedimentos indicados na relação da rede referenciada.

6.6.1 A remoção de Segurados que já tiver cumprido os períodos de carência não será obrigatória:

a) Quando o segurado estiver em local público ou privado que não seja uma unidade hospitalar ou serviço de pronto atendimento, ressalvadas as hipóteses de indisponibilidade e inexistência de rede referenciada conforme previsto na Resolução Normativa nº 259;

b) Quando o segurado estiver em hospital ou serviço de pronto atendimento referenciado localizado dentro da área de atuação do plano contratado, e solicitar remoção para hospital privado não pertencente à rede referenciada.

7. EXCLUSÕES DE COBERTURA

Estão expressamente excluídas da cobertura deste seguro, as despesas relacionadas a seguir:

7.1 Tratamento médico e/ou hospitalar decorrente de casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;

7.2 Internações Hospitalares, tratamentos ambulatoriais, mesmo que decorrentes de situações de Emergência e/ou Urgência, exames, terapias e consultas médicas realizadas ou prescritas por profissionais de especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM ou não habilitados legalmente no Conselho Regional de Medicina – CRM, ou realizadas em estabelecimentos que não possuem alvará da vigilância sanitária ou outro órgão vinculado ao Ministério da Saúde;

7.3 Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes e tratamentos cirúrgicos para alterações do corpo, exceto os previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente a época do evento;

7.4 Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;

7.5 Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios, não ligados ao ato cirúrgico ou com finalidade estética;

7.6 Enfermagem particular seja em hospital ou residência, assistência domiciliar de qualquer natureza, consultas domiciliares e Home Care, mesmo que as condições de saúde do Segurado exijam cuidados especiais ou extraordinários;

7.7 Consultas, avaliações, sessões, tratamentos e quaisquer outros procedimentos de Medicina Ortomolecular;

7.8 Tratamentos clínicos, cirúrgicos com finalidade estética;

7.9 Tratamentos realizados em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, spas, estabelecimento para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;

7.10 Curativos, materiais e medicamentos de qualquer natureza ministrados ou utilizados fora do atendimento ambulatorial ou regime de internação hospitalar, ou seja, em domicílio;

7.11 Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados, não nacionalizados, ou seja, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na Agência Nacional de Vigilância Sanitária;

7.12 Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, isto é, aqueles prescritos pelo médico assistente para a administração em ambiente externo ao da unidade de saúde, com exceção dos medicamentos antineoplásicos orais assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente a época do evento;

7.13 Vacinas e autovacinas;

7.14 Inseminação artificial;

7.15 Internações clínicas ou cirúrgicas, exames e terapias não prescritos ou não solicitados pelo médico assistente;

7.16 Equipamentos e aparelhos, alugados ou adquiridos, após a alta concedida pelo médico assistente, mesmo que relacionados com o atendimento médico-hospitalar e/ou necessários à continuidade do tratamento do Segurado;

7.17 Quaisquer despesas extraordinárias não relacionadas com o atendimento médico-hospitalar do Segurado durante o período de Internação Hospitalar, tais como serviços telefônicos, itens do frigobar, jornais, TV, estacionamento, etc.;

7.18 Remoções realizadas por via aérea ou marítima;

7.19 Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, isto é, aquele que emprega medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados no país ou considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina – CFM, ou cujas indicações não constem da bula/manual registrada na Agência Nacional de Vigilância Sanitária;

7.20 Tratamentos ou procedimentos odontológicos de qualquer natureza, inclusive os decorrentes de Acidente Pessoal, exceto os procedimentos cirúrgicos odontológicos buco-maxilo-faciais constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente a época do evento, e ocorridos em regime de internação hospitalar;

7.21 Despesas com a internação após a alta hospitalar concedida pelo médico assistente;

7.22 Exames Admissionais, Periódicos e Demissionais, bem como aqueles para a prática de esportes, para academias de ginástica, aquisição ou renovação da Carteira Nacional de Habilitação - CNH;

7.23 Fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela CITEC – Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde;

7.24 Procedimentos que não constem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente a época do evento para a Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia, vigente na data de realização do evento;

8. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

8.1 O período de vigência do contrato entre a Estipulante e o Sub-Estipulante é de 12 meses, contados, de forma única para todos os segurados vinculados ao Sub-Estipulante, a partir da data de aniversário informada na Proposta de Adesão e sua renovação é automática, caso não haja expressa desistência do Sub-Estipulante até 60 dias antes da data do final da vigência, ou o cancelamento da Apólice por parte da Seguradora, com a mesma antecedência.

8.2 No caso de inclusão de novos segurados, em data que não seja coincidente com a data de renovação do contrato entre o Estipulante e o Sub-Estipulante, o seguro terá, no primeiro ano, vigência inferior a 12 meses.

8.3 A vigência individual do segurado iniciará a partir da 00:00 (zero) hora do primeiro dia do mês civil informado na proposta de adesão, desde que o Segurado acate as Coberturas Parciais Temporárias informadas pela Seguradora, e que a proposta seja aceita pela Seguradora após análise da documentação necessária para implantação.

8.4 Sempre que este seguro for renovado, não haverá cobrança de qualquer taxa no ato da renovação.

9. CARÊNCIA

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

9.1 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 individual de cada Segurado.

9.2 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, cirurgias ambulatoriais (porte anestésico zero), serviços auxiliares de diagnose em regime externo, e fonoaudiologia, exceto os serviços descritos nos itens subsequentes;

c) Grupo de carência 2:

180 (cento e oitenta) dias para internações hospitalares, ultrassonografias com Doppler, ultrassonografias coloridas, tomografias computadorizadas, teste de função pulmonar, bioimpedanciometria, “tilt tests” e seus derivados, ressonância magnética, medicina

nuclear (mapeamentos, cintilografias e terapias), ecocardiografias, eletrocardiografia dinâmica, estudo hemodinâmico, angiografias e arteriografias, endoscopias e laparoscopias, fisioterapia, oxigenoterapia hiperbárica, quimioterapia do câncer, radioterapia, medicamentos antineoplásicos orais definidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, litotripsias, escleroterapia e todos os demais procedimentos cobertos pelo seguro, exceto os descritos para os grupos de carência subsequentes;

d) Grupo de carência 3:

300 (trezentos) dias da data de vigência do segurado para parto a termo.

e) Grupo de carência 4:

180 (cento e oitenta) dias da data de vigência do segurado para transplantes, implantes, próteses e órteses ligadas ao ato cirúrgico e as sem finalidade estética, 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 e cirrose hepática, cirurgias de refração em oftalmologia, acupuntura, psicoterapia.

9.3 Qualquer prazo de carência diferente destes, deverão constar em condições particulares, desde que respeitado os critérios definidos na Lei 9656/98 e resoluções normativas ANS.

9.4 Não é permitido ao Segurado, ao Sub-Estipulante e/ou Estipulante efetuar o pagamento antecipado dos prêmios mensais do seguro, para fins de cumprimento dos prazos de carência previstos nestas Condições Gerais.

9.5 Para este contrato serão aplicadas as isenções de carência conforme estabelecido pela resolução normativa ANS n° 195.

9.6 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.

10. COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA PARA DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

Os segurados com Doenças e Lesões Preexistentes declaradas, deverão cumprir Cobertura Parcial Temporária.

10.1 O proponente deverá informar na Declaração de Saúde da Proposta de Adesão, ou a qualquer tempo, o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes à época da adesão ao presente contrato, sob pena de caracterização de fraude, que poderá ensejar a rescisão contratual.

10.2 O proponente tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada, orientado por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de referenciados, sem qualquer ônus.

10.3 Caso o proponente opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da Seguradora, poderá fazê-lo, desde que assumo o ônus financeiro dessa orientação.

10.4 O objetivo da entrevista qualificada é orientar o proponente para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde devem ser declaradas as doenças ou lesões que o segurado saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ao seguro saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.

10.5 Sendo constatada por perícia, entrevista qualificada ou através de declaração expressa do proponente, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a Seguradora oferecerá a Cobertura Parcial Temporária, e, reserva-se o direito de não oferecer o agravo.

10.6 Cobertura Parcial Temporária - CPT é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, a partir da data da vigência do segurado no 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 proponente ou seu representante legal.

10.7 Na hipótese de Cobertura Parcial Temporária, a Seguradora suspenderá somente a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta tecnologia e os procedimentos de alta complexidade, quando relacionados diretamente à Doença ou Lesão Preexistente.

10.7.1 Os Procedimentos de Alta Complexidade - PAC encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente a época do evento, disponível no site www.ans.gov.br.

10.8 Nos casos de Cobertura Parcial Temporária, findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses, contados a partir da vigência do segurado no seguro saúde, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme a segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia, prevista na Lei nº 9.656/1098.

10.9 Identificado indício de fraude por parte do Segurado, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da contratação do seguro saúde, a Seguradora deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao Segurado através de Termo de Comunicação ao Segurado.

10.10 A Seguradora poderá oferecer CPT ao Segurado pelos meses restantes, a partir da data de recebimento do Termo de Comunicação, até completar o período máximo de 24 (vinte e quatro) meses da adesão ao seguro saúde;

10.11 A Seguradora solicitará abertura de processo administrativo junto a ANS, quando da identificação do indício de fraude.

10.11.1 Instaurado o processo administrativo na ANS, à Seguradora caberá o ônus da prova.

10.12 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 doença e lesão preexistente.

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

10.14 Após julgamento, e acolhida à 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 a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação da constatação da doença e lesão preexistente, pela Seguradora, bem como poderá ser excluído do contrato.

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

10.16 Não poderá ser alegado qualquer omissão de informação de doença ou lesão preexistente se for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no proponente pela Seguradora, com vistas a sua admissão no Seguro Saúde.

11. ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

11.1 A partir do início de vigência da adesão do segurado e respeitadas as carências estabelecidas neste contrato, a cobertura para os atendimentos de urgência e emergência será aquela estabelecida no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente a época do evento, para a segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia.

11.1.1 Emergência é o evento que implique em risco imediato de vida ou lesões irreparáveis para o Segurado, caracterizada em declaração do médico assistente.

11.1.2 Urgência é o evento resultante de Acidentes Pessoais ou complicações no processo gestacional que exija avaliação ou atendimento médico imediato.

11.1.3 Acidente Pessoal é o evento com data e ocorrência caracterizadas, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só e independentemente de qualquer outra causa, torne necessária a internação hospitalar ou o atendimento em regime ambulatorial do Segurado.

11.2 Nos casos de emergência e urgência, durante o cumprimento dos períodos de carência descritos neste contrato, o Segurado terá cobertura ambulatorial assegurada até as primeiras 12 (doze) horas de atendimento ou até que ocorra a necessidade de internação.

11.3 Nos casos de urgência referente ao processo gestacional, durante o cumprimento dos períodos de carência, a Seguradora terá cobertura ambulatorial assegurada até as primeiras 12 (doze) horas de atendimento ou até que ocorra a necessidade de internação. Persistindo necessidade de internação ou havendo necessidade de realização de procedimentos exclusivos de cobertura hospitalar para continuidade do atendimento, a cobertura cessará.

11.3.1 Uma vez ultrapassadas as 12(doze) primeiras horas de cobertura, ou havendo necessidade de internação, a remoção da seguradora ficará a cargo da Operadora de Planos privados de assistência a saúde.

- 11.3.2** Em caso de impossibilidade de remoção por risco de vida, a responsabilidade financeira da continuidade da assistência será negociada entre o prestador de serviços de saúde e a Segurada.
- 11.4** Nos casos de emergência e urgência quando houver acordo para Cobertura Parcial Temporária, o Segurado terá cobertura ambulatorial assegurada até as primeiras 12 (doze) horas de atendimento ou até que ocorra a necessidade de internação e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados a Doenças e Lesões Preexistentes.
- 11.5** A partir da constatação da necessidade de realização de procedimentos exclusivos de internação e cobertura hospitalar para os Segurados que estão em cumprimento dos períodos de carência, ou para aqueles que estão em acordo para CPT e que o atendimento resulte na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados a Doenças e Lesões Preexistentes, ainda que dentro do período de 12 (doze) horas e na mesma unidade de atendimento, será garantida a remoção do Segurado para uma unidade do SUS.
- 11.6** Após atendimento de urgência e emergência será garantida a remoção quando necessária por indicação médica para outra unidade referenciada ou para o SUS, quando não há cobertura para a continuidade do tratamento.
- 11.7** Quando o Segurado ou seu responsável optar, mediante assinatura de Termo de Responsabilidade pela continuidade do atendimento numa unidade diferente da definida no subitem anterior, a Seguradora estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.
- 11.8** Caso não possa haver a remoção, em recorrência de risco de vida do Segurado, este ou seu responsável e o prestador do atendimento deverão negociar, entre si, a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando assim a Segurado deste ônus.
- 11.9** Após atendimento de urgência e emergência será garantida a remoção do segurado para unidade da rede referenciada, quando caracterizada pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade do atendimento do segurado.
- 11.10** Nos casos de atendimento de urgência, exclusivamente decorrente de acidente pessoal, após decorridas 24 (vinte e quatro) horas da vigência do Segurado, é garantida a cobertura sem restrições.
- 11.11** Nos casos em que não for possível o atendimento de urgência e emergência em unidade referenciada, será garantido o reembolso de acordo com o plano e os múltiplos contratados. O valor do reembolso não será inferior ao valor praticado pela Seguradora à rede referenciada para o plano do segurado.
- 11.11.1** Os documentos necessários para a solicitação do reembolso estão especificados na cláusula a seguir, bem como os prazos de pagamento e do envio da documentação.

12. REEMBOLSO

12.1 O Segurado Titular e seus Dependentes poderão solicitar o reembolso das despesas médicas e hospitalares cobertas, comprovadamente pagas, às quais serão reembolsadas de acordo com o plano de seguro contratado e a Tabela SulAmérica Saúde, quando optarem por não utilizar a rede referenciada.

12.1.1 O reembolso também será garantido nos casos em que não for possível o atendimento de urgência e emergência na rede referenciada, de acordo com o plano contratado.

12.2 O reembolso das despesas médico-hospitalares eventualmente apresentadas pelo Segurado será realizado desde que possua cobertura pelo plano contratado e desde que o prestador utilizado pelo Segurado esteja devidamente registrado nos órgãos governamentais e de classe para a prestação dos serviços realizados.

12.3 Para garantir o reembolso das despesas cobertas, o Segurado deverá solicitar com antecedência à realização do evento, a validação prévia da Seguradora, exceto para urgência e emergência.

12.4 Os valores a serem reembolsados não têm qualquer vínculo com os preços negociados pelo Segurado diretamente com os médicos ou instituições médicas não pertencentes à rede referenciada, não havendo obrigatoriedade contratual de reembolso integral.

12.5 Diárias Hospitalares: para efeito de reembolso as diárias hospitalares, de UTI e de parto incluem:

a) diárias hospitalares incluem: registros hospitalares, alojamento, alimentação do paciente, alimentação do acompanhante de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente a época do evento, banho no leito, administração de medicamentos e todos os outros serviços de enfermagem;

b) diárias de UTI incluem: além dos serviços da diária normal, a monitorização cardiorrespiratória e toda a assistência respiratória.

c) partos incluem: a permanência da parturiente e do recém-nascido em instalações adequadas e todos os cuidados necessários durante o trabalho de parto.

12.6 Taxas de Sala: para efeito de reembolso são consideradas taxas de sala:

- a) As taxas de sala cirúrgica, previstas na Tabela SulAmérica Saúde, só serão cobertas quando a cirurgia for realizada em centro cirúrgico devidamente instalado e equipado;
- b) As taxas de sala cirúrgica incluem: assepsia, utilização das instalações, dos equipamentos, do instrumental cirúrgico e de roupas, além da esterilização do material e os serviços de enfermagem;
- c) As demais taxas de sala (observação, recuperação pós-anestésica, cirurgia ambulatorial, gesso e exames/tratamentos especializados) serão pagas de acordo com o constante na Tabela SulAmérica Saúde para o procedimento realizado;
- d) As taxas de sala são pagas conforme a cirurgia, baseando-se no porte anestésico apresentado na Tabela SulAmérica Saúde. Porte anestésico zero significa a não participação do anestesista, caso em que a taxa de sala não é devida;
- e) Quando dois ou mais atos cirúrgicos forem realizados simultaneamente, pela mesma equipe cirúrgica, ou por equipes distintas, é devida somente uma taxa de sala, correspondente à cirurgia de maior porte.

12.7 Medicamentos e Materiais

O reembolso de medicamentos e materiais cirúrgicos será efetuado com base nos preços negociados na rede referenciada do plano, vigentes na data de sua utilização, de forma a garantir o que determina a CONSU 08, alterada pela CONSU 15.

12.8 Serão reembolsadas as Consultas, Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia, Honorários Profissionais de Atendimento Ambulatorial e Internações Hospitalares.

12.8.1 O reembolso de honorários profissionais será efetuado com base na Tabela SulAmérica Saúde, obedecida à quantidade de auxiliares e o porte anestésico, previstos para cada procedimento.

12.9 Tabela SulAmérica Saúde

Os procedimentos médicos estão contemplados na Tabela SulAmérica Saúde que está em conformidade com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente a época do evento, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e poderá ser atualizada com inclusões e/ou exclusões, além das coberturas adicionais definidas pela Seguradora.

12.9.1 A Tabela SulAmérica Saúde está devidamente registrada no Cartório do 10º Oficial de Registro de Títulos e Documentos da Capital - SP, disponível a todos os Segurados na sede do Estipulante e no web site sulamerica.com.br/saudeonline de acordo com a segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia, disponibilizada para realizar download.

12.10 Para o cálculo de reembolso, serão necessários os dados descritos a seguir:

12.10.1 Unidade de Serviço (US): É o quantitativo definido para cada procedimento, que está descrito na Tabela SulAmérica Saúde. A quantidade de Unidade de Serviço – US de determinados procedimentos poderá ser alterada visando mantê-las compatíveis com os valores praticados no mercado.

12.10.2 Múltiplos de Reembolso - São os coeficientes a serem aplicados sobre a quantidade de US apresentadas na Tabela SulAmérica Saúde, e variam de acordo com o plano contratado.

12.10.3 Unidade de Serviço de Reembolso (USR) - É o coeficiente expresso em moeda corrente nacional, definido no momento da contratação do seguro.

12.10.3.1 O valor da USR de reembolso poderá eventualmente ser reajustado mediante livre negociação entre a Operadora e a Estipulante, em periodicidade não inferior a 12 meses, respeitando sempre o previsto na resolução CONSU nº 8, alterada pela CONSU nº 15, que determina que o valor do reembolso não será inferior ao praticado na rede referenciada.

12.10.3.2 O reajuste do valor da USR deverá considerar exclusivamente a variação dos custos médicos e hospitalares do procedimentos cobertos pelo presente contrato, não estando de qualquer forma vinculado ao Índice de Reajuste financeiro ou técnico da apólice.

12.11 O valor do reembolso será efetuado em moeda corrente nacional e calculado conforme fórmula abaixo:

$$\text{VR} = \text{Quantidade de US}^* \times \text{Múltiplo de Reembolso} \times \text{Valor da USR}^{**}$$

*Prevista na Tabela SulAmérica Saúde para o procedimento realizado

**Vigente na data de atendimento médico e/ou hospitalar

12.12 Múltiplos de Reembolso

O Múltiplo de Reembolso está especificado nos Anexos - Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde Coletivo por Adesão na Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia, de acordo com o plano contratado.

12.13 O valor correspondente a coparticipação referente as internações psiquiátricas será deduzido do valor a ser reembolsado ao Segurado Titular.

12.14 O reembolso será efetuado diretamente ao Segurado Titular, em até 30 (trinta) dias contados a partir da data do recebimento dos documentos originais específicos para cada procedimento.

12.15 A Seguradora manterá em seu poder os recibos e notas fiscais originais referentes às despesas ressarcidas total ou parcialmente.

12.16 O valor reembolsado não será, sob nenhuma hipótese, superior ao valor efetivamente pago pelo segurado pelas respectivas despesas.

12.17 É facultado ao Segurado Titular solicitar a revisão dos valores de reembolso em até 180 (cento e oitenta) dias de seu efetivo pagamento pela Seguradora.

12.18 Antes do recebimento do Cartão SulAmérica Saúde para acesso à Rede Referenciada, será garantido ao Segurado, o reembolso das despesas cobertas realizadas, de acordo com o plano contratado.

12.19 Ainda que o Segurado tenha, na mesma Seguradora, mais de um seguro, em seu nome ou de outra pessoa, no qual seja incluído como dependente, ele terá direito a uma única cobertura, vedada, a acumulação. Nesse caso, serão aplicados os valores de reembolso do maior plano de Seguro, perdendo o Segurado o excesso de prêmios eventualmente pagos.

12.20 O prazo máximo para a apresentação dos pedidos de reembolso será de 1 (um) ano para os serviços realizados no Brasil e de 2 (dois) anos para os serviços realizados no Exterior, a contar da data da realização dos eventos cobertos.

12.21 Para solicitação do reembolso das despesas médicas e/ou hospitalares, serão necessários os seguintes documentos:

a) Cópia do cartão de identificação;

b) Recibo original em formulário próprio do prestador de serviços com CPF e endereço e/ou nota fiscal original, constando:

- Descrição do serviço realizado, quantidade com valor unitário, datas de atendimento, especialidade e CRM do médico;

- Descrição de materiais e medicamentos com valor unitário e laudos de exames, se necessário, a critério da Seguradora;

c) Para os casos de solicitação de reembolso dos serviços de remoção, na nota fiscal deverá constar o total de quilômetros rodados, hospital de origem e destino, especificação do tipo de ambulância (UTI ou simples) e relatório do médico assistente justificando a necessidade da remoção.

12.21.1 Se os documentos apresentados não possibilitarem a comprovação de despesas específicas e análise técnica necessária para o reembolso das despesas médico-hospitalares realizadas, a Seguradora solicitará documentos ou informações complementares, o que acarretará a recontagem do prazo estabelecido nestas condições gerais.

13. REDE REFERENCIADA

13.1 A Rede Referenciada consiste no conjunto de médicos, laboratórios, clínicas, prontos socorros e hospitais, opcionalmente colocados à disposição dos Segurados pela Seguradora, para prestar atendimento médico-hospitalar de acordo com o plano contratado.

13.2 A Seguradora efetuará, por conta e ordem do Segurado, o pagamento aos profissionais ou instituições da Rede Referenciada pelos serviços médico-hospitalares cobertos realizados, bem como de medicamentos e materiais cirúrgicos cobertos pelo presente seguro.

13.3 Nestas situações, o segurado não desembolsará para os eventos cobertos, desde que observadas as condições do contrato, inclusive os casos previstos de Validação Prévia e o plano contratado.

13.4 As solicitações de serviços diagnósticos, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais podem ser solicitados por médico assistente ou cirurgião-dentista não pertencente a rede referenciada.

13.5 A Rede Referenciada poderá ser alterada, em qualquer época, por iniciativa dos próprios referenciados ou da Seguradora, respeitando os critérios estabelecidos na legislação vigente, em especial o Art. 17 da Lei n.º 9.656/98.

13.5.1 A relação contendo toda a movimentação da rede referenciada estará disponível no site www.sulamerica.com.br, ou ainda por meio de telefone, na Central de Serviços SulAmérica Saúde.

13.6 Os estabelecimentos hospitalares da Rede Referenciada são classificados por especialidade médica e disponibilizados aos Segurados de acordo com o plano contratado.

13.7 Para utilização dos serviços de profissionais ou instituições da Rede Referenciada será indispensável a apresentação do Cartão SulAmérica Saúde, documento de identidade e validação prévia de procedimentos quando necessária.

13.8 O segurado, constatada qualquer dificuldade em seu atendimento diretamente pela rede referenciada, deverá contatar a Seguradora para fins de cumprimento do quanto previsto na Resolução Normativa nº 259 da Agência Nacional de Saúde Suplementar, sob pena de tal omissão configurar-se sua concordância com o recebimento do valor por ele despendido, conforme os limites contratualmente estabelecidos para quando da sua opção pela livre escolha do profissional/estabelecimento médico.

13.9 Na hipótese de indisponibilidade de prestador integrante ou não da rede referenciada da SulAmérica no município de demanda do Segurado, o atendimento poderá ser prestado nos municípios limítrofes ou na região de saúde, nos termos previstos da Resolução Normativa nº 259 da ANS.

14. VALIDAÇÃO PRÉVIA DE PROCEDIMENTOS - VPP

14.1 Para a realização dos procedimentos abaixo relacionados, será necessária a solicitação de validação prévia, a qual será concedida pela Seguradora após análise das solicitações especificadas pelo Médico Assistente.

14.1.1 Internações: clínicas, cirúrgicas, obstétricas ou psiquiátricas.

14.1.2 Remoções.

14.1.3 Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapias.

a) Serviços auxiliares de diagnose, tais como: eletrocardiografia dinâmica(Holter), eletrococleografia, eletromiografia, eletroneuromiografia, ecocardiografia, tomografia computadorizada, angiografia, arteriografia, bioimpedanciometria, “tilt tests” e seus derivados, polissonografias, endoscopias, teste de função pulmonar, ressonância magnética, estudo hemodinâmico e estudos de medicina nuclear (cintilográficos ou não).

b) Serviços auxiliares de terapia, tais como: fisioterapia, oxigenoterapia hiperbárica, quimioterapia antineoplásica, radioterapia, braquiterapia, litotripsia, diálise, hemodiálise, hemofiltrações, psicoterapia, psicomotricidade, fonoaudiologia, terapia ocupacional, monitorização de pressão intracraniana e acupuntura.

14.1.4 Serviços ambulatoriais, tais como: cirurgias ambulatoriais com porte anestésico maior que zero e cirurgias de refração em oftalmologia, tanto unilaterais quanto bilaterais, conforme estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente a época do evento.

14.2 Na Validação Prévia de Procedimentos para internação será prevista a quantidade de diárias de acordo com o tipo de tratamento. Quando necessária a permanência hospitalar por um período maior, a prorrogação da validação prévia de procedimentos deverá ser solicitada e submetida à apreciação da Seguradora.

14.3 Para análise adequada da validação prévia de procedimentos, a Seguradora reserva-se o direito de, sempre que julgar necessário, solicitar informações complementares ao médico assistente, a hospitais, clínicas, laboratórios e outros médicos que tenham tratado o Segurado anteriormente.

15. DIVERGÊNCIAS MÉDICAS

15.1 As divergências e dúvidas de natureza médica relacionadas aos serviços cobertos no seguro serão resolvidas por Junta Médica. A Junta Médica será constituída pelo profissional solicitante, ou nomeado pelo usuário, por médico da Seguradora, e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da Seguradora.

15.1.1 O profissional solicitante poderá recusar até três nomes indicados pela Seguradora para composição da junta médica. Ocorrendo a recusa, o quarto nome indicado pela Seguradora, comporá a junta médica.

15.1.2 Na hipótese do profissional solicitante recusar a participar da junta médica ou se manter silente em relação à comunicação da Seguradora de instauração da junta médica, fica a Seguradora isenta da obrigatoriedade de cobertura do procedimento solicitado.

15.1.3 Na situação acima, havendo posterior consenso para a realização da junta médica, procedimento solicitado será autorizado de acordo com o determinado pela junta médica.

15.1.4 Caso, realizada a junta médica, o terceiro desempatador também divirja do profissional solicitante, fica a Seguradora isenta da obrigatoriedade de cobertura do procedimento solicitado.

16. ALTERAÇÃO DO ENDEREÇO DO SEGURADO TITULAR

16.1 É de responsabilidade do segurado titular comunicar de imediato ao Estipulante qualquer alteração em seu endereço, para que todas as correspondências e documentos cheguem em tempo hábil em seu poder.

A inobservância desta condição não impedirá o Estipulante e/ou a Seguradora quanto à automática aplicação de todas as condições que regem o presente contrato.

17. PAGAMENTO DOS PRÊMIOS E INADIMPLÊNCIA

17.1 O prêmio mensal será constituído pela soma dos prêmios individuais do titular e de seus dependentes, acrescidos dos encargos previstos na legislação vigente, e da coparticipação para os planos com esta previsão na proposta de adesão e devidamente contratado pelo Segurado.

17.2 O segurado pagará o prêmio mensal mais os encargos previstos na legislação vigente, correspondente à faixa etária do plano de seguro contratado (titular+dependentes), e da coparticipação para os planos com esta previsão na proposta de adesão e devidamente contratado pelo Segurado, na data do vencimento mensal indicado no documento de cobrança, que corresponde ao dia 30(trinta) do mês anterior à sua vigência em cobrança bancária em favor do Estipulante.

17.3 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.

17.4 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:

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

17.5 O prêmio mensal será pago somente na rede bancária conveniada, ou por débito em conta corrente do segurado mediante autorização expressa do correntista, nos vencimentos assinalados nos documentos de cobrança.

17.6 Os prêmios individuais e acertos de prêmio decorrentes de inclusões e exclusões de Segurados fora do prazo mensal de movimentação cadastral, serão contabilizados no prêmio mensal do mês subsequente às movimentações, conforme os valores vigentes na data do faturamento.

17.7 As movimentações de Segurados ocorridas após o fechamento da fatura serão consideradas como acerto de prêmio no faturamento do prêmio mensal subsequente.

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

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

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

17.11 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.**

17.12 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. Nesta hipótese o segurado ficará obrigado a devolver todas as carteiras do seguro (titular e dependentes), documentos que desde logo reconhece serem de propriedade do

Estipulante e a si disponibilizados sob o regime de comodato. Em caso de não devolução dos mesmos, o Estipulante poderá, quando o caso, proceder a busca e apreensão dos mesmos, sendo devidas ao Estipulante as parcelas vencidas até o cancelamento.

17.13 Como conseqüência da eventual não devolução dos documentos aludidos no subitem 17.12, o segurado ficará responsável pelo ressarcimento ao Estipulante de todas as despesas e custos judiciais necessários à recuperação dos mesmos, além de continuar obrigado pelo pagamento do prêmio aqui contratado até a data da efetiva entrega dos mencionados documentos.

17.14 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.

17.15 O direito às coberturas deste seguro será readquirido a partir da 0 (zero) hora do dia subsequente à regularização do pagamento do prêmio em atraso.

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

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

18. REAJUSTES DO PRÊMIO DO SEGURO

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.

18.1 Reajuste Financeiro do Prêmio

O valor do prêmio mensal será reajustado anualmente **no aniversário da Apólice Mestra Estipulada pela Extramed(setembro), 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.

18.2 Reajuste do Prêmio em Função da Sinistralidade

A apuração da sinistralidade será aferida anualmente, para, se necessário, **aplicação no mês de setembro, em função da sinistralidade da Apólice Mestra estipulada pela Extramed, independente da data de início individual de cada segurado.**

18.2.1 Será feita uma única apuração para a Apólice Mestra(setembro), independente da data de adesão de cada segurado. Caso seja apurada necessidade de reajusto do prêmio em função da sinistralidade este será aplicado sobre a totalidade do grupo da Apólice Mestra

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

18.2.3 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.

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

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

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

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

Na qual:

PN= Prêmio Novo

PA = Prêmio Atual

ISPPA= Índice de Sinistro Pago + Sinistro Avisado/Prêmio

0,70 = Índice Máximo de Sinistralidade

18.2.7 O valor do prêmio recalculado por força do que dispõe o “captu” e na formula estabelecida pelo item 18.2.6, será devido a partir da mensalidade com vencimento em 30 de agosto, referente ao período de cobertura setembro.

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

18.2.9 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.

19. VARIAÇÃO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA

O valor do prêmio será adequado quando os Segurados mudarem de faixa etária, aplicando o percentual indicado na Tabela de Percentual por Mudança de Faixa Etária, sobre o valor do último prêmio individual. A adequação do prêmio ocorrerá no mês subsequente ao aniversário do Segurado.

19.1 Os percentuais estão definidos de acordo com as regras da RN 63, Artigo 3º, Incisos I e II, conforme descritos nas subcláusulas a seguir, instituída pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

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

19.1.2 A variação acumulada entre a sétima e a décima faixa não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixa.

19.1.3 As variações por mudança de faixa etária não terão percentuais negativos.

19.2 A readequação por mudança de faixa etária, não é considerada como reajuste nos termos do artigo 22 da RN195, instituída pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.´

19.3 Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa Etária

Faixas Etárias	Percentuais
00 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%

20. CANCELAMENTO DO SEGURO

20.1 Cancelamento do Seguro por iniciativa do Segurado.

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

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

20.2 Cancelamento do Seguro por iniciativa do Estipulante.

20.2.1 O contrato poderá ser rescindido pelo Estipulante, sem devolução dos prêmios pagos, toda vez que o segurado tornar-se inadimplente na forma estabelecida na Cláusula 17 – Item 17.12 , uma vez esgotado o prazo final para quitação bancária fixado no boleto de cobrança. Nesta hipótese o segurado ficará obrigado a devolver todas as carteiras do seguro(titular e dependentes), documentos que desde logo reconhece serem de propriedade do Estipulante e a si disponibilizados sob o regime de comodato. Em caso de não devolução dos mesmos, o Estipulante poderá, quando o caso, proceder a busca e apreensão dos mesmos, sendo devidas ao Estipulante as parcelas vencidas até o cancelamento.

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

20.3 Cancelamento do Seguro por iniciativa da Seguradora.

Este contrato poderá ser rescindido pela Seguradora, sem devolução dos prêmios pagos ao Estipulante, nas seguintes situações:

20.3.1 CANCELAMENTO MOTIVADO

20.3.1.1 Quando o proponente não fizer declarações verdadeiras e completas na proposta de adesão, omitindo circunstâncias que possam influir na aceitação do seguro ou no valor do prêmio mensal, conforme estabelecido no Código Civil Brasileiro.

20.3.1.2 Quando for identificado pela Seguradora infrações ou fraudes de qualquer natureza, com o objetivo de obter vantagens ilícitas.

20.3.2 CANCELAMENTO IMOTIVADO

20.3.2.1 Quando houver pronunciamento formal da seguradora perante a Estipulante, com até 60 dias de antecedência da vigência do contrato firmado entre o Estipulante e o Sub-Estipulante especificado na Proposta de Adesão que dá origem ao presente instrumento, no sentido da não renovação da cobertura dos riscos abrangidos pelo mesmo, nas condições vigentes.

20.3.2.2 Quanto houver pronunciamento formal do Sub-Estipulante, com a mesma antecedência do item precedente, no sentido da não renovação do contrato de sub-estipulação vigente entre este e o Estipulante.

20.3.2.3 O cancelamento imotivado do seguro por iniciativa da Seguradora e/ou do Estipulante/SubEstipulante, sem direito a devolução dos prêmios pagos, somente poderá ocorrer após a vigência do período de 12(doze) meses de vigência do contrato principal e mediante comunicação por escrito por qualquer das partes, com mínimo de 60 (sessenta) dias de antecedência.

20.4 O Segurado Titular será excluído do seguro nos seguintes casos:

- a) Término do vínculo com o Sub-Estipulante definido na proposta de adesão seguro saúde coletivo por adesão, sobre o qual se obriga a reportar quando da sua ocorrência;
- b) Infrações ou fraudes com o objetivo de obter vantagens ilícitas do seguro ou da Seguradora.

20.5 O Segurado Dependente será excluído do seguro nos casos de:

- a) Perda da condição de dependência definida nas Condições Gerais deste seguro;
- b) Cancelamento do Segurado Titular.

20.6 Em qualquer das situações de cancelamento o Segurado não terá direito a devolução dos prêmios pagos.

21. COMPROVAÇÃO DOS VÍNCULOS ENTRE SUB-ESTIPULANTE, SEGURADOS E DEPENDENTES FINANCEIROS

Para atender aos dispositivos regulamentares e preservar a integridade do resultado da apólice e validação do grupo segurável previsto em contrato, a Seguradora poderá solicitar a qualquer momento após a implantação da apólice, os documentos atualizados que comprovem a relação de vínculo, entre Segurado e Sub-Estipulante, e a relação de dependência financeira entre Segurado Titular e dependentes.

21.1 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 do segurado com o Sub-estipulante, que não seja informado para o Estipulante para providência de cancelamento serão tomadas as providências a seguir:

21.1.1 O Segurado será o responsável pelo pagamento do valor integral de todos os sinistros por atendimento em Rede Referenciada, Reembolsos e Autorizações Prévias ocorridas durante o período de vigência sem o vínculo/dependência, acrescidas de Despesas Administrativas e Financeiras.

21.1.2 A Seguradora providenciará, imediatamente à constatação de divergências, a exclusão do segurado para o último dia do mês da ocorrência desta constatação.

22. SIGILO MÉDICO

A Seguradora poderá, através do profissional médico por ela designado, consultar pessoas físicas ou jurídicas, de direito público ou privado, para obter informações relacionadas às coberturas deste seguro, resguardando o direito ao sigilo médico previsto na legislação vigente.

23. REGISTRO NA ANS – AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

O cadastro da Sul América Companhia de Seguro Saúde na ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar está sob o número 006246 e o da Extramed Administração e Serviços Médicos S/C Ltda está sob o número 414204.

24. ISENÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Nenhuma responsabilidade caberá à Seguradora, ao Estipulante ou ao Sub-Estipulante pelos atendimentos médico-hospitalares previstos neste contrato, concordando expressamente o segurado que tal responsabilidade será exclusiva do prestador de serviços que ela deu causa.

25. COBERTURAS ADICIONAIS

25.1 Transplantes de Órgãos

Transplante de coração, pâncreas, pâncreas-rim, pulmão e fígado, incluindo:

- a) Despesas assistências com doador vivo;
- b)
- c) Medicamentos utilizados durante a internação;
- d)
- c) Acompanhamento clínico pós-operatório, imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;

d) Despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.

25.1.1 O Segurado candidato a transplante de órgão proveniente de doador cadáver deverá estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos – CNCDOs, sujeito ao critério de fila única de espera e de seleção conforme legislação vigente.

25.2 Terapias

- a) Psicomotricidade – até 30 (trinta) sessões por ano de vigência do seguro;
- b) Escleroterapia – até 30 (trinta) sessões por ano de vigência do seguro;
- c) Fonoaudiologia – até 30 (trinta) sessões por ano de vigência do seguro, já inclusas as sessões previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;

25.2.1 O número de sessões de terapia por ano será zerado a cada período de 12 (doze) meses com início sempre no mês de janeiro de cada ano, quando se iniciará nova contagem para fins de concessão do benefício.

26. BENEFÍCIOS ADICIONAIS – ASSISTÊNCIA 24 HORAS

26.1 Assistência 24 Horas

O SulAmérica Saúde coloca à disposição de seus Segurados, residentes e domiciliados no Brasil, no caso de doenças ou acidentes graves ocorridos fora do município de seu domicílio, e que impeçam sua locomoção, os serviços da Assistência 24 Horas descritos a seguir.

Os serviços da Assistência 24 Horas deverão ser, obrigatoriamente, solicitados à Central de Serviços SulAmérica, não cabendo em nenhuma hipótese, a utilização do sistema de livre escolha.

26.2 Serviços prestados no Brasil, para todos os planos de seguro disponíveis

a) Remoção do Segurado

Se caso de doença ou acidente, após os primeiros-socorros terem sido prestados, for verificada a necessidade de remoção para hospital melhor equipado ou para hospital melhor equipado no domicílio, a Assistência 24 Horas organizará os contatos entre sua equipe médica e o estabelecimento hospitalar em que o Segurado estiver para realizar a remoção.

b) Retorno de acompanhantes

Caso o(s) acompanhante(s) do Segurado fique(m) impossibilitado(s) de retornar ao(s) seu(s) domicílio(s), pelo meio de transporte utilizado pelo Segurado, a Assistência 24 Horas providenciará e custeará o transporte para o retorno.

Fica a critério da Assistência 24 Horas a escolha do transporte para este retorno, podendo ser de táxi, ônibus ou avião de linha regular.

c) Acompanhante em caso de hospitalização do Segurado, por período superior a 5 (cinco) dias.

Caso o Segurado fique hospitalizado por doença súbita ou acidente, por período superior a 5 (cinco) dias e encontre-se sozinho, vindo a necessitar de acompanhante, será fornecido transporte de ida e volta, por meio à escolha da Assistência 24 Horas, para que uma pessoa indicada pelo Segurado, que resida e encontre-se no Brasil, esteja presente durante o período de hospitalização. O percurso coberto pela passagem não poderá ser superior à distância entre o domicílio do Segurado e o local em que ocorreu o evento.

d) Hospedagem do Acompanhante

Se, em caso de doença súbita ou acidente, o Segurado for hospitalizado por período superior a 5 (cinco) dias e fizer jus ao serviço de Acompanhante, conforme item “c”, anterior, a Assistência 24 Horas assumirá os gastos com a hospedagem desse acompanhante por até 5 (cinco) diárias improrrogáveis, iniciando após o 5º dia de hospitalização do assistido.

O serviço de hospedagem limita-se ao pagamento da diária em quarto Standard, com café da manhã, não incluindo quaisquer despesas extras (frigobar, jornais, refeições, estacionamento, etc.), obedecendo ao limite máximo de R\$ 100 (cem Reais) por diária. A escolha do estabelecimento ficará a exclusivo critério da Assistência 24 Horas.

e) Prolongamento da Estada

Se, em caso de doença súbita ou acidente, e imediatamente após a alta hospitalar, for recomendada a permanência do Segurado na cidade de hospitalização, por razões estritamente médicas, motivando alteração da data de retorno de sua viagem, a Assistência 24 Horas providenciará hospedagem por até 5 (cinco) diárias improrrogáveis. A recomendação deverá ser justificada através de relatório do médico responsável e confirmada pela equipe médica da Assistência 24 Horas.

O serviço de hospedagem limita-se ao pagamento da diária em quarto Standard, com café da manhã, não incluindo quaisquer despesas extras (frigobar, jornais, adaptações nos cômodos, equipamento de home care, refeições, estacionamento, etc.), obedecendo ao limite máximo de R\$ 100 (cem Reais) por diária. A escolha do estabelecimento ficará a exclusivo critério da Assistência 24 Horas

f) Remoção em caso de falecimento do Segurado

Se, em virtude de doença ou acidente, o Segurado vier a falecer, a Assistência 24 Horas arcará com as despesas do traslado do corpo até a cidade de seu domicílio, estando incluído na remoção o fornecimento de urna simples, apropriada para o traslado.

O percurso de remoção não deverá ser superior à distância entre o local do evento e o município do domicílio do Segurado

g) Retorno antecipado do Segurado ao seu domicílio

A Assistência 24 Horas fornecerá passagem de avião de linha regular, em classe econômica, ou de qualquer meio de transporte mais adequado, para que o Segurado retorne ao seu domicílio, caso tenha que interromper sua viagem, em razão de morte súbita do seu cônjuge, filhos, pais ou irmãos.

h) Bagagem

Se a bagagem do Segurado extraviar-se, durante o período em que estiver sob a responsabilidade da empresa de aviação, a Assistência 24 Horas não poupará esforços visando a sua recuperação.

Este serviço não prevê o pagamento de indenizações ou qualquer ressarcimento pela perda da bagagem ou seu conteúdo.

i) Motorista substituto no Brasil

Caso o Segurado fique impossibilitado de dirigir em razão de doença súbita ou acidente pessoal, segundo recomendação médica, e não haja acompanhante que possa fazê-lo, a Assistência 24 Horas providenciará um motorista para conduzir o veículo ao seu domicílio.

Esse serviço será prestado exclusivamente no Território Nacional, inclusive para os segurados do plano Executivo somente se o veículo do Segurado estiver em condições de trafegar, conforme exigências das normas oficiais de trânsito.

Correrão por conta da Assistência 24 Horas apenas a remuneração do motorista e suas respectivas despesas de alimentação e hospedagem, se necessário.

OBS: Este serviço não está previsto para veículos de carga, táxis, vans, pick-up, utilitários, ônibus, motos e veículos adaptados para deficientes.

j) Reembolso de tarifa por Passagem Perdida

Se, em caso de doença súbita ou acidente em viagem e por razões estritamente médicas, o Segurado for obrigado a alterar a data de retorno de sua viagem, possuindo bilhete aéreo com data ou limitação de regresso, a Assistência 24 Horas reembolsará as despesas referentes à diferença de tarifa.

O reembolso será efetuado ao Segurado, mediante comprovante de pagamento à empresa aérea e apresentação de laudo médico comprovando a impossibilidade de embarque na data prevista anteriormente.

26.3 Delimitação dos Serviços Prestados

a) os transportes, remoções e viagens fornecidos não compreenderão distância superior à existente entre o domicílio do Segurado e o local de ocorrência do evento que tenha motivado o pedido de assistência.

b) o serviço de retorno ao domicílio após alta hospitalar só será fornecido até 30 (trinta) dias após a alta médica, comprovada por liberação formal e por escrito do médico ou do serviço hospitalar responsável pelo atendimento do assistido.

26.4 Exclusões dos Serviços da Assistência 24 Horas

Os serviços da Assistência 24 Horas, anteriormente descritos, não serão prestados nos seguintes casos:

a) Se a viagem tiver duração superior a 60 (sessenta) dias consecutivos; será obrigação do Segurado comprovar a data da saída de seu domicílio se assim solicitado pela Assistência 24 Horas;

b) Em razão de gravidez, salvo complicações imprevisíveis, e em qualquer caso, após 20 semanas de gestação (confirmado pelo exame Ultrassonográfico);

c) Serviço de retorno ao domicílio após 30 (trinta) dias da alta médica, comprovada por liberação formal e por escrito do Médico Assistente ou do serviço hospitalar responsável pelo atendimento do Segurado;

d) Em virtude de convalescença e/ou infecção em curso de tratamentos não terminados;

e) Recaída de doença anteriormente contraída, que comportava riscos de agravamento ou Segurados em curso de doença ativa, manifestada antes do início da viagem;

f) Suicídio, tentativa de suicídio, duelo, rixa, alcoolismo, uso de tóxicos ou drogas não prescritas por médicos, bem como ato doloso praticado pelo Segurado;

g) Alpinismo com escalada, caça a animais perigosos, uso de armas de fogo, pesca submarina, esportes perigosos, espeleologia, competição esportiva ou treino preparatório com veículos aéreos, terrestres e aquáticos;

h) Não prestaremos atendimentos em países ou localidades em estado de guerra ou instabilidade política notória, guerra civil ou estrangeira, tumulto ou movimentos populares, greves, atos de terrorismo ou sabotagem, manifestações de radioatividade, bem como casos fortuitos ou de força maior;

i) Viagens ou hospitalização para tratamento estético. Fica também excluída assistência para qualquer tipo de complicação, prevista ou não, resultante de exames realizados pelo Segurado em viagem, salvo se em consequência de doença súbita ou acidente;

j) Viagem contraindicada em razão do estado de conservação das vias e/ou dos meios de transporte, excesso de passageiros ou viagem para locais de difícil acesso e sem infraestrutura;

k) Transportes, remoções e viagens com distância superior à existente entre o domicílio do Segurado e o local de ocorrência do evento que tenha motivado a solicitação do serviço;

l) Viagens para fins de tratamento médico (consultas médicas, hospitalização, exames complementares, fisioterapia e etc.). Fica também excluída assistência para qualquer tipo de complicação, prevista ou não, resultantes de exames realizados pelo Segurado em viagem, salvo se em consequência de doença súbita ou acidente.

26.5 Responsabilidades

A Seguradora não se responsabilizará por serviços que não foram solicitados, ou que não tenham sido por ela prévia e expressamente autorizados, não respondendo, em hipótese nenhuma, por indenizações ou prejuízos que o terceiro contratado, diretamente, possa causar ao Segurado, seja a que título for.

27. FORO

Fica eleito o Foro da Comarca de Curitiba para dirimir qualquer dúvida advinda do presente contrato de seguro.

Nome do Segurado:

Início de vigência:

Seguradora: SUL AMÉRICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE

Estipulante: EXTRAMED ADMINISTRAÇÃO E SERVIÇOS MÉDICOS LTDA

ANEXO I

CARACTERÍSTICAS ESSENCIAS DO PLANO SULAMÉRICA SAÚDE COLETIVO POR ADESÃO

PLANO REFERÊNCIA

1. CARACTERÍSTICAS DO PLANO

1.1 Tipo de Contratação

Este plano possui como tipo de contratação de que tratam as resoluções Normativas n.º 195/2009, 200/2009 e 204/2009, a modalidade Coletivo por Adesão.

1.2 Tipo de Segmentação Assistencial

É garantido ao Segurado a cobertura dos itens constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente a época do evento, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS na segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia.

1.3 Área Geográfica de Abrangência

Região estabelecida pela Seguradora para atendimento médico-hospitalar ao Segurado. A abrangência geográfica deste seguro, com base na Lei n.º 9.656/98 e sua regulamentação é Nacional.

1.4 Registro do Plano na ANS

1.4.1 – Nome Comercial do Plano na ANS: Referência Adesão Trad. 10 REF QC.

1.4.2 – Número do Registro na ANS: 466057119

1.4.3 – Acomodação Hospitalar - Quarto Coletivo

1.5 Múltiplos de Reembolso

Segurado Não Internado		Segurado Internado		
Consultas Médicas	Diagnose/Terapia e Demais Procedimentos Ambulatoriais	Honorários Médicos	Diárias e Despesas Hospitalares	SADT(*)
1,10	0,60	0,60	0,60	0,60

(*) Serviços auxiliares de diagnóstico e terapia

1.6 Rede Referenciada

A Rede Referenciada está definida de acordo com o plano Referência na acomodação quarto coletivo e disponível no território nacional.

1.7 Atendimento de Urgência e Emergência

1.7.1 Emergência

Evento que implique em risco imediato de vida ou lesões irreparáveis para o Segurado, caracterizada em declaração do médico assistente.

1.7.2 Urgência

Evento resultante de Acidentes Pessoais ou complicações no processo gestacional que exija avaliação ou atendimento médico imediato.

1.7.3 É garantida a cobertura integral, ambulatorial e hospitalar para urgência e emergência.

1.7.4 Nos casos de emergência e urgência quando houver acordo para Cobertura Parcial Temporária, o Segurado terá cobertura ambulatorial assegurada até as primeiras 12 (doze) horas de atendimento ou até que ocorra a necessidade de internação e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados a Doenças e Lesões Preexistentes.

1.7.5 A partir da constatação da necessidade de realização de procedimentos exclusivos de internação e cobertura hospitalar para os segurados que estão em acordo para CPT e que o atendimento resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados a Doenças e lesões Preexistentes, ainda que dentro do período de 12 (doze) horas e na mesma unidade de atendimento, será garantido a remoção do segurado para uma unidade do SUS.

1.7.6 Após atendimento de urgência e emergência, será garantida a remoção, quando necessário por indicação médica para outra unidade referenciada ou para o SUS, quando não há cobertura para a continuidade do tratamento.

1.7.7 Após atendimento de urgência e emergência, será garantida a remoção do segurado para unidade da rede referenciada, quando caracteriza pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade do atendimento do segurado.

1.7.8 Nos casos em que não for possível o atendimento de urgência e emergência, em unidade referenciada, será garantido o reembolso, de acordo com o plano e os múltiplos contratados. O valor do reembolso não será inferior ao valor praticado pela Seguradora à rede referenciada para o plano do segurado.

1.7.8.1 Os documentos necessários para a solicitação do reembolso estão especificados na cláusula a seguir, bem como os prazos de pagamento e do envio da documentação.

Este anexo é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde Coletivo por Adesão Firmado com o Estipulante acima identificado.

Data: ____/____/____

Assinatura: _____

Nome do Segurado:

Início de vigência:

Seguradora: SUL AMÉRICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE

Estipulante: EXTRAMED ADMINISTRAÇÃO E SERVIÇOS MÉDICOS LTDA

ANEXO I

CARACTERÍSTICAS ESSENCIAS DO PLANO SULAMÉRICA SAÚDE COLETIVO POR ADESÃO PLANO IDEAL QUARTO COLETIVO

1. CARACTERÍSTICAS DO PLANO

1.1 Tipo de Contratação

Este plano possui como tipo de contratação de que tratam as resoluções Normativas n.º 195/2009, 200/2009 e 204/2009, a modalidade Coletivo por Adesão.

1.2 Tipo de Segmentação Assistencial

É garantido ao Segurado a cobertura dos itens constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente a época do evento, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS na segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia.

1.3 Área Geográfica de Abrangência

Região estabelecida pela Seguradora para atendimento médico-hospitalar ao Segurado. A abrangência geográfica deste seguro, com base na Lei n.º 9.656/98 e sua regulamentação é Nacional.

1.4 Registro do Plano na ANS

1.4.1 – Nome Comercial do Plano na ANS: Ideal Adesão Trad. 16 F AHO QC

1.4.2 – Número do registro na ANS: 476.930/16-9

1.4.3 – Acomodação Hospitalar – Quarto Coletivo

1.5 Múltiplos de Reembolso

Segurado Não Internado		Segurado Internado		
Consultas Médicas	Diagnose/Terapia e Demais Procedimentos Ambulatoriais	Honorários Médicos	Diárias e Despesas Hospitalares	SADT(*)
1,1	0,6	0,6	0,6	0,6

(*) Serviços auxiliares de diagnóstico e terapia

1.6 Rede Referenciada

A Rede Referenciada está definida de acordo com o plano Ideal na acomodação enfermaria e disponível no território nacional.

1.7 Coparticipação

Este plano não possui coparticipação, exceto para os casos de internação em psiquiatria, que será de acordo com o disposto na cláusula 6.4.1.1 do Contrato de Adesão – Seguro Saúde Coletivo por Adesão.

Este anexo é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde Coletivo por Adesão Firmado com o Estipulante acima identificado.

Nome do Segurado:

Início de vigência:

Seguradora: SUL AMÉRICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE

Estipulante: EXTRAMED ADMINISTRAÇÃO E SERVIÇOS MÉDICOS LTDA

ANEXO I

CARACTERÍSTICAS ESSENCIAS DO PLANO SULAMÉRICA SAÚDE COLETIVO POR ADESÃO PLANO EXATO QUARTO COLETIVO

1. CARACTERÍSTICAS DO PLANO

1.1 Tipo de Contratação

Este plano possui como tipo de contratação de que tratam as resoluções Normativas n.º 195/2009, 200/2009 e 204/2009, **a modalidade Coletivo por Adesão.**

1.2 Tipo de Segmentação Assistencial

É garantido ao Segurado a cobertura dos itens constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente a época do evento, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS na segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia.

1.3 Área Geográfica de Abrangência

Região estabelecida pela Seguradora para atendimento médico-hospitalar ao Segurado. A abrangência geográfica deste seguro, com base na Lei n.º 9.656/98 e sua regulamentação é Nacional.

1.4 Registro do Plano na ANS

1.4.1 – Nome Comercial do Plano na ANS: Exato Adesão Trad.16 F AHO QC

1.4.2 – Número do Registro na ANS: 476.927169

1.4.3 – Acomodação Hospitalar – Quarto Coletivo

1.5 Múltiplos de Reembolso

Segurado Não Internado		Segurado Internado		
Consultas Médicas	Diagnose/Terapia e Demais Procedimentos Ambulatoriais	Honorários Médicos	Diárias e Despesas Hospitalares	SADT(*)
1,1	0,6	0,6	0,6	0,6

(*) Serviços auxiliares de diagnóstico e terapia

1.6 Rede Referenciada

A Rede Referenciada está definida de acordo com o plano Exato na acomodação enfermagem e disponível no território nacional.

1.7 Coparticipação

Este plano não possui coparticipação, **exceto para os casos de internação em psiquiatria, que será de acordo com o disposto na cláusula 6.4.1.1 do Contrato de Adesão – Seguro Saúde Coletivo por Adesão.**

Este anexo é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde Coletivo por Adesão Firmado com o Estipulante acima identificado.

Nome do Segurado:

Início de vigência:

Seguradora: SUL AMÉRICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE

Estipulante: EXTRAMED ADMINISTRAÇÃO E SERVIÇOS MÉDICOS LTDA

ANEXO I

CARACTERÍSTICAS ESSENCIAS DO PLANO SULAMÉRICA SAÚDE COLETIVO POR ADESÃO PLANO EXATO APARTAMENTO

1. CARACTERÍSTICAS DO PLANO

1.1 Tipo de Contratação

Este plano possui como tipo de contratação de que tratam as resoluções Normativas n.º 195/2009, 200/2009 e 204/2009, a modalidade Coletivo por Adesão.

1.2 Tipo de Segmentação Assistencial

É garantido ao Segurado a cobertura dos itens constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente a época do evento, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS na segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia.

1.3 Área Geográfica de Abrangência

Região estabelecida pela Seguradora para atendimento médico-hospitalar ao Segurado. A abrangência geográfica deste seguro, com base na Lei n.º 9.656/98 e sua regulamentação é Nacional.

1.4 Registro do Plano na ANS

1.4.1 – Nome Comercial do Plano na ANS: Exato Adesão Trad.16 F AHO QP

1.4.2 – Número do Registro na ANS: 476941164

1.4.3 – Acomodação Hospitalar – Apartamento

1.5 Múltiplos de Reembolso

Segurado Não Internado		Segurado Internado		
Consultas Médicas	Diagnose/Terapia e Demais Procedimentos Ambulatoriais	Honorários Médicos	Diárias e Despesas Hospitalares	SADT(*)
1,1	0,6	1,2	0,6	0,6

(*) Serviços auxiliares de diagnóstico e terapia

1.6 Rede Referenciada

A Rede Referenciada está definida de acordo com o plano Exato na acomodação apartamento e disponível no território nacional.

1.7 Coparticipação

Este plano não possui coparticipação, exceto para os casos de internação em psiquiatria, que será de acordo com o disposto na cláusula 6.4.1.1 do Contrato de Adesão – Seguro Saúde Coletivo por Adesão.

Este anexo é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde Coletivo por Adesão Firmado com o Estipulante acima identificado.

Nome do Segurado:

Início de vigência:

Seguradora: SUL AMÉRICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE

Estipulante: EXTRAMED ADMINISTRAÇÃO E SERVIÇOS MÉDICOS LTDA

ANEXO I

CARACTERÍSTICAS ESSENCIAS DO PLANO SULAMÉRICA SAÚDE COLETIVO POR ADESÃO PLANO CLÁSSICO QUARTO COLETIVO

1. CARACTERÍSTICAS DO PLANO

1.1 Tipo de Contratação

Este plano possui como tipo de contratação de que tratam as resoluções Normativas n.º 195/2009, 200/2009 e 204/2009, **a modalidade Coletivo por Adesão.**

1.2 Tipo de Segmentação Assistencial

É garantido ao Segurado a cobertura dos itens constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente a época do evento, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS na segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia.

1.3 Área Geográfica de Abrangência

Região estabelecida pela Seguradora para atendimento médico-hospitalar ao Segurado. A abrangência geográfica deste seguro, com base na Lei n.º 9.656/98 e sua regulamentação é Nacional.

1.4 Registro do Plano na ANS

1.4.1 – Nome Comercial do Plano na ANS: Clássico Adesão Trad.16 F AHO QC

1.4.2 – Número do Registro na ANS: 476920161

1.4.3 – Acomodação Hospitalar – Quarto Coletivo

1.5 Múltiplos de Reembolso

Segurado Não Internado		Segurado Internado		
Consultas Médicas	Diagnose/Terapia e Demais Procedimentos Ambulatoriais	Honorários Médicos	Diárias e Despesas Hospitalares	SADT(*)
2,4	1,0	1,0	1,0	1,0

(*) Serviços auxiliares de diagnóstico e terapia

1.6 Reembolso no Exterior

1.6.1 Será garantido o reembolso das despesas médicas e hospitalares cobertas, realizadas no exterior, de acordo com o múltiplo e a Tabela SulAmérica Saúde, limitado aos custos médios praticados pelos hospitais constantes na rede referenciada do plano Clássico, na acomodação enfermaria.

1.6.2 O reembolso das despesas médicas hospitalares, comprovadamente pagas, realizadas no Exterior, será feito em moeda corrente nacional. Para a conversão será utilizada a taxa de câmbio oficial de venda, vigente na data da quitação do atendimento realizado.

1.7 Rede Referenciada

A Rede Referenciada está definida de acordo com o plano Clássico na acomodação enfermaria e disponível no território nacional.

1.8 Coparticipação

Este plano não possui coparticipação, **exceto para os casos de internação em psiquiatria, que será de acordo com o disposto na cláusula 6.4.1.1 do Contrato de Adesão – Seguro Saúde Coletivo por Adesão.**

Este anexo é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde Coletivo por Adesão Firmado com o Estipulante acima identificado.

Nome do Segurado:

Início de vigência:

Seguradora: SUL AMÉRICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE

Estipulante: EXTRAMED ADMINISTRAÇÃO E SERVIÇOS MÉDICOS LTDA

ANEXO I

CARACTERÍSTICAS ESSENCIAS DO PLANO SULAMÉRICA SAÚDE COLETIVO POR ADESÃO PLANO CLÁSSICO APARTAMENTO

1. CARACTERÍSTICAS DO PLANO

1.1 Tipo de Contratação

Este plano possui como tipo de contratação de que tratam as resoluções Normativas n.º 195/2009, 200/2009 e 204/2009, **a modalidade Coletivo por Adesão.**

1.2 Tipo de Segmentação Assistencial

É garantido ao Segurado a cobertura dos itens constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente a época do evento, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS na segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia.

1.3 Área Geográfica de Abrangência

Região estabelecida pela Seguradora para atendimento médico-hospitalar ao Segurado. A abrangência geográfica deste seguro, com base na Lei n.º 9.656/98 e sua regulamentação é Nacional.

1.4 Registro do Plano na ANS

1.4.1 – Nome Comercial do Plano na ANS: Clássico Adesão Trad.16 F AHO QP

1.4.2 – Número do Registro na ANS: 476916163

1.4.3 – Acomodação Hospitalar – Apartamento

1.5 Múltiplos de Reembolso

Segurado Não Internado		Segurado Internado		
Consultas Médicas	Diagnose/Terapia e Demais Procedimentos Ambulatoriais	Honorários Médicos	Diárias e Despesas Hospitalares	SADT(*)
2,4	1,0	2,0	1,0	1,0

(*) Serviços auxiliares de diagnóstico e terapia

1.6 Reembolso no Exterior

1.6.1 Será garantido o reembolso das despesas médicas e hospitalares cobertas, realizadas no exterior, de acordo com o múltiplo e a Tabela SulAmérica Saúde, limitado aos custos médios praticados pelos hospitais constantes na rede referenciada do plano Clássico, na acomodação apartamento.

1.6.2 O reembolso das despesas médicas hospitalares, comprovadamente pagas, realizadas no Exterior, será feito em moeda corrente nacional. Para a conversão será utilizada a taxa de câmbio oficial de venda, vigente na data da quitação do atendimento realizado.

1.7 Rede Referenciada

A Rede Referenciada está definida de acordo com o plano Clássico na acomodação apartamento e disponível no território nacional.

1.8 Coparticipação

Este plano não possui coparticipação, **exceto para os casos de internação em psiquiatria, que será de acordo com o disposto na cláusula 6.4.1.1 do Contrato de Adesão – Seguro Saúde Coletivo por Adesão.**

Este anexo é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde Coletivo por Adesão Firmado com o Estipulante acima identificado.

Data: ____/____/____

Assinatura: _____

Nome do Segurado:

Início de vigência:

Seguradora: SUL AMÉRICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE

Estipulante: EXTRAMED ADMINISTRAÇÃO E SERVIÇOS MÉDICOS LTDA

ANEXO I

CARACTERÍSTICAS ESSENCIAS DO PLANO SULAMÉRICA SAÚDE COLETIVO POR ADESÃO PLANO ESPECIAL 100

1. CARACTERÍSTICAS DO PLANO

1.1 Tipo de Contratação

Este plano possui como tipo de contratação de que tratam as resoluções Normativas n.º 195/2009, 200/2009 e 204/2009, a modalidade Coletivo por Adesão.

1.2 Tipo de Segmentação Assistencial

É garantido ao Segurado a cobertura dos itens constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente a época do evento, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS na segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia.

1.3 Área Geográfica de Abrangência

Região estabelecida pela Seguradora para atendimento médico-hospitalar ao Segurado. A abrangência geográfica deste seguro, com base na Lei n.º 9.656/98 e sua regulamentação é Nacional.

1.4 Registro do Plano na ANS

1.4.1 – Nome Comercial do Plano na ANS: Especial 100 Adesão Trad.16 F AHO QP

1.4.2 – Número do Registro na ANS: 476937166

1.4.3 – Acomodação Hospitalar – Apartamento

1.5 Múltiplos de Reembolso

Opções de Reembolso	Segurado Não Internado		Segurado Internado		
	Consultas Médicas	Diagnose/Terapia e Demais Procedimentos Ambulatoriais	Honorários Médicos	Diárias e Despesas Hospitalares	SADT(*)
R1	2,9	1,0	2,0	1,0	1,0
R2	3,4	1,0	3,6	1,0	1,0
R3	5,1	3,0	5,3	1,0	3,0

(*) Serviços auxiliares de diagnóstico e terapia

1.5.1 O Segurado poderá escolher uma das opções de reembolso disponíveis acima no momento da contratação, e deverá assinalar na proposta de adesão.

1.5.2 A opção do reembolso definida pelo Segurado Titular, será a mesma para os segurados dependentes.

1.6 Reembolso no Exterior

1.6.1 Será garantido o reembolso das despesas médicas e hospitalares cobertas, realizadas no exterior, de acordo com o múltiplo e a Tabela SulAmérica Saúde, limitado aos custos médios praticados pelos hospitais constantes na rede referenciada do plano Especial 100, na acomodação apartamento.

1.6.2 O reembolso das despesas médicas hospitalares, comprovadamente pagas, realizadas no Exterior, será feito em moeda corrente nacional. Para a conversão será utilizada a taxa de câmbio oficial de venda, vigente na data da quitação do atendimento realizado.

1.7 Rede Referenciada

A Rede Referenciada está definida de acordo com o plano Especial 100 na acomodação apartamento e disponível no território nacional.

1.8 Coparticipação

Este plano não possui coparticipação, exceto para os casos de internação em psiquiatria, que será de acordo com o disposto na cláusula 6.4.1.1 do Contrato de Adesão – Seguro Saúde Coletivo por Adesão.

Este anexo é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde Coletivo por Adesão Firmado com o Estipulante acima identificado.

Data: ____/____/____

Assinatura: _____

Nome do Segurado:

Início de vigência:

Seguradora: SUL AMÉRICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE

Estipulante: EXTRAMED ADMINISTRAÇÃO E SERVIÇOS MÉDICOS LTDA

ANEXO I
CARACTERÍSTICAS ESSENCIAS DO PLANO SULAMÉRICA SAÚDE COLETIVO POR ADESÃO

PLANO EXECUTIVO

1. CARACTERÍSTICAS DO PLANO

1.1 Tipo de Contratação

Este plano possui como tipo de contratação de que tratam as resoluções Normativas n.º 195/2009, 200/2009 e 204/2009, **a modalidade Coletivo por Adesão.**

1.2 Tipo de Segmentação Assistencial

É garantido ao Segurado a cobertura dos itens constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente a época do evento, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS na segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia.

1.3 Área Geográfica de Abrangência

Região estabelecida pela Seguradora para atendimento médico-hospitalar ao Segurado. A abrangência geográfica deste seguro, com base na Lei n.º 9.656/98 e sua regulamentação é Nacional.

1.4 Registro do Plano na ANS

1.4.1 – Nome Comercial do Plano na ANS: Executivo Adesão Trad.16 F AHO QP

1.4.2 – Número do Registro na ANS: 476934161

1.4.3 – Acomodação Hospitalar – Apartamento

1.5 Múltiplos de Reembolso

Opções de Reembolso	Segurado Não Internado		Segurado Internado		
	Consultas Médicas	Diagnose/Terapia e Demais Procedimentos Ambulatoriais	Honorários Médicos	Diárias e Despesas Hospitalares	SADT(*)
R1	6,5	3,0	4,0	4,0	3,0
R2	8,0	3,0	8,0	4,0	3,0
R3	11,0	4,0	9,5	4,0	4,0

(*) Serviços auxiliares de diagnóstico e terapia

1.5.1 O Segurado poderá escolher uma das opções de reembolso disponíveis acima no momento da contratação, e deverá assinalar na proposta de adesão.

1.5.2 A opção do reembolso definida pelo Segurado Titular, será a mesma para os segurados dependentes.

1.6 Reembolso no Exterior

1.6.1 Será garantido o reembolso das despesas médicas e hospitalares cobertas, realizadas no exterior, de acordo com o múltiplo e a Tabela SulAmérica Saúde, limitado aos custos médios praticados pelos hospitais constantes na rede referenciada do plano Executivo, na acomodação apartamento.

1.6.2 O reembolso das despesas médicas hospitalares, comprovadamente pagas, realizadas no Exterior, será feito em moeda corrente nacional. Para a conversão será utilizada a taxa de câmbio oficial de venda, vigente na data da quitação do atendimento realizado.

Data: ____/____/____

Assinatura: _____

1.7 Rede Referenciada

A Rede Referenciada está definida de acordo com o plano Executivo na acomodação apartamento e disponível no território nacional.

1.8 Coparticipação

Este plano não possui coparticipação, exceto para os casos de internação em psiquiatria, que será de acordo com o disposto na cláusula 6.4.1.1 do Contrato de Adesão – Seguro Saúde Coletivo por Adesão.

2.SERVIÇOS ADICIONAIS

2.1 Assistência 24 horas

Todos os serviços prestados no Brasil conforme já mencionado na cláusula 26 deste contrato, serão também prestados no Exterior, exceto Motorista Substituto.

2.1.1 Ficam acrescidos para atendimento no exterior os serviços descritos a seguir:

a) Retorno do Exterior de filhos menores de 14 (quatorze) anos

Em caso de falecimento ou hospitalização do Segurado, a Assistência 24 Horas providenciará um acompanhante para o retorno dos filhos do Segurado, menores de 14 anos, ao seu domicílio no Brasil, caso eles não estejam acompanhados de uma pessoa adulta.

b) Adiantamento para despesas médicas e hospitalares no Exterior

Se o Segurado precisar efetuar despesas médicas ou hospitalares, superiores a US\$ 100.00 (cem dólares norte-americanos), durante viagem ao Exterior, a Assistência 24 Horas adiantará o respectivo valor, até o limite de US\$ 10,000.00 (dez mil dólares norte-americanos).

O Segurado deverá assinar declaração comprometendo-se a reembolsar o adiantamento que for concedido, até 30 (trinta) dias após o seu regresso ao Brasil, sendo que, em qualquer caso, o pagamento deverá ser efetuado até 60 (sessenta) dias da data do adiantamento.

O reembolso será efetuado em reais, na quantia resultante da conversão pelo valor do dólar turismo do dia do reembolso.

c) Adiantamento para prestação de fiança ou caução penal

Se o Segurado, em caso de procedimento policial ou judicial iniciado no Exterior, decorrente de acidente de trânsito, for obrigado a prestar fiança ou caução penal para gozar de liberdade provisória, a Assistência 24 Horas adiantará o valor da fiança ou da caução penal, até US\$ 10,000.00 (dez mil dólares norte americanos), desde que as despesas ultrapassem US\$ 100.00 (cem dólares norte-americanos).

O Segurado deverá assinar declaração comprometendo-se a reembolsar o adiantamento que for concedido, até 30 (trinta) dias após o seu regresso ao Brasil, sendo que, em qualquer caso, o pagamento deverá ser efetuado até 60 (sessenta) dias da data do adiantamento.

O reembolso será efetuado em reais, na quantia resultante da conversão pelo valor do dólar turismo do dia do reembolso.

d) Orientação em Caso de Perda de Documentos

Se o Segurado Titular, durante viagem pelo exterior, perder seus documentos, a Assistência 24 Horas o orientará sobre as providências a serem tomadas, fornecendo endereços, telefones e outras informações necessárias.

Este anexo é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde Coletivo por Adesão Firmado com o Estipulante acima identificado.

Nome do Segurado:

Início de vigência:

Seguradora: SUL AMÉRICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE

Estipulante: EXTRAMED ADMINISTRAÇÃO E SERVIÇOS MÉDICOS LTDA

ANEXO I

CARACTERÍSTICAS ESSENCIAS DO PLANO SULAMÉRICA SAÚDE COLETIVO POR ADESÃO PLANO IDEAL QUARTO COLETIVO COM COPARTICIPAÇÃO

1. CARACTERÍSTICAS DO PLANO

1.1 Tipo de Contratação

Este plano possui como tipo de contratação de que tratam as resoluções Normativas n.º 195/2009, 200/2009 e 204/2009, a modalidade Coletivo por Adesão.

1.2 Tipo de Segmentação Assistencial

É garantido ao Segurado a cobertura dos itens constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente a época do evento, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS na segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia.

1.3 Área Geográfica de Abrangência

Região estabelecida pela Seguradora para atendimento médico-hospitalar ao Segurado. A abrangência geográfica deste seguro, com base na Lei n.º 9.656/98 e sua regulamentação é Nacional.

1.4 Registro do Plano na ANS

1.4.1 – Nome Comercial do Plano na ANS: Ideal Adesão Trad.16 F AHO QC COP

1.4.2 – Número do Registro na ANS: 476929165

1.4.3 – Acomodação Hospitalar – Quarto Coletivo

1.5 Múltiplos de Reembolso

Segurado Não Internado		Segurado Internado		
Consultas Médicas	Diagnose/Terapia e Demais Procedimentos Ambulatoriais	Honorários Médicos	Diárias e Despesas Hospitalares	SADT(*)
1,1	0,6	0,6	0,6	0,6

(*) Serviços auxiliares de diagnóstico e terapia

1.6 Rede Referenciada

A Rede Referenciada está definida de acordo com o plano Ideal na acomodação enfermaria e disponível no território nacional.

1.7 Coparticipação

É a participação na despesa assistencial a ser paga pelo Segurado diretamente à Estipulante, após a realização do procedimento juntamente com a mensalidade do plano

1.7.1 Os valores de coparticipação e procedimentos coparticipados estão descritos na proposta de adesão, exceto para os casos de internação em psiquiatria, que será de acordo com o disposto na cláusula 6.4.1.1 do Contrato de Adesão – Seguro Saúde Coletivo por Adesão.

1.7.2 Os valores referentes à coparticipação serão reajustados na forma e periodicidade previstas na Cláusula 18. REAJUSTES DO PRÊMIO DO SEGURO do Contrato de Adesão – Seguro Saúde Coletivo por Adesão.

1.7.3 Os valores referentes à coparticipação dos segurados na rede referenciada serão revertidos à Seguradora e cobrados do segurado juntamente com a mensalidade e nos casos de reembolso serão deduzidos do valor a ser pago ao Segurado Titular.

1.7.4 O Segurado será responsável pelo pagamento da coparticipação dos atendimentos realizados na vigência do seguro, independente do cancelamento do plano.

Este anexo é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde Coletivo por Adesão Firmado com o Estipulante acima identificado.

Nome do Segurado:

Início de vigência:

Seguradora: SUL AMÉRICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE

Estipulante: EXTRAMED ADMINISTRAÇÃO E SERVIÇOS MÉDICOS LTDA

ANEXO I

CARACTERÍSTICAS ESSENCIAS DO PLANO SULAMÉRICA SAÚDE COLETIVO POR ADESÃO PLANO EXATO QUARTO COLETIVO COM COPARTICIPAÇÃO

1. CARACTERÍSTICAS DO PLANO

1.1 Tipo de Contratação

Este plano possui como tipo de contratação de que tratam as resoluções Normativas n.º 195/2009, 200/2009 e 204/2009, **a modalidade Coletivo por Adesão.**

1.2 Tipo de Segmentação Assistencial

É garantido ao Segurado a cobertura dos itens constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente a época do evento, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS na segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia.

1.3 Área Geográfica de Abrangência

Região estabelecida pela Seguradora para atendimento médico-hospitalar ao Segurado. A abrangência geográfica deste seguro, com base na Lei n.º 9.656/98 e sua regulamentação é Nacional.

1.4 Registro do Plano na ANS

1.4.1 – Nome Comercial do Plano na ANS: Exato Adesão Trad.16 F AHO QC COP

1.4.2 – Número do Registro na ANS: 476942162

1.4.3 – Acomodação Hospitalar – Quarto Coletivo

1.5 Múltiplos de Reembolso

Segurado Não Internado		Segurado Internado		
Consultas Médicas	Diagnose/Terapia e Demais Procedimentos Ambulatoriais	Honorários Médicos	Diárias e Despesas Hospitalares	SADT(*)
1,1	0,6	0,6	0,6	0,6

(*) Serviços auxiliares de diagnóstico e terapia

1.6 Rede Referenciada

A Rede Referenciada está definida de acordo com o plano Exato na acomodação enfermaria e disponível no território nacional.

1.7 Coparticipação

É a participação na despesa assistencial a ser paga pelo Segurado diretamente à Estipulante, após a realização do procedimento juntamente com a mensalidade do plano

1.7.1 Os valores de coparticipação e procedimentos coparticipados estão descritos na proposta de adesão, exceto para os casos de internação em psiquiatria, que será de acordo com o disposto na cláusula 6.4.1.1 do Contrato de Adesão – Seguro Saúde Coletivo por Adesão.

1.7.2 Os valores referentes à coparticipação serão reajustados na forma e periodicidade previstas na Cláusula 18. REAJUSTES DO PRÊMIO DO SEGURO do Contrato de Adesão – Seguro Saúde Coletivo por Adesão.

1.7.3 Os valores referentes à coparticipação dos segurados na rede referenciada serão revertidos à Seguradora e cobrados do segurado juntamente com a mensalidade e nos casos de reembolso serão deduzidos do valor a ser pago ao Segurado Titular.

1.7.4 O Segurado será responsável pelo pagamento da coparticipação dos atendimentos realizados na vigência do seguro, independente do cancelamento do plano.

Este anexo é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde Coletivo por Adesão Firmado com o Estipulante acima identificado.

Nome do Segurado:

Início de vigência:

Seguradora: SUL AMÉRICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE

Estipulante: EXTRAMED ADMINISTRAÇÃO E SERVIÇOS MÉDICOS LTDA

ANEXO I

CARACTERÍSTICAS ESSENCIAS DO PLANO SULAMÉRICA SAÚDE COLETIVO POR ADESÃO PLANO EXATO APARTAMENTO COM COPARTICIPAÇÃO

1. CARACTERÍSTICAS DO PLANO

1.1 Tipo de Contratação

Este plano possui como tipo de contratação de que tratam as resoluções Normativas n.º 195/2009, 200/2009 e 204/2009, a modalidade Coletivo por Adesão.

1.2 Tipo de Segmentação Assistencial

É garantido ao Segurado a cobertura dos itens constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente a época do evento, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS na segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia.

1.3 Área Geográfica de Abrangência

Região estabelecida pela Seguradora para atendimento médico-hospitalar ao Segurado. A abrangência geográfica deste seguro, com base na Lei n.º 9.656/98 e sua regulamentação é Nacional.

1.4 Registro do Plano na ANS

1.4.1 – Nome Comercial do Plano na ANS: Exato Adesão Trad.16 F AHO QP COP

1.4.2 – Número do Registro na ANS: 476939162

1.4.3 – Acomodação Hospitalar – Apartamento

1.5 Múltiplos de Reembolso

Segurado Não Internado		Segurado Internado		
Consultas Médicas	Diagnose/Terapia e Demais Procedimentos Ambulatoriais	Honorários Médicos	Diárias e Despesas Hospitalares	SADT(*)
1,1	0,6	1,2	0,6	0,6

(*) Serviços auxiliares de diagnóstico e terapia

1.6 Rede Referenciada

A Rede Referenciada está definida de acordo com o plano Exato na acomodação apartamento e disponível no território nacional.

1.7 Coparticipação

É a participação na despesa assistencial a ser paga pelo Segurado diretamente à Estipulante, após a realização do procedimento juntamente com a mensalidade do plano

1.7.1 Os valores de coparticipação e procedimentos coparticipados estão descritos na proposta de adesão, exceto para os casos de internação em psiquiatria, que será de acordo com o disposto na cláusula 6.4.1.1 do Contrato de Adesão – Seguro Saúde Coletivo por Adesão.

1.7.2 Os valores referentes à coparticipação serão reajustados na forma e periodicidade previstas na Cláusula 18. REAJUSTES DO PRÊMIO DO SEGURO do Contrato de Adesão – Seguro Saúde Coletivo por Adesão.

1.7.3 Os valores referentes à coparticipação dos segurados na rede referenciada serão revertidos à Seguradora e cobrados do segurado juntamente com a mensalidade e nos casos de reembolso serão deduzidos do valor a ser pago ao Segurado Titular.

1.7.4 O Segurado será responsável pelo pagamento da coparticipação dos atendimentos realizados na vigência do seguro, independente do cancelamento do plano.

Este anexo é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde Coletivo por Adesão Firmado com o Estipulante acima identificado.

Nome do Segurado:

Início de vigência:

Seguradora: SUL AMÉRICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE

Estipulante: EXTRAMED ADMINISTRAÇÃO E SERVIÇOS MÉDICOS LTDA

ANEXO I

CARACTERÍSTICAS ESSENCIAS DO PLANO SULAMÉRICA SAÚDE COLETIVO POR ADESÃO PLANO CLÁSSICO QUARTO COLETIVO COM COPARTICIPAÇÃO

1. CARACTERÍSTICAS DO PLANO

1.1 Tipo de Contratação

Este plano possui como tipo de contratação de que tratam as resoluções Normativas n.º 195/2009, 200/2009 e 204/2009, **a modalidade Coletivo por Adesão.**

1.2 Tipo de Segmentação Assistencial

É garantido ao Segurado a cobertura dos itens constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente a época do evento, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS na segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia.

1.3 Área Geográfica de Abrangência

Região estabelecida pela Seguradora para atendimento médico-hospitalar ao Segurado. A abrangência geográfica deste seguro, com base na Lei n.º 9.656/98 e sua regulamentação é Nacional.

1.4 Registro do Plano na ANS

1.4.1 – Nome Comercial do Plano na ANS: Clássico Adesão Trad.16 F AHO QC COP

1.4.2 – Número do Registro na ANS: 476918160

1.4.3 – Acomodação Hospitalar – Quarto Coletivo

1.5 Múltiplos de Reembolso

Segurado Não Internado		Segurado Internado		
Consultas Médicas	Diagnose/Terapia e Demais Procedimentos Ambulatoriais	Honorários Médicos	Diárias e Despesas Hospitalares	SADT(*)
2,4	1,0	1,0	1,0	1,0

(*) Serviços auxiliares de diagnóstico e terapia

1.6 Reembolso no Exterior

1.6.1 Será garantido o reembolso das despesas médicas e hospitalares cobertas, realizadas no exterior, de acordo com o múltiplo e a Tabela SulAmérica Saúde, limitado aos custos médios praticados pelos hospitais constantes na rede referenciada do plano Clássico, na acomodação enfermaria.

1.6.2 O reembolso das despesas médicas hospitalares, comprovadamente pagas, realizadas no Exterior, será feito em moeda corrente nacional. Para a conversão será utilizada a taxa de câmbio oficial de venda, vigente na data da quitação do atendimento realizado.

1.7 Rede Referenciada

A Rede Referenciada está definida de acordo com o plano Clássico na acomodação enfermaria e disponível no território nacional.

1.8 Coparticipação

É a participação na despesa assistencial a ser paga pelo Segurado diretamente à Estipulante, após a realização do procedimento juntamente com a mensalidade do plano

1.8.1 Os valores de coparticipação e procedimentos coparticipados estão descritos na proposta de adesão, exceto para os casos de internação em psiquiatria, que será de acordo com o disposto na cláusula 6.4.1.1 do Contrato de Adesão – Seguro Saúde Coletivo por Adesão.

1.8.2 Os valores referentes à coparticipação serão reajustados na forma e periodicidade previstas na Cláusula **18. REAJUSTES DO PRÊMIO DO SEGURO** do Contrato de Adesão – Seguro Saúde Coletivo por Adesão.

1.8.3 Os valores referentes à coparticipação dos segurados na rede referenciada serão revertidos à Seguradora e cobrados do segurado juntamente com a mensalidade e nos casos de reembolso serão deduzidos do valor a ser pago ao Segurado Titular.

1.8.4 O Segurado será responsável pelo pagamento da coparticipação dos atendimentos realizados na vigência do seguro, independente do cancelamento do plano.

Este anexo é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde Coletivo por Adesão Firmado com o Estipulante acima identificado.

Nome do Segurado:

Início de vigência:

Seguradora: SUL AMÉRICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE

Estipulante: EXTRAMED ADMINISTRAÇÃO E SERVIÇOS MÉDICOS LTDA

ANEXO I

CARACTERÍSTICAS ESSENCIAS DO PLANO SULAMÉRICA SAÚDE COLETIVO POR ADESÃO PLANO CLÁSSICO APARTAMENTO COM COPARTICIPAÇÃO

1. CARACTERÍSTICAS DO PLANO

1.1 Tipo de Contratação

Este plano possui como tipo de contratação de que tratam as resoluções Normativas n.º 195/2009, 200/2009 e 204/2009, **a modalidade Coletivo por Adesão.**

1.2 Tipo de Segmentação Assistencial

É garantido ao Segurado a cobertura dos itens constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente a época do evento, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS na segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia.

1.3 Área Geográfica de Abrangência

Região estabelecida pela Seguradora para atendimento médico-hospitalar ao Segurado. A abrangência geográfica deste seguro, com base na Lei n.º 9.656/98 e sua regulamentação é Nacional.

1.4 Registro do Plano na ANS

1.4.1 – Nome Comercial do Plano na ANS: Clássico Adesão Trad.16 F AHO QP COP

1.4.2 – Número do Registro na ANS: 476914167

1.4.3 – Acomodação Hospitalar – Apartamento

1.5 Múltiplos de Reembolso

Segurado Não Internado		Segurado Internado		
Consultas Médicas	Diagnose/Terapia e Demais Procedimentos Ambulatoriais	Honorários Médicos	Diárias e Despesas Hospitalares	SADT(*)
2,4	1,0	2,0	1,0	1,0

(*) Serviços auxiliares de diagnóstico e terapia

1.6 Reembolso no Exterior

1.6.1 Será garantido o reembolso das despesas médicas e hospitalares cobertas, realizadas no exterior, de acordo com o múltiplo e a Tabela SulAmérica Saúde, limitado aos custos médios praticados pelos hospitais constantes na rede referenciada do plano Clássico, na acomodação apartamento.

1.6.2 O reembolso das despesas médicas hospitalares, comprovadamente pagas, realizadas no Exterior, será feito em moeda corrente nacional. Para a conversão será utilizada a taxa de câmbio oficial de venda, vigente na data da quitação do atendimento realizado.

1.7 Rede Referenciada

A Rede Referenciada está definida de acordo com o plano Clássico na acomodação apartamento e disponível no território nacional.

1.8 Coparticipação

É a participação na despesa assistencial a ser paga pelo Segurado diretamente à Estipulante, após a realização do procedimento juntamente com a mensalidade do plano

1.8.1 Os valores de coparticipação e procedimentos coparticipados estão descritos na proposta de adesão, exceto para os casos de internação em psiquiatria, que será de acordo com o disposto na cláusula 6.4.1.1 do Contrato de Adesão – Seguro Saúde Coletivo por Adesão.

1.8.2 Os valores referentes à coparticipação serão reajustados na forma e periodicidade previstas na Cláusula **18. REAJUSTES DO PRÊMIO DO SEGURO do Contrato de Adesão – Seguro Saúde Coletivo por Adesão.**

1.8.3 Os valores referentes à coparticipação dos segurados na rede referenciada serão revertidos à Seguradora e cobrados do segurado juntamente com a mensalidade e nos casos de reembolso serão deduzidos do valor a ser pago ao Segurado Titular.

1.8.4 O Segurado será responsável pelo pagamento da coparticipação dos atendimentos realizados na vigência do seguro, independente do cancelamento do plano.

Este anexo é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde Coletivo por Adesão Firmado com o Estipulante acima identificado.

Data: ____/____/____

Assinatura: _____

Nome do Segurado:

Início de vigência:

Seguradora: SUL AMÉRICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE

Estipulante: EXTRAMED ADMINISTRAÇÃO E SERVIÇOS MÉDICOS LTDA

ANEXO I

CARACTERÍSTICAS ESSENCIAS DO PLANO SULAMÉRICA SAÚDE COLETIVO POR ADESÃO

PLANO ESPECIAL 100 COM COPARTICIPAÇÃO

1. CARACTERÍSTICAS DO PLANO

1.1 Tipo de Contratação

Este plano possui como tipo de contratação de que tratam as resoluções Normativas n.º 195/2009, 200/2009 e 204/2009, a modalidade Coletivo por Adesão.

1.2 Tipo de Segmentação Assistencial

É garantido ao Segurado a cobertura dos itens constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente a época do evento, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS na segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia.

1.3 Área Geográfica de Abrangência

Região estabelecida pela Seguradora para atendimento médico-hospitalar ao Segurado. A abrangência geográfica deste seguro, com base na Lei n.º 9.656/98 e sua regulamentação é Nacional.

1.4 Registro do Plano na ANS

1.4.1 – Nome Comercial do Plano na ANS: Especial 100 Adesão Trad.16 F AHO QP COP

1.4.2 – Número do Registro na ANS: 476936168

1.4.3 – Acomodação Hospitalar – Apartamento

1.5 Múltiplos de Reembolso

Opções de Reembolso	Segurado Não Internado		Segurado Internado		
	Consultas Médicas	Diagnose/Terapia e Demais Procedimentos Ambulatoriais	Honorários Médicos	Diárias e Despesas Hospitalares	SADT(*)
R1	2,9	1,0	2,0	1,0	1,0
R2	3,4	1,0	3,6	1,0	1,0
R3	5,1	3,0	5,3	1,0	3,0

(*) Serviços auxiliares de diagnóstico e terapia

1.5.1 O Segurado poderá escolher uma das opções de reembolso disponíveis acima no momento da contratação, e deverá assinalar na proposta de adesão.

1.5.2 A opção do reembolso definida pelo Segurado Titular, será a mesma para os segurados dependentes.

1.6 Reembolso no Exterior

1.6.1 Será garantido o reembolso das despesas médicas e hospitalares cobertas, realizadas no exterior, de acordo com o múltiplo e a Tabela SulAmérica Saúde, limitado aos custos médios praticados pelos hospitais constantes na rede referenciada do plano Especial 100, na acomodação apartamento.

1.6.2 O reembolso das despesas médicas hospitalares, comprovadamente pagas, realizadas no Exterior, será feito em moeda corrente nacional. Para a conversão será utilizada a taxa de câmbio oficial de venda, vigente na data da quitação do atendimento realizado.

1.7 Rede Referenciada

A Rede Referenciada está definida de acordo com o plano Especial 100 na acomodação apartamento e disponível no território nacional.

1.8 Coparticipação

É a participação na despesa assistencial a ser paga pelo Segurado diretamente à Estipulante, após a realização do procedimento juntamente com a mensalidade do plano

1.8.1 Os valores de coparticipação e procedimentos coparticipados estão descritos na proposta de adesão, exceto para os casos de internação em psiquiatria, que será de acordo com o disposto na cláusula 6.4.1.1 do Contrato de Adesão – Seguro Saúde Coletivo por Adesão.

1.8.2 Os valores referentes à coparticipação serão reajustados na forma e periodicidade previstas na Cláusula **18. REAJUSTES DO PRÊMIO DO SEGURO** do Contrato de Adesão – Seguro Saúde Coletivo por Adesão.

1.8.3 Os valores referentes à coparticipação dos segurados na rede referenciada serão revertidos à Seguradora e cobrados do segurado juntamente com a mensalidade e nos casos de reembolso serão deduzidos do valor a ser pago ao Segurado Titular.

1.8.4 O Segurado será responsável pelo pagamento da coparticipação dos atendimentos realizados na vigência do seguro, independente do cancelamento do plano.

Este anexo é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde Coletivo por Adesão Firmado com o Estipulante acima identificado.

Nome do Segurado:

Início de vigência:

Seguradora: SUL AMÉRICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE

Estipulante: EXTRAMED ADMINISTRAÇÃO E SERVIÇOS MÉDICOS LTDA

ANEXO I

CARACTERÍSTICAS ESSENCIAS DO PLANO SULAMÉRICA SAÚDE COLETIVO POR ADESÃO

PLANO EXECUTIVO COM COPARTICIPAÇÃO

1. CARACTERÍSTICAS DO PLANO

1.1 Tipo de Contratação

Este plano possui como tipo de contratação de que tratam as resoluções Normativas n.º 195/2009, 200/2009 e 204/2009, a modalidade Coletivo por Adesão.

1.2 Tipo de Segmentação Assistencial

É garantido ao Segurado a cobertura dos itens constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente a época do evento, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS na segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia.

1.3 Área Geográfica de Abrangência

Região estabelecida pela Seguradora para atendimento médico-hospitalar ao Segurado. A abrangência geográfica deste seguro, com base na Lei n.º 9.656/98 e sua regulamentação é Nacional.

1.4 Registro do Plano na ANS

1.4.1 – Nome Comercial do Plano na ANS: Executivo Adesão Trad.16 F AHO QP COP

1.4.2 – Número do Registro na ANS: 476932165

1.4.3 – Acomodação Hospitalar – Apartamento

1.5 Múltiplos de Reembolso

Opções de Reembolso	Segurado Não Internado		Segurado Internado		
	Consultas Médicas	Diagnose/Terapia e Demais Procedimentos Ambulatoriais	Honorários Médicos	Diárias e Despesas Hospitalares	SADT(*)
R1	6,5	3,0	4,0	4,0	3,0
R2	8,0	3,0	8,0	4,0	3,0
R3	11,0	4,0	9,5	4,0	4,0

(*) Serviços auxiliares de diagnóstico e terapia

1.5.1 O Segurado poderá escolher uma das opções de reembolso disponíveis acima no momento da contratação, e deverá assinalar na proposta de adesão.

1.5.2 A opção do reembolso definida pelo Segurado Titular, será a mesma para os segurados dependentes.

1.6 Reembolso no Exterior

1.6.1 Será garantido o reembolso das despesas médicas e hospitalares cobertas, realizadas no exterior, de acordo com o múltiplo e a Tabela SulAmérica Saúde, limitado aos custos médios praticados pelos hospitais constantes na rede referenciada do plano Executivo, na acomodação apartamento.

1.6.2 O reembolso das despesas médicas hospitalares, comprovadamente pagas, realizadas no Exterior, será feito em moeda corrente nacional. Para a conversão será utilizada a taxa de câmbio oficial de venda, vigente na data da quitação do atendimento realizado.

1.7 Rede Referenciada

A Rede Referenciada está definida de acordo com o plano Executivo na acomodação apartamento e disponível no território nacional.

1.8 Coparticipação

É a participação na despesa assistencial a ser paga pelo Segurado diretamente à Estipulante, após a realização do procedimento juntamente com a mensalidade do plano

1.8.1 Os valores de coparticipação e procedimentos coparticipados estão descritos na proposta de adesão, exceto para os casos de internação em psiquiatria, que será de acordo com o disposto na cláusula 6.4.1.1 do Contrato de Adesão – Seguro Saúde Coletivo por Adesão.

1.8.2 Os valores referentes à coparticipação serão reajustados na forma e periodicidade previstas na Cláusula 18. REAJUSTES DO PRÊMIO DO SEGURO do Contrato de Adesão – Seguro Saúde Coletivo por Adesão.

1.8.3 Os valores referentes à coparticipação dos segurados na rede referenciada serão revertidos à Seguradora e cobrados do segurado juntamente com a mensalidade e nos casos de reembolso serão deduzidos do valor a ser pago ao Segurado Titular.

1.8.4 O Segurado será responsável pelo pagamento da coparticipação dos atendimentos realizados na vigência do seguro, independente do cancelamento do plano.

2.SERVIÇOS ADICIONAIS

2.1 Assistência 24 horas

Todos os serviços prestados no Brasil conforme já mencionado na cláusula 26 deste contrato, serão também prestados no Exterior, exceto Motorista Substituto.

2.1.1 Ficam acrescidos para atendimento no exterior os serviços descritos a seguir:

a) Retorno do Exterior de filhos menores de 14 (quatorze) anos

Em caso de falecimento ou hospitalização do Segurado, a Assistência 24 Horas providenciará um acompanhante para o retorno dos filhos do Segurado, menores de 14 anos, ao seu domicílio no Brasil, caso eles não estejam acompanhados de uma pessoa adulta.

b) Adiantamento para despesas médicas e hospitalares no Exterior

Se o Segurado precisar efetuar despesas médicas ou hospitalares, superiores a US\$ 100.00 (cem dólares norte-americanos), durante viagem ao Exterior, a Assistência 24 Horas adiantará o respectivo valor, até o limite de US\$ 10,000.00 (dez mil dólares norte-americanos).

O Segurado deverá assinar declaração comprometendo-se a reembolsar o adiantamento que for concedido, até 30 (trinta) dias após o seu regresso ao Brasil, sendo que, em qualquer caso, o pagamento deverá ser efetuado até 60 (sessenta) dias da data do adiantamento.

O reembolso será efetuado em reais, na quantia resultante da conversão pelo valor do dólar turismo do dia do reembolso.

c) Adiantamento para prestação de fiança ou caução penal

Se o Segurado, em caso de procedimento policial ou judicial iniciado no Exterior, decorrente de acidente de trânsito, for obrigado a prestar fiança ou caução penal para gozar de liberdade provisória, a Assistência 24 Horas adiantará o valor da fiança ou da caução penal, até US\$ 10,000.00 (dez mil dólares norte americanos), desde que as despesas ultrapassem US\$ 100.00 (cem dólares norte-americanos).

O Segurado deverá assinar declaração comprometendo-se a reembolsar o adiantamento que for concedido, até 30 (trinta) dias após o seu regresso ao Brasil, sendo que, em qualquer caso, o pagamento deverá ser efetuado até 60 (sessenta) dias da data do adiantamento.

O reembolso será efetuado em reais, na quantia resultante da conversão pelo valor do dólar turismo do dia do reembolso.

d) Orientação em Caso de Perda de Documentos

Se o Segurado Titular, durante viagem pelo exterior, perder seus documentos, a Assistência 24 Horas o orientará sobre as providências a serem tomadas, fornecendo endereços, telefones e outras informações necessárias.

Este anexo é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde Coletivo por Adesão Firmado com o Estipulante acima identificado.

Nome do Segurado:

Início de vigência:

Seguradora: SUL AMÉRICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE

Estipulante: EXTRAMED ADMINISTRAÇÃO E SERVIÇOS MÉDICOS LTDA

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA DE REAJUSTES – CONTRATO COLETIVO POR ADESÃO

Declaro para os devidos fins de direito que tenho ciência de que não estou contratando um plano individual, mas sim plano coletivo por adesão que possui regras diferentes dos planos individuais.

Declaro ainda que tenho ciência que os planos coletivos por adesão, diferentemente dos planos individuais, possuem a revisão dos valores das mensalidades no mês de aniversário do contrato Principal Estipulado pela Extramed para todos os beneficiários, independentemente da data de início do meu plano.

Estou ciente que no primeiro ano de vigência terei reajuste do meu contrato com menos de 12 meses, ou seja, que meu contrato terá revisão de valores, por sinistralidade e inflação médica, na data de aniversário do contrato principal da Extramed, informada na proposta de adesão.

Declaro que estou ciente que o índice de inflação médica a ser aplicado no meu plano *não é o informado pela ANS para os planos individuais*, mas sim o percentual definido para os planos coletivos da Sul América Companhia de Seguro Saúde.

Tenho ciência que o meu contrato possui também variação de valores por mudança de faixa etária e que tive conhecimento dos percentuais de reajuste de cada mudança de faixa etária até os 59 anos.

Desta forma, estou ciente que haverá reajuste nos valores a serem pagos a partir da mensalidade referente a competência Setembro de 2019.

Declaro que estou ciente que este plano possui cobertura exclusiva para os procedimentos definidos pela Lei 9656 e suas atualizações através do Rol de Procedimentos da ANS para a segmentação Ambulatorial + Hospitalar + Obstetrícia.

Este anexo é parte integrante das condições gerais do CONTRATO DE ADESÃO – PLANO DE SAÚDE COLETIVO POR ADESÃO.

Data: ____/____/____

Assinatura: _____