CONTRATO

OBJETO	Plano Privado de Assistência à saúde médica, ambulatorial e hospitalar, é pactuado sob o tipo de contratação Coletiva Empresarial, conforme previsto no Inciso I art.1º da Lei 9.656/98.
CONTRATADO	Promed Assistência Médica Ltda CNPJ 00.558.356/0001-45

CONTRATO Nº	4199123719	**VALOR**	Variável/Tabelas
INÍCIO	01/10/2015	**TÉRMINO**	Indeterminado

RESUMO DOS SERVIÇOS	Assistência médica, ambulatorial e hospitalar para seus empregados, cônjuge ou companheiro (a), filhos solteiros com idade inferior 35 (trinta e cinco) anos idade.
EMPRESAS PARTICIPANTES DO PROCESSO	

Promed 20 anos
ASSISTÊNCIA MÉDICA

CONTRATO PARTICULAR DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS, HOSPITALARES, DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA

CONTRATO N° _____

PÁGINA INICIAL – CARACTERÍSTICAS GERAIS DO CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE

CLÁUSULA PRIMEIRA - DAS PARTES CONTRATANTES:

QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA CONTRATADA:			
PROMED ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA., doravante denominada **PROMED** ou **CONTRATADA,** devidamente inscrita no CNPJ/MF sob o nº. 00.558.356/0001-45, com Registro da Operadora na ANS sob o nº. 34880-5, classificada como Medicina de Grupo, com sede na Alameda Oscar Niemeyer, nº. 891, 5° Andar, CEP: 34.000-000, Nova Lima/Minas Gerais.			
QUALIFICAÇÃO DA EMPRESA CONTRATANTE:			
Razão Social: OLYMPICO CLUB			
Endereço: RUA PROFESSOR ESTEVAO PINTO, 783			
Bairro: SERRA	Cidade: BELO HORIZONTE	UF: MG	CEP: 30.220-060
Telefone: (31) 3073-9103 (31) 9731-6595	E-mail: cidarh@olympico.com.br thaisrh@olympico.com.br	Contato: MARIA APARECIDA DA CUNHA THAIS COSTA SENA	
CNPJ: 17.489.824/0001-70	Inscrição Estadual: ISENTO		

CLÁUSULA SEGUNDA - DO PRODUTO CONTRATADO:

2.1 – A CONTRATANTE contrata neste ato o seguinte produto da OPERADORA: referido na página inicial deste contrato (características gerais do Contrato, nome comercial e número de registro do produto) conforme características do registro perante a Agência Nacional de Saúde Suplementar e cláusulas deste instrumento contratual.

NOME COMERCIAL DO PRODUTO	NÚMERO DE REGISTRO PRODUTO NA ANS	SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO	PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO
PROMED FLEX ENFERMARIA	457.232/08-7	Ambulatorial + Hospitalar	Coletiva

2.2 – Em caráter de concessão, a CONTRATADA oferecerá por todo o período que perdure a vigência contratual, a cobertura será com direito igual aos produtos com obstetrícia para o Produto Flex Enfermaria, bem como toda cobertura do ROL da ANS referente a obstetrícia e parto.

CLÁUSULA TERCEIRA – TIPO DE CONTRATAÇÃO:

3.1 - O presente plano privado de assistência à saúde é pactuado sob o tipo de **CONTRATAÇÃO COLETIVA EMPRESARIAL.**

CLÁUSULA QUARTA – ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA E ÁREA DE ATUAÇÃO:

4.1 - O produto ora contratado possui a seguinte área geográfica de abrangência: **GRUPO DE MUNICÍPIOS.**

4.2 - Os serviços contratados serão prestados em todos os municípios abaixo mencionados (especificação nominal da área de atuação): Abaeté, Aiuruoca, Além Paraíba, Alfenas, Almenara, Alpinópolis, Alto Jequitibá, Andradas, Araçuaí, Araguari, Araxá, Arcos, Areado, Arinos, Astolfo Dutra, Barão de Cocais, Barbacena, Barroso, Bela Vista de Minas, Belo Horizonte, Berilo, Betim, Bicas, Boa Esperança, Bocaiúva, Bom Despacho, Borda da Mata, Brasília de Minas, Brumadinho, Buritis, Cabo Verde, Cachoeira do Campo (Ouro Preto), Caetanópolis, Caeté, Cambuí, Cambuquira, Campanha, Campestre, Campina Verde, Campo Belo, Campos Altos, Capelinha, Capinópolis, Carangola, Caratinga, Careaçu, Carlos Chagas, Carmo do Cajuru, Carmo do Paranaíba, Carmo do Rio Claro, Cássia, Cataguases, Caxambu, Conceição das Alagoas, Conceição do Mato Dentro, Conceição do Rio Verde, Congonhas, Conselheiro Lafaiete, Contagem, Corinto, Coronel Fabriciano, Coronel Murta, Cristina, Curvelo, Diamantina, Divinópolis, Esmeraldas, Extrema, Felixlândia, Ferros, Formiga, Fronteira, Frutal, Governador Valadares, Guanhães, Guaxupé, Ibiá, Ibirité, Igarapé, Iguatama, Ipanema, Ipatinga, Itabira, Itabirito,Itaguara, Itajubá, Itaú de Minas, Itauna, Ituiutaba, Iturama, Jaboticatubas, Jacutinga, Janaúba, Januária, Jequitinhonha, João Monlevade, João Pinheiro, Juatuba, Juiz de Fora, Lagoa Santa, Lavras, Leopoldina, Machado, Manhuaçu, Manhumirim, Mantena, Mar de Espanha, Mariana, Mateus Leme, Matozinhos, Medina, Mirai, Monte Carmelo, Montes Claros, Muriaé, Muzambinho, Nepomuceno, Nova Era, Nova Lima, Nova Ponte, Nova Serrana, Nova União, Oliveira, Ouro Branco, Ouro Fino, Ouro Preto, Pará de Minas, Paracatu, Paraguaçu, Paraisópolis, Paraopeba, Passa Tempo, Passos, Patos de Minas, Patrocínio, Pedra Azul, Pedro Leopoldo, Perdizes, Pimenta, Pirapetinga, Pirapora, Pitangui, Piumhi, Poços de Caldas, Pompeu, Ponte Nova, Pouso Alegre, Prata, Raposos, Raul Soares, Resplendor, Ribeirão das Neves, Rio Casca, Rio Piracicaba, Rio Pomba, Sabará, Sabinópolis, Salinas, Santa Bárbara, Santa Luzia, Santa Rita do Sapucaí, Santana do Paraíso, Santos Dumont, São Gonçalo do Rio Abaixo, São Gotardo, São João Del Rei, São João Evangelista, São José da Lapa, São Lourenço, São Sebastião do Paraíso, Sarzedo, Serro, Sete Lagoas, Taiobeiras, Tarumirim, Teófilo Otoni, Timóteo, Tocantis, Três Corações, Três Marias, Três Pontas, Ubá, Uberaba, Uberlândia, Unaí, Varginha, Varzea da Palma, Vazante, Vespasiano, Viçosa, Visconde do Rio Branco.

CLÁUSULA QUINTA – FORMAÇÃO DE PREÇO:

5.1 - O presente contrato possui - de acordo com o item 11 do Anexo II da Resolução Normativa nº 100, alterado pela Resolução Normativa nº 144 - a seguinte formação de preço: **PRÉ–ESTABELECIDO** (quando o valor da contraprestação pecuniária é calculado antes da utilização das coberturas contratadas).

CLÁUSULA SEXTA – SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS:

6.1 Não são contratados neste ato serviços e/ou coberturas adicionais de assistência à saúde não previstos na Lei Federal N° 9.656/1998.

TEMAS DO CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE CONFORME NORMAS DA ANS:

CLÁUSULA SÉTIMA - ATRIBUTOS DO CONTRATO:

7.1 - O presente contrato tem por objeto a prestação continuada de serviços na forma de Plano Privado de Assistência à Saúde médica, ambulatorial e hospitalar, conforme previsto no inciso I, art. 1º, da Lei 9.656/98, abrangendo a cobertura descrita na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, CID 10, as especialidades definidas pelo Conselho Federal de Medicina, bem como no Rol de Procedimentos Médicos editados pela ANS, vigente à época do evento, aos Beneficiários regularmente inscritos, na forma e condições deste instrumento. A assistência ora pactuada visa à prevenção da doença, a recuperação e a manutenção da saúde, observando-se a legislação vigente e os termos deste instrumento contratual.

7.2 - O presente contrato é bilateral, nos termos da legislação civil em vigor, aplicando-se em especial os dispositivos inseridos nos artigos 458 a 461 do Código Civil (dos contratos aleatórios), caracterizando-se como contrato de adesão, na forma do disposto no artigo 54 da Lei Federal n° 8.078/1990, gerando direitos e obrigações para ambas as partes e sujeito ao Código Civil Brasileiro e ao Código de Defesa do Consumidor.

7.3 – A CONTRATANTE contrata neste ato o produto da OPERADORA referido na página inicial deste contrato (características gerais do Contrato, nome comercial e número de registro do produto) conforme características do registro perante a Agência Nacional de Saúde Suplementar e consoante cláusulas deste instrumento contratual.

CLÁUSULA OITAVA – CONDIÇÕES DE VÍNCULO DO BENEFICIÁRIO:

8.1 - As condições de vínculo do beneficiário são:

a) com vinculo empregatício ativo: destinado a empregados/funcionários ativos de pessoa jurídica contratante;

b) com vinculo empregatício inativo: destinado a empregados/funcionários de pessoa jurídica contratante, que estejam aposentados ou foram demitidos sem justa causa.

CLÁUSULA NONA – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO DO BENEFICIÁRIO:

9.1 - As condições de admissão do beneficiário são:

BENEFICIÁRIO TITULAR: Aquele que possui relação empregatícia ou estatutária com a CONTRATANTE, sócios e administradores da pessoa jurídica CONTRATANTE, trabalhadores temporários, estagiários e menores aprendizes.

BENEFICIÁRIO DEPENDENTE: Aquele que possui grau de parentesco consanguíneo ou por afinidade e dependência econômica, devidamente comprovada, em relação ao beneficiário titular e regularmente inscrito como tal:

a) o cônjuge;
b) o filho solteiro com idade inferior ou igual a 35 (trinta e cinco) anos;
c) o enteado com idade inferior ou igual a 35 (trinta e cinco) anos. Para esta inclusão, será necessária a certidão de casamento ou declaração de união estável emitida por cartório, do padrasto ou madrasta;
d) convivente, havendo união estável, na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial, sendo necessário apresentar declaração de união estável emitida por cartório;
e) filho comprovadamente inválido;

f) inscrição de filho adotivo, menor de doze anos de idade, aproveitando os períodos de carência já cumpridos pelo consumidor adotante, de acordo com o artigo 12, inciso VII, da Lei 9.656/98.

9.2 - O CONTRATANTE é obrigado a fornecer a relação dos beneficiários a serem inscritos, contendo os respectivos nomes e qualificação completa de cada um, principalmente a titularidade de sua vinculação com a empresa, responsabilizando-se, inclusive, pela indicação de dependência. Também deverá informar se há previsão dos beneficiários contribuírem para o custeio das coberturas objeto deste contrato e de que forma está equacionada esta previsão.

9.2.1 – Junto com a relação prevista no item 9.2, o CONTRATANTE é obrigado a fornecer à PROMED documentos que comprovem a elegibilidade dos beneficiários de planos coletivos, evidenciando o vínculo da pessoa natural com a empresa contratante do plano. Podem ser apresentados: ficha de registro de empregado, CTPS (Carteira de Trabalho), GFIP (Guia de Recolhimento do FGTS e Informações à Previdência Social) ou outro documento que tenha valor legal.

9.2.2 - Também com relação ao grupo familiar, é preciso juntar com o pedido de inclusão documento que comprove o vínculo de parentesco consanguíneo ou por afinidade, cônjuge ou companheiro(a).

9.3 – Caso o produto contratado tenha cobertura obstétrica, fica assegurada a inscrição ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de trinta dias do nascimento ou da adoção.

9.4 - O ingresso do grupo familiar dependerá da participação do beneficiário titular no contrato de plano privado de assistência à saúde.

CLÁUSULA DÉCIMA – COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS:

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

10.2 - O atendimento será assegurado independentemente do local de origem do evento, de acordo com a segmentação e a área de abrangência estabelecida neste contrato.

10.2.1 – As coberturas de procedimentos e eventos somente serão garantidas quando solicitados pelo médico assistente, mediante pedido válido por 30 (trinta) dias, de que conste o Código Internacional de Doenças (CID) ou a hipótese diagnóstica (HD).

10.3 - COBERTURAS AMBULATORIAIS EM UNIDADES DA REDE REFERENCIADA PELA CONTRATADA

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

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

b) Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente ou cirurgião dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar;

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

d) Cobertura para os seguintes procedimentos, considerados especiais:

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

10.4 - COBERTURAS HOSPITALARES EM UNIDADES DA REDE REFERENCIADA PELA CONTRATADA

10.4.1 - Ao BENEFICIÁRIO serão asseguradas as coberturas de despesas médico-hospitalares, sem limite de prazo, valor máximo e quantidade de internação, em unidades referenciadas aptas a atender as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM, englobando os seguintes itens:

a) Cobertura para internações hospitalares clínicas e/ou cirúrgicas e Centro de Terapia Intensiva ou similar;

b) Cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem, exceto quando em caráter particular, e alimentação;

c) Cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como a remoção do paciente, quando comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, em território brasileiro, dentro dos limites da abrangência geográfica prevista no contrato;

d) O BENEFICIÁRIO terá direito à cobertura de despesas de diária(s) de 1 (um) acompanhante, no caso de paciente menor de 18 (dezoito) anos, com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais e parturientes em pós parto imediato conforme indicação do médico assistente, no local da internação, excetuado os casos de CTI ou similar;

e) Cobertura de exames complementares indispensáveis ao controle da evolução da doença e à elucidação diagnóstica realizados durante o período de internação hospitalar;

f) Fornecimento de medicamentos nacionais e nacionalizados, anestésicos, gases medicinais e transfusões, conforme prescrição do médico assistente ministrados durante o período de internação hospitalar;
g) Cobertura para os seguintes procedimentos, considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:

- Hemodiálise e diálise peritonial;
- Quimioterapia oncológica ambulatorial;

- Radioterapia;
- Hemoterapia;
- Nutrição enteral ou parenteral;
- Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
- Embolizações e radiologia intervencionista;
- Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- Procedimentos de fisioterapia;

h) Cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções;

i) 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;

j) Cobertura de cirurgia buco-maxilo-facial, realizada por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar;

k) Cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica;

l) Transplantes de rins, córneas e transplantes autólogos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, bem como as despesas com os procedimentos necessários à realização do transplante, incluindo, quando couber: despesas assistenciais com doadores vivos, medicamentos utilizados durante a internação, acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção, despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde - SUS. Na hipótese de realização dos referidos transplantes, o associado deverá, obrigatoriamente, estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs, sujeitando-se aos critérios de fila única de espera e de seleção;

10.5 - COBERTURA PARA SAÚDE MENTAL EM UNIDADES DA REDE REFERENCIADA PELA CONTRATADA

10.5.1 - Ao BENEFICIÁRIO serão asseguradas as coberturas das despesas relativas à saúde mental correspondentes ao tratamento de todos os transtornos psiquiátricos codificados na CID-10.

10.5.1.1 - A cobertura ambulatorial em saúde mental garantirá:

a) atendimento às emergências psiquiátricas, assim consideradas as que impliquem ao BENEFICIÁRIO ou a terceiros, risco à vida ou danos físicos (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão) e/ou risco de danos morais ou patrimoniais importantes;

b) psicoterapia de crise, entendida como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área de saúde mental, iniciada imediatamente após o atendimento de emergência, com duração máxima de 12 (doze) semanas, limitada à cobertura de 12 (doze) sessões, não cumulativas, por ano de vigência do contrato;

c) tratamento básico, assim entendido aquele prestado pelo médico assistente, ou sob sua orientação, com número ilimitado de consultas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico ou outros procedimentos ambulatoriais.

10.5.1.2 - A cobertura hospitalar em saúde mental garantirá:

a) 30 (trinta) dias, não cumulativos, por ano de vigência, em hospital geral, para portador de transtornos psiquiátricos em situação de intoxicação ou abstinência, provocada por alcoolismo ou outras formas de dependência química, que necessitem de hospitalização. **Caso o período de internação ultrapasse os 30 (trinta) dias por ano, o beneficiário arcará com 30% (trinta por cento) das despesas hospitalares a contar do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação.**

b) 30 (trinta) dias, não cumulativos, por ano de vigência, em hospital psiquiátrico, em unidade de terapia ou em enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portador de transtornos psiquiátricos em situação de crise. **Caso o período de internação ultrapasse os 30 (trinta) dias por ano, o beneficiário arcará com 30% (trinta por cento) das despesas hospitalares a contar do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação.**

c) todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos, incluindo o atendimento das lesões auto-infringidas;

d) a cobertura hospitalar em saúde mental obedecerá as Diretrizes de Utilização na forma da regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

10.5.2 - A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais deverá priorizar o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e sempre que houver indicação do médico assistente.

10.6 - COBERTURA OBSTÉTRICA:

a) Procedimentos relativos ao pré-natal e à assistência ao parto e puerpério;

b) Cobertura de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, e pós-parto imediato;

c) Cobertura assistencial ao recém-nascido(a), filho(a) natural ou adotivo(a) do BENEFICIÁRIO, durante os 30 (trinta) primeiros dias após o parto sendo vedada qualquer alegação de DLP ou aplicação de CPT ou Agravo.

10.7 – REMOÇÃO:

10.7.1 - A operadora, de acordo com a alínea "e" do item II do artigo 12º da Lei 9.656, garante a remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro.

10.7.2 - A PROMED garante a cobertura de remoção, após realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando:

a) caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade de atenção ao paciente;
b) ou pela necessidade de internação para os usuários que estão cumprindo carência para internações hospitalares.

c) quando houver a necessidade de algum procedimento que esteja em regime de cobertura parcial temporária.

10.7.3 - Quando não puder haver remoção devido ao risco de vida, o contratante e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a operadora, desse ônus.

10.7.4 - Caberá a operadora o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento, onde a ambulância deverá conter os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS.

10.7.5 - Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade do SUS, a operadora estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – EXCLUSÕES DA COBERTURA CONTRATUAL:

11.1 – Estão excluídas da cobertura deste contrato:

11.1.1 - despesas não relacionadas diretamente com o tratamento médico hospitalar coberto pelo produto contratado e eventos não relacionados no Rol de procedimentos Médicos instituído pela ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar;

11.1.2 - despesas médico-hospitalares que tenham como origem enfermidades, lesões ou danos resultantes de atos ilícitos, dolosos ou culposos do beneficiário, tais como:

a) simulação e fraude, de qualquer natureza, para obter vantagens indevidas com o contrato;

b) ato reconhecidamente perigoso, voluntário, motivado por vontade do beneficiário, sem necessidade justificada e que resulte em dano á sua saúde.

11.1.3 - também estão excluídas das coberturas deste contrato as despesas relativas ou decorrentes de:

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

I) mamária;
II) em couro cabeludo (inclusive implante de cabelos), face (olho, boca, e orelhas) e pescoço;
III) de nariz (rinoplastia reparadora, rinosseptoplastia funcional e septoplastia cartilaginosa, por qualquer técnica), exceto quando comprovada a necessidade de restauração de função através de exames pré-operatórios;
IV) de dorso e membros;
V) de abdome;
VI) para correção de cicatrizes e/ou tatuagens por qualquer técnica;
VII) lipoaspiração e lipoescultura de qualquer localização;
VIII) órteses e próteses com finalidade estética.

b) procedimentos com fins estéticos tais como

I) epilação;
II) tratamento capilar e de calvície;
III) esfoliações químicas e/ou mecânicas, superficiais e/ou profundas;
IV) tratamento de estrias e rugas tais como aplicações locais de gorduras, produtos naturais, sintéticos, químicos, medicamentos e fios de ouro;
V) galvanoterapia e outros similares;
VI) cauterizações;
VII) laserterapia;
VIII) lasercirurgia;
IX) escleroterapia de microvarizes em membros inferiores e superiores (ou em qualquer outra região da superfície corporal) por qualquer técnica.

c) tratamentos clínicos e/ou cirúrgicos em regime ambulatorial, hospitalar, hospitalar-dia e clínicas, para:

I) rejuvenescimento;
II) convalescença;
III) senilidade;
IV) repouso;
V) acolhimento de idosos.

d) quaisquer tratamentos clínicos e/ou cirúrgicos em estâncias hidrominerais, "spa" ou assemelhadas, casas de repouso e/ou atendimento domiciliar.

e) fornecimento, aquisição, aluguel ou conserto de aparelhos ortopédicos como pernas e/ou braços mecânicos, muletas, cadeira de rodas, entre outras órteses.

f) fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico, bem como próteses, órteses e seus acessórios que sejam importadas.

g) assistência médica, paramédica domiciliar, incluindo medicamentos, aluguel de materiais, equipamentos, aparelhos e quaisquer gastos com instalação para atendimento domiciliar.

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

i) despesas extraordinárias de beneficiários e/ou acompanhantes, tais como: alimentação, uso de telefone, aluguel de TV, uso de frigobar, materiais descartáveis de uso pessoal ou de higiene íntima não inerentes ao tratamento, tais como: camisola, absorvente, fraldas, kits de toalete e assemelhados, excepcionadas as de alimentação (servida exclusivamente pela instituição) e acomodação de um acompanhante para o paciente menor de 18 anos e maior de 60 anos.

j) reeducação postural global.

k) condicionamento físico para beneficiários sendo, entretanto, coberto quando houver indicação médica para tratamento pós-cirúrgico cardíaco, doença isquêmica do coração e doença coronariana manifestada clinicamente após a vigência do contrato e considerada de alto risco.

l) transplantes, a exceção de córnea, rim e medula óssea autóloga.

m) despesas com consultas, exames, tratamento clínico/cirúrgico:
- I) experimentais;
- II) não éticos (previstos no Código Brasileiro de Ética Médica);
- III) nas especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

n) materiais e medicamentos importados, não reconhecidos pelos órgãos nacionais de aprovação, controle e fiscalização, bem como os utilizados para tratamento domiciliar e que não sejam ministrados em internações ou em atendimentos ambulatoriais.

o) métodos de fecundação, tais como fecundação "in vitro" e inseminação artificial, englobando consultas, exames, despesas hospitalares e quaisquer procedimentos relacionados com este fim.

p) necropsia de adultos, crianças e fetos ou exames histopatológicos de placenta.

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

r) remoções para consulta e/ou exames de beneficiários não internados.

s) imunizações e vacinas.

t) consultas e exames pré-admissionais, periódicos e demissionais.

u) quaisquer atendimentos odontológicos, exceto a cobertura da cirurgia buco-maxilo-facial que necessite de ambiente hospitalar.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DURAÇÃO DO CONTRATO:

12.1 - O prazo de vigência do contrato é de 12 meses, com início na data de assinatura entre CONTRATADA e CONTRATANTE.

12.2 - Ao término da primeira vigência contratual, não havendo qualquer manifestação das partes, no prazo de 30 dias de antecedência, o contrato passará a vigorar por prazo indeterminado, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – PERÍODOS DE CARÊNCIA:

13.1 - As coberturas previstas pelo plano contratado somente passam a vigorar depois de cumpridos os prazos de carência a seguir descritos, contados a partir da data de assinatura da proposta de adesão. Os prazos de carência são respectivamente:

a) 24 (vinte e quatro) horas para urgência e emergência;
b) 30 (trinta) dias para realização de consultas médicas;
c) 30 (trinta) dias para realização de exames simples;
d) 180 (cento e oitenta) dias para a realização de exames especiais;
e) 180 (cento e oitenta) dias para realização de cirurgias;
f) 180 (cento e oitenta) dias para procedimentos ambulatoriais comuns e especiais;
g) 180 (cento e oitenta) dias para internações;
h) 180 (cento e oitenta) dias para terapias;
i) 300 (trezentos) dias para parto, para os produtos que dispõem de cobertura obstétrica.

13.2 - No plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial, com número de participantes igual ou superior a 30 (trinta) beneficiários, não poderá ser exigido o cumprimento de prazos de carência, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DOENÇA E LESÃO PREEXISTENTE:

14.1 - DOENÇA OU LESÃO PREEXISTENTE (DLP):

Doença ou lesão preexistente (DLP) é aquela que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei nº 9656, de 3 de junho de 1998, o inciso IX do art 4º da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000 e as diretrizes estabelecidas na Resolução Normativa nº 162 de 17 de outubro de 2007 e atualizações.

14.2 - COBERTURA PARCIAL TEMPORARIA (CPT):

Cobertura parcial temporária (CPT) é aquela que admite, por um período ininterrupto de 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.

14.3 – AGRAVO:

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

14.4 - No plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial, com número de participantes igual ou superior a 30 (trinta) beneficiários, não poderá haver cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária, nos casos de doenças ou lesões preexistentes, **desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante.**

14.5 - Poderá ser exigido, a critério da operadora contratada, que o beneficiário informe por meio da Declaração de Saúde, o conhecimento de DLP, à época da assinatura do contrato ou adesão contratual, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou rescisão unilateral do contrato, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656, de 1998.

14.5.1 - O beneficiário terá, sem qualquer ônus, o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados ou referenciados pela Contratada. Caso o beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da contratada, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus financeiro dessa entrevista

14.6 - O formulário conterá perguntas ou itens a assinalar, redigidos em linguagem simples, de uso comum, evitando termos técnicos ou científicos pouco conhecidos, de uso restrito ao ambiente acadêmico ou profissional, oferecendo campo para que seja registrado:

I - se o preenchimento contou com a presença de médico orientador, o que deve ser registrado de próprio punho por este profissional, em campo específico;

II - se o beneficiário dispensou a presença do médico orientador;

III - comentários e informações adicionais, a respeito das questões formuladas, que o beneficiário entenda importante registrar; e
IV - identificação do beneficiário, assinatura e data de preenchimento da declaração.

14.7 - A Operadora não poderá alegar doença e lesão preexistente quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário por ela, com vistas à admissão do beneficiário.

14.8 - Constatada a existência de doença ou lesão preexistente, será proporcionado ao BENEFICIÁRIO TITULAR e aos demais beneficiários, COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA ou AGRAVO DO CONTRATO, em relação ao respectivo beneficiário que a possui, o que deverá ser mencionado no momento da contratação ou adesão contratual.

14.9 - Na hipótese de COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA, a operadora somente poderá suspender a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta tecnologia e os procedimentos de alta complexidade, quando relacionados diretamente à DLP especificada. **Será considerado como comportamento fraudulento à omissão de doença ou lesão preexistente de conhecimento prévio do beneficiário.**

14.10 - Identificado indício de fraude por parte do beneficiário, referente à omissão de conhecimento de DLP por ocasião da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a operadora comunicará imediatamente a alegação de omissão de informação ao beneficiário através de Termo de Comunicação ao Beneficiário, conforme descrito no inciso V do art. 18 da Resolução Normativa nº162 e atualizações.

14.10.1 - Neste caso, a Operadora poderá:

a) Oferecer CPT ao beneficiário 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 assinatura contratual ou da adesão ao plano privado de assistência à saúde;
b) Oferecer agravo, na forma do art. 7º da Resolução Normativa nº 162 e atualizações;
c) Solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do beneficiário à CPT.

14.10.2 - Caso a Operadora venha solicitar abertura de processo junto à ANS, a mesma não processará negativa de cobertura assistencial, assim como a suspensão ou rescisão unilateral de contrato, até a publicação pela ANS do encerramento do referido processo administrativo.

14.10.3 Reconhecida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar a fraude no preenchimento na Declaração de Saúde por parte de um dos beneficiários do produto contratado e/ou de seus dependentes, nos moldes da regulamentação expedida pela ANS, caso a fraude seja declarada por meio de decisão de órgão da Agência Nacional de Saúde da qual não caiba mais recurso, todos os valores referentes à cobertura dada ao beneficiário autor da fraude, desde o preenchimento da Declaração de Saúde até a decisão final da Agência Nacional de Saúde, serão de responsabilidade da CONTRATANTE, que deverá quitá-los no prazo de cinco dias após sua ciência.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – URGÊNCIA E EMERGÊNCIA:

15.1 - Para efeito desta cobertura, entende-se como atendimento de emergência aquele que implicar em risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizados em declaração do médico assistente. Como atendimento de urgência entende-se aquele resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional.

15.2 - SEGMENTAÇÃO AMBULATORIAL

15.2.1 – A segmentação ambulatorial garante cobertura de urgência e emergência, limitada até as primeiras 12 (doze) horas do atendimento.

15.2.2 - Quando necessária, para a continuidade do atendimento de urgência e emergência, a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e em tempo menor que 12 (doze) horas, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser do contratante, não cabendo ônus à operadora.

15.3 - SEGMENTAÇÃO HOSPITALAR

15.3.1 – A segmentação hospitalar garante cobertura de urgência e emergência que evoluírem para internação - desde a admissão do paciente até a sua alta - ou que sejam necessários à preservação da vida, órgãos e funções.

15.3.2 - Quando o atendimento de emergência for efetuado no decorrer dos períodos de carência, este deverá abranger cobertura igualmente àquela fixada para o segmento ambulatorial, não garantindo, portanto, cobertura para internação.

15.3.3 - Deverá garantir os atendimentos de urgência e emergência quando se referirem ao processo gestacional:

a) Para produto com cobertura obstétrica, em caso de necessidade de assistência médica hospitalar decorrente da condição gestacional de pacientes, porém ainda cumprindo período de carência, a operadora estará obrigada a cobrir o atendimento prestado nas mesmas condições previstas na segmentação ambulatorial.

b) Para produto sem cobertura obstétrica, em caso de necessidade de assistência médica hospitalar decorrente da condição gestacional de pacientes, a operadora estará obrigada a cobrir o atendimento prestado nas mesmas condições previstas na segmentação ambulatorial.

15.3.4 - Nos casos em que a atenção à saúde não venha a se caracterizar como própria do plano hospitalar, ou como de risco de vida, ou ainda, de lesões irreparáveis, não haverá a obrigatoriedade de cobertura por parte da operadora.

15.4 - O atendimento de urgência decorrente de acidente pessoal, será garantido, sem restrições, após decorridas 24 (vinte e quatro) horas da vigência do contrato.

15.5 - O BENEFICIÁRIO terá que cumprir carência de 24 (vinte e quatro) horas para urgência e emergência, a partir da data de adesão ao plano, nos termos da legislação e da Resolução CONSU 13, de 03 de novembro de 1998.

15.6 - Os atendimentos caracterizados como urgência e emergência relacionados à doença ou lesão preexistente terão cobertura igual àquela assegurada na segmentação ambulatorial.

15.7 - A PROMED assegurará aos seus beneficiários reembolso, em todos os tipos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º da Lei 9.656/98, nos limites deste contrato, das despesas efetuadas com assistência à saúde, em caso de urgência e emergência, quando não for possível a utilização dos serviços credenciados dentro da área geográfica de abrangência, de conformidade com os preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo produto, pagáveis no prazo máximo de trinta dias após a entrega da documentação adequada;

15.7.1 - A documentação solicitada será:

a) no caso de consultas: recibo original pago pelo beneficiário ao prestador.
b) no caso de exames: recibo original pago pelo beneficiário ao prestador mais o pedido médico.
c) no caso de internações: recibo original pago pelo beneficiário ao prestador mais o detalhamento das contas médicas.

15.7.2 - Só serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao beneficiário, realizado enquanto perdurar o estado de urgência ou emergência.

15.7.3 – O reembolso a ser efetuado pela Operadora não poderá ser inferior as tabelas de valores praticadas junto a seus credenciados.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – MECANISMOS DE REGULAÇÃO:

16.1 - CO-PARTICIPAÇÃO

16.1.1 – Além das características do produto pactuadas anteriormente, haverá co-participação conforme detalhado neste contrato.

16.1.2 - São adotadas as seguintes co-participações como mecanismos de regulação financeira:

a) **Consultas Médicas** – realizadas em consultório da REDE PRÓPRIA (Centros Médicos Promed), independente do número de consultas/ano, por beneficiário: **R$ 9,98** (nove reais e noventa oito centavos), por consulta, cobradas posteriormente na fatura a ser enviada à contratante.

b) **Consultas Médicas** - realizadas em consultórios e clínicas da rede referenciada da PROMED, independente do número de consultas/ano, por beneficiário: **R$ 16,50** (dezesseis reais e cinquenta centavos), por consulta, cobradas posteriormente na fatura a ser enviada à contratante.

c) **Consultas Médicas** - realizadas em hospitais da rede referenciada da PROMED, independente do número de consultas/ano, por beneficiário: **R$ 24,50** (vinte e quatro reais e cinquenta centavos), por consulta, cobradas posteriormente na fatura a ser enviada à contratante.

d) **Exames Simples - R$ 7,98** (sete reais e noventa oito centavos) por exame simples, cobradas posteriormente na fatura a ser enviada à contratante.

e) **Exames Especiais - R$ 25,00** (vinte cinco reais) por exame especial, cobrados posteriormente na fatura a ser enviada à contratante.

f) **Fisioterapias – R$ 5,50** (cinco reais e cinquenta centavos) por cada sessão, cobradas posteriormente na fatura a ser enviada à contratante.

g) **Terapias** (Quimioterapia, Radioterapia, Diálise e Terapias Dermatológicas) – **R$ 25,00** (vinte cinco reais) por sessão, cobradas posteriormente na fatura a ser enviada à contratante.

h) **Franquia para internação em Apartamento – R$ 80,00** (oitenta reais), por evento ou internação, cobrado posteriormente na fatura a ser enviada a contratante.

16.2 - DIRECIONAMENTO E REFERENCIAMENTO:

16.2.1 - Os beneficiários da operadora terão atendimento, em caráter eletivo ou urgência/emergência, pelos prestadores de serviços médicos, da seguinte maneira:

16.2.2 **Será necessária autorização prévia para qualquer procedimento eletivo.** O beneficiário deverá entrar em contato com o Call Center da PROMED para obter a senha de autorização, antes de agendar o procedimento. Os agendamentos deverão ser realizados somente após disponibilização da senha de autorização pela PROMED.

16.2.3 - Nos casos de urgência e emergência, o beneficiário deverá se dirigir para um dos prestadores de serviços médicos da sua rede contratada, munido do cartão da PROMED e de documento de identidade com foto. As autorizações serão solicitadas pelos prestadores de serviços conforme regras estabelecidas entre as partes.

16.2.4 - Na hipótese do beneficiário optar por acomodação hospitalar superior àquela contratada, deverá arcar com as diferenças de valores e a complementação dos honorários médicos e hospitalares, conforme negociação direta com os prestadores de serviços médicos.

16.2.5 - A PROMED não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado pelo beneficiário com médicos, hospitais ou entidades contratadas ou não. Tais despesas correm por conta exclusiva do beneficiário.

16.3 - CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

16.3.1 - A PROMED fornecerá aos beneficiários o cartão de identificação referente ao produto contratado.

16.3.2 - Para que o beneficiário tenha completa fruição dos direitos previstos neste contrato, no momento do atendimento em qualquer prestador de serviços médicos credenciado à Operadora, será necessária a apresentação do cartão de identificação e de documento de identidade com foto.

16.3.3 - A PROMED poderá adotar, a qualquer tempo, novo sistema para melhor atendimento dos beneficiários.

16.3.4 - É obrigação do CONTRATANTE, na hipótese de rescisão, resolução ou resilição deste contrato, ou ainda, de exclusão, devolver os respectivos cartões de identificação e quaisquer outros documentos porventura fornecidos pela PROMED, respondendo, sempre, sob todos os aspectos, pelos prejuízos resultantes do uso indevido desses documentos; nestas hipóteses, a PROMED está isenta de qualquer responsabilidade, a partir da exclusão do beneficiário ou do término da relação contratual.

16.3.5 - Ocorrendo a perda do cartão de identificação, o CONTRATANTE deverá comunicar imediatamente, por escrito, o fato à PROMED, para cancelamento ou, quando for o caso, emissão de segunda via mediante pagamento de 50% (cinqüenta por cento) do valor da taxa de adesão.

16.4 - DIVERGÊNCIA MÉDICA

16.4.1 - A PROMED garante, no caso de situações de divergência médica a respeito de autorização prévia, a definição do impasse através de junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo usuário, por médico da Operadora e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da Operadora.

16.4.2 – No caso de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos, bem como quaisquer materiais e/ou procedimentos de alta complexidade, custo ou tecnologia, o profissional requisitante deve, quando assim solicitado pela CONTRATADA, 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.

16.4.3 Em caso de qualquer divergência entre o profissional requisitante e a CONTRATADA, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com as despesas arcadas pela OPERADORA.

16.4.4 – O parecer da junta médica deverá ser respeitado pelas partes. Caso o usuário ingresse com ação judicial e obtenha êxito em direção contrária ao entendimento da junta médica prevista nesta cláusula, o CONTRATANTE compromete-se a ressarcir à CONTRATADA todos os custos decorrentes do cumprimento da medida judicial em questão, inclusive reservando-se à CONTRATADA, se necessário, o direito de regresso.

16.5 - ALTERAÇÃO DE REDE HOSPITALAR

16.5.1 - A inclusão como contratados, referenciados ou credenciados, de qualquer entidade hospitalar, no produto objeto deste contrato, implica compromisso para com os consumidores quanto à sua manutenção ao longo da vigência do contrato.

16.5.2 - A PROMED fará substituição de entidade hospitalar, desde que por outro equivalente e mediante comunicação ao CONTRATANTE e à ANS com trinta dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor.

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

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

16.5.5 - Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, a PROMED deverá solicitar à ANS autorização expressa para tanto.

16.6 - REDE DE PRESTADORES

16.6.1 - Será distribuído ao CONTRATANTE o Catálogo de Médicos Credenciados e Hospitais Contratados, editado pela PROMED, informando a relação de seus prestadores de serviços, médicos, hospitais e clínicas credenciados, bem como a relação, com os respectivos endereços, devendo, entretanto, o beneficiário, ao utilizar-se dos serviços, confirmar as informações nele contidas em razão do processo dinâmico do quadro de médicos credenciados e da rede contratada ou credenciada à PROMED.

16.6.2 – Nos casos de perda ou roubo do catálogo, será cobrado o valor da taxa de adesão para emissão de segunda via.

16.6.3 – Este produto possui rede credenciada ampla conforme detalhado no catálogo referido no item 16.6.1. Acima, já entregue à CONTRATANTE, que confirma o recebimento.

16.7 – MOVIMENTAÇÕES DOS BENEFICIÁRIOS

16.7.1 – As inclusões, alterações e exclusões de beneficiários deverão ser enviadas à PROMED conforme tabela abaixo, de acordo com o dia de vencimento da fatura e respeitados os demais requisitos deste contrato.

Dia de Vencimento da Fatura	Dia de Envio da Movimentação
05	15 do mês anterior
10	20 do mês anterior
15	25 do mês anterior
20	30 do mês anterior
25	05 do mês corrente
28	08 do mês corrente

16.7.2 – Não será processada nenhuma inclusão, alteração e exclusão de beneficiários que forem enviadas à PROMED após o dia estipulado na tabela do item anterior, devendo a movimentação ser enviada na remessa do mês subsequente.

16.7.3 – Não será processada nenhuma inclusão de beneficiário se a documentação do mesmo não estiver completa. Entende-se por documentação completa os seguintes dados: nome completo do usuário, data de nascimento, nome da mãe, CPF, PIS e os documentos mencionados na cláusula contratual que trata de elegibilidade.

16.8 - Nenhum dos mecanismos de regulação acima mencionado restringe, dificulta ou impede o acesso a qualquer tipo de atendimento ou procedimento pelos beneficiários.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – PAGAMENTO DA MENSALIDADE:

17.1 - O pagamento dos serviços prestados pela PROMED será de exclusiva responsabilidade da pessoa jurídica contratante. O contratante obriga-se a pagar à PROMED nos prazos convencionados a seguir:

a) - A primeira fatura, resultante do número de beneficiários e de seus dependentes - constantes do rol inicial de inscritos no plano - multiplicado pelos respectivos valores *per capita* em função do produto contratado, no ato da assinatura deste contrato;

b) - O valor da taxa de adesão, em uma única parcela, correspondente a **R$ 10,00 (dez reais)** por vida bem como, a taxa de adesão das novas inclusões nas faturas subsequentes;

c) - As faturas mensais, resultantes do número total de beneficiários e de seus dependentes multiplicado pelos respectivos valores *per capita* em função do produto contratado, além dos eventuais valores de co-participação, a cada 30 (trinta) dias, contados a partir da data de pagamento referido na alínea **"a"** acima;

17.2 - O pagamento do custo mensal deverá ser efetuado até a data de seu vencimento. Após essa data, incidirá multa de 2% (dois por cento) sobre o valor a ser pago, acrescido de juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, e atualização do período conforme IGP-M (FGV).

17.3 - Quando a data de vencimento cair em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser realizado até o primeiro dia útil subsequente, sem acréscimos moratórios para o CONTRATANTE.

17.4 - Se o CONTRATANTE não receber documento que o possibilite realizar o pagamento de sua obrigação, até cinco dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente na PROMED para que não se sujeite as consequências da mora.

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA – REAJUSTE:

18.1 – Este contrato será reajustado em periodicidades de doze em doze meses, sempre no mês de aniversário, de acordo com IGP-M (FGV) acumulado dos últimos 12 meses ou outro índice que vier a substituí-lo, porém, caso haja necessidade de reequilíbrio econômico-atuarial em função da sinistralidade, a PROMED proporá outro percentual de reajuste diferente do IGP-M (FGV).

18.2 - Este contrato não poderá receber reajustes em periodicidade inferior a doze meses.

18.3 - Considera-se reajuste qualquer variação positiva na contraprestação pecuniária, inclusive aquela decorrente de revisão ou reequilíbrio econômico-atuarial do contrato.

18.4 - Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano de um determinado contrato.

18.5 - Não poderá haver distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e os a ele já vinculados.

18.6 - Os reajustes a serem aplicados neste contrato serão comunicados à ANS em até trinta dias após sua aplicação.

CLÁUSULA DÉCIMA NONA – FAIXAS ETÁRIAS:

19.1 - As mensalidades são estabelecidas de acordo com a faixa etária de cada beneficiário inscrito.

19.2 - Para fins deste contrato ficam fixadas as seguintes faixas etárias:

1ª - de 0 (zero) a 18 (dezoito) anos de idade;
2ª - de 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos de idade;
3ª - de 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos de idade;
4ª - de 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos de idade;
5ª - de 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos de idade;
6ª - de 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos de idade;
7ª - de 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos de idade;
8ª - de 49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos de idade;
9ª - de 54(cinquenta e quatro) a 58(cinquenta e oito) anos de idade;
10ª - 59 (cinquenta e nove) anos ou mais.

19.3 - Em havendo alteração de faixa etária de qualquer BENEFICIÁRIO inscrito no presente Contrato, a contraprestação pecuniária será reajustada no mês subsequente ao da ocorrência, de acordo com os percentuais da tabela abaixo, que se acrescentarão sobre o valor da última contraprestação pecuniária, observadas a seguintes condições, conforme art. 3º, incisos I e II da RN 63/03 e atualizações:

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

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

19.4 - O acréscimo por alteração de faixa etária não atingirá o usuário a partir de 60 (sessenta) anos de idade.

19.5 - Os percentuais de aumento por deslocamento de faixa etária estão juntamente com a tabela de valores das mensalidades.

CLÁUSULA VIGÉSIMA – REGRAS PARA INSTRUMENTO JURÍDICO DE PLANOS COLETIVOS:

Entende-se como plano de assistência à saúde de contratação coletiva empresarial, aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária.

20.1 - CONDIÇÕES DE PERMANÊNCIA NO PLANO CONTRATADO PARA O BENEFICIÁRIO DEMITIDO SEM JUSTA CAUSA

20.1.1 - A PROMED assegura ao beneficiário titular que contribuir para o plano decorrente de seu vínculo empregatício com o CONTRATANTE, no caso de rescisão ou exoneração sem justa causa, o direito de manter sua condição de beneficiário e dos beneficiários dependentes a ele vinculados e devidamente inscritos quando da vigência do contrato de trabalho, nas mesmas condições de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho desde que assuma o pagamento integral da parcela anteriormente de responsabilidade do CONTRATANTE.

20.1.2 - O período de manutenção da condição de beneficiário será de um terço do tempo de contribuição ao plano, ou sucessores, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses.

20.1.3 - Em caso de morte do titular, o direito de permanência é assegurado aos beneficiários cobertos pelo plano, nos termos dispostos nestas cláusulas.

20.1.4 - A condição de beneficiário assegurada nesta cláusula deixará de existir, quando da admissão do beneficiário titular em outro emprego.

20.1.5 - O beneficiário titular que não participar financeiramente do plano, durante o período que mantiver o vínculo empregatício, não terá direito a cobertura estabelecida nesta cláusula.

20.1.6 - Nos planos coletivos custeados integralmente pela empresa, não é considerado contribuição a co-participação do beneficiário, única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica ou hospitalar.

20.2 - CONDIÇÕES DE PERMANÊNCIA NO PLANO CONTRATADO PARA O BENEFICIÁRIO APOSENTADO

20.2.1 - A PROMED assegura ao beneficiário titular que se aposentar, e que tiver contribuído para o plano contratado, decorrente de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de dez anos, o direito de manutenção como beneficiário e dos beneficiários dependentes a ele vinculados e devidamente inscritos quando da vigência do contrato de trabalho, nas mesmas condições de cobertura assistencial que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma também o pagamento da parcela anteriormente de responsabilidade do CONTRATANTE.

20.2.2 - Na hipótese de contribuição pelo então empregado, por período inferior ao prazo de dez anos aludido no item anterior, é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, à razão de um ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral do plano.

20.2.3 - Em caso de morte do titular, o direito de permanência é assegurado aos beneficiários cobertos pelo plano, nos termos dispostos nesta cláusula.

20.2.4 - O beneficiário titular que não participar financeiramente do plano, durante o período que mantiver o vínculo empregatício, não terá direito a permanecer no plano, conforme aqui estabelecido.

20.2.5 - Nos planos coletivos custeados integralmente pela empresa, não é considerado contribuição a co-participação do beneficiário, única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica ou hospitalar.

20.3 - RESPONSABILIDADE PELA PERMANÊNCIA NO PLANO:

20.3.1 - É de responsabilidade do CONTRATANTE informar ao empregado demitido sem justa causa, exonerado ou aposentado, a possibilidade de permanência no plano na qualidade de beneficiário, bem como informá-lo expressamente sobre o prazo para manifestação de sua opção, nos termos do art. 30 e 31 da Lei 9.656/98.

20.3.2 - O beneficiário demitido sem justa causa ou aposentado deverá manifestar sua opção em se manter beneficiário do plano de saúde, no prazo improrrogável de 30 (trinta dias) da rescisão do contrato de trabalho ou da aposentadoria.

20.3.3 - Será de responsabilidade do beneficiário titular o pagamento da contraprestação pecuniária referente ao seu plano de saúde e de seus dependentes.

20.4 –OFERECIMENTO DO PLANO INDIVIDUAL/FAMILIAR:

20.4.1 - No caso de cancelamento do benefício, os usuários poderão optar, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o cancelamento do contrato, por ingressar em um plano Individual ou Familiar da CONTRATADA, sem a necessidade do cumprimento de novos prazos de carência, desde que:

a) A CONTRATADA disponha de um Plano individual ou Familiar;
b) O beneficiário titular se responsabilize pelo pagamento de suas contraprestações pecuniárias e de seus dependentes;
c) O valor da contraprestação pecuniária corresponderá ao valor da Tabela Vigente na data de adesão ao plano Individual Familiar;
20.4.2 - Incluem-se no universo de usuários todo o grupo familiar vinculado ao beneficiário titular.

20.5 – NÚMERO MÍNIMO DE BENEFICIÁRIOS:

20.5.1 - O número mínimo de inscritos neste contrato é de 30 **(trinta)** para efeito de emissão de fatura. Caso o contrato venha apresentar um número abaixo do mínimo estipulado, o **CONTRATANTE** obriga-se a pagar tantas mensalidades quantas forem necessárias, nos valores fixados para a faixa etária de até 18 (dezoito) anos de idade, até atingir o mínimo estabelecido, de modo a manter as características do presente contrato.

CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA – CONDIÇÕES DE PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO:

21.1 - Cessarão as coberturas do Plano para o BENEFICIÁRIO TITULAR:

a) quando perder o vínculo com o CONTRATANTE, exceto nas hipóteses de manutenção previstas nos artigos 30 ou 31 da Lei Federal 9.656/98;
b) com a rescisão deste Contrato, nas hipóteses mencionadas neste instrumento;
c) em caso de fraude ou dolo comprovados, sendo que, em caso de fraude relacionada à doença ou lesão preexistente (DLP) será instaurado processo administrativo junto à ANS, para apuração da fraude, nos termos da legislação vigente.

21.2 - Cessarão as coberturas do Plano para o BENEFICIÁRIO DEPENDENTE:

a) quando o Beneficiário Titular for excluído do Plano;

b) quando o Beneficiário Dependente deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição, justificadoras de sua inclusão no plano;
c) em caso de fraude ou dolo comprovados, sendo que, em caso de fraude relacionada à doença ou lesão preexistente (DLP) será instaurado processo administrativo junto à ANS, para apuração da fraude, nos termos da legislação vigente.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA – RESCISÃO CONTRATUAL:

22.1 - O presente contrato poderá ser rescindido da seguinte maneira:

a) Imotivadamente, após a vigência dos primeiros doze meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

b) Unilateralmente, a qualquer momento, quando for comprovada fraude pelo CONTRATANTE e/ou BENEFICIÁRIOS;

c) Unilateralmente no caso de não pagamento da mensalidade por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, desde que o CONTRATANTE seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência;

d) Após a vigência dos primeiros doze meses se:

I - a natureza dos riscos vier a sofrer alterações que a tornem incompatível com as condições técnico/atuariais mínimas de manutenção.

II - as partes não chegarem a um percentual de reajuste comum à época do reajuste contratual.

22.2 - Antes do término dos 12 (doze) meses iniciais de vigência, é facultado ao CONTRATANTE denunciar o presente contrato, mediante comunicação escrita, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, sujeitando-se ao pagamento de multa pecuniária de 50% (cinquenta por cento) do valor das faturas restantes ao término da vigência mínima.

22.3 - No caso em que o contrato for rescindido por falta de pagamento, a PROMED poderá requerer judicialmente a quitação do débito das faturas em atraso com suas consequências moratórias previstas na legislação e/ou no contrato.

CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCEIRA – DISPOSIÇÕES GERAIS:

23.1 – O CONTRATANTE obriga-se a comunicar à CONTRATADA qualquer alteração de endereço que efetuar.

23.2 – Qualquer concessão praticada pela CONTRATADA no tocante à(s) cobertura(s) do plano contratado, não se constituirá em novação, bem como não caracterizará qualquer direito adquirido pelo(s) BENEFICIÁRIO(S) e/ou CONTRATANTE.

23.3 – Os direitos relativos ao presente contrato não poderão ser transferidos, cedidos ou onerados por qualquer forma.
23.4 – A CONTRATADA poderá exigir - a qualquer momento - comprovação de vínculo empregatício ou estatutário entre o funcionário e a empresa contratante deste plano. Além disso, poderá também exigir a qualquer momento comprovação de vínculo entre o beneficiário titular e o(s) beneficiário(s) dependente(s).

23.5 – A CONTRATANTE declara que recebeu, por seu representante legal, antes da assinatura da proposta de contratação, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS).

23.6 – A CONTRATANTE recebeu também, por seu representante legal, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS) e o Guia de Leitura Contratual (GLC) para serem entregues aos beneficiários titulares até a assinatura da sua proposta de ingresso no plano (o MPS) e o GLC junto com o cartão de identificação do beneficiário titular.

23.7 - Fazem parte do contrato todos os documentos entregues ao beneficiário que tratem de assuntos pertinentes ao plano de saúde. Dentre esses documentos, incluem-se: proposta de adesão, declaração de saúde, tabela de reembolso, guia do beneficiário, guia de leitura contratual etc.

CLÁUSULA VIGÉSIMA QUARTA – DEFINIÇÕES:

24.1 - Para os efeitos deste contrato, são adotadas as seguintes definições:

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

AGRAVO DA CONTRAPRESTAÇÃO: Acréscimo no valor da contraprestação pecuniária do plano de assistência à saúde, oferecido ao beneficiário como alternativa à adoção de cláusula de Cobertura Parcial Temporária para doenças ou lesões preexistentes.

AMBULATÓRIO: estrutura arquitetada, onde se realizam atendimentos de curativos, pequenas cirurgias, primeiros socorros ou outros procedimentos que não exijam uma estrutura mais complexa para o atendimento dos beneficiários.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS): autarquia federal, vinculada ao Ministério da Saúde, responsável pela regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde.

ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA: área de atuação da operadora, definida em contrato, dentro da qual o beneficiário poderá utilizar os serviços contratados.

ATENDIMENTO AMBULATORIAL: é aquele executado no âmbito do ambulatório, incluindo a realização de curativos, pequenas cirurgias, primeiros socorros e outros procedimentos que não exijam uma estrutura mais complexa para o atendimento.

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

BENEFICIÁRIO: Pessoa física que adere ao contrato, usufruindo dos serviços oferecidos de acordo com a segmentação contratada, seja na qualidade de titular ou dependente, conforme definido na cláusula sexta.

BENEFICIÁRIO TITULAR: Para efeito deste contrato, são beneficiários titulares aqueles vinculados à pessoa jurídica CONTRATANTE por relação empregatícia ou estatutária, regularmente inscritos como tais, na PROMED.

BENEFICIÁRIO DEPENDENTE: pessoa natural incluída no mesmo plano de assistência à saúde, com parentesco consanguíneo ou por afinidade, e dependência econômica, devidamente comprovada, em relação ao beneficiário titular, na forma da legislação em vigor e conforme estipulado em contrato.

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

CARÊNCIA: é o período ininterrupto, contado a partir da data de inclusão do beneficiário, durante o qual este deverá permanecer sem direito a determinadas coberturas após a contratação do plano.

CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO: cédula onde se determina a identidade do beneficiário, validade e código de inscrição na PROMED.

CATÁLOGO DE MÉDICOS CREDENCIADOS E HOSPITAIS: relação, com os respectivos endereços, dos médicos, clínicas, laboratórios e hospitais credenciados a prestarem serviços ao beneficiário.

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

CONDIÇÕES PARTICULARES: conjunto de cláusulas contratuais que estabelecem obrigações e direitos tanto da operadora quanto do beneficiário de um mesmo plano de assistência à saúde.

CO-PARTICIPAÇÃO: é o montante definido contratualmente em termos fixos ou percentuais, que o beneficiário deve compartilhar com a operadora em cada evento, conforme especificado no plano de assistência à saúde.

COBERTURAS: são as cláusulas contratadas que definem os direitos dos beneficiários.

COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA: período de 24 (vinte e quatro meses) durante o qual as doenças e lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário não têm cobertura integral, mediante suspensão da cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade definidos pela ANS e internação em Unidades de Tratamento Intensivo - UTI, assim consideradas aquelas que apresentem as características definidas na Portaria GM 3.432, de 12 de agosto de 1998, do Ministério da Saúde, publicada no Diário Oficial da União em 13/08/1998.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (CONSU): é o órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para deliberar sobre questões relacionadas à prestação de serviços de saúde suplementar nos seus aspectos médico, sanitário e epidemiológico.

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

CONSULTA DE RETORNO: é assim considerada qualquer consulta para fins de entrega e/ou avaliação de resultados de exames complementares, ou exclusivamente para prescrição de medicamentos.

CONTRATADA: A PROMED, qualificada neste contrato, que se obriga a garantir a prestação de serviços de assistência à saúde aos beneficiários do plano ora convencionado, nos termos deste instrumento, através de seus médicos credenciados e de rede própria, ou por ela contratada.

CONTRATANTE: é a pessoa jurídica, qualificada neste contrato, que contrata a prestação de serviços de assistência à saúde para seus dirigentes, empregados e dependentes, nos termos da legislação aplicável e deste instrumento contratual.

CONVIVENTE: pessoa que vive em comum com outrem em intimidade, familiaridade, concubinato, mancebia; amigado, amasiado, companheiro.

DECLARAÇÃO DE SAÚDE: é o documento preenchido pelo beneficiário ou seu representante legal, de próprio punho, que expressa as condições particulares de saúde dos mesmos.

DOENÇA OU LESÃO PREEXISTENTE: é todo evento mórbido, congênito ou adquirido, que comprometa função orgânica ou coloque em risco a saúde do indivíduo, quer por sua ação direta ou indiretamente por suas consequências, do qual o beneficiário ou seu responsável saiba ser portador ou sofredor, à época da contratação/adesão ao plano de saúde ou que tenha recebido tratamento clínico ou cirúrgico, antes da data de inclusão no plano.

EVENTO: é o conjunto de ocorrências e/ou serviços de assistência médico-hospitalar que tenha como origem ou causa o mesmo dano involuntário à saúde do beneficiário em decorrência de acidente pessoal ou doença.

EVENTO COBERTO: é todo evento ocorrido com o beneficiário durante a vigência de cobertura do contrato, cujas despesas estejam cobertas e previstas em contrato e que não configure na cláusula de exclusões de cobertura.

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

EXAMES SIMPLES: são aqueles que a quantidade em Ch's (Referência de Tabela AMB – Associação Médica Brasileira) é inferior a 200 ou o Porte (Referência de Tabela CBHPM – Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos) é inferior a 2C.

EXAMES ESPECIAIS: são aqueles que a quantidade em Ch's (Referência de Tabela AMB – Associação Médica Brasileira) é superior a 200 ou o Porte (Referência de Tabela CBHPM – Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos) é superior a 2C.

GLC: Guia de Leitura Contratual.

INSCRIÇÃO: é o ato de incluir um beneficiário no plano, uma vez preenchidas - na forma prevista neste contrato, na legislação aplicável e na regulamentação editada pela ANS - as condições de admissão do beneficiário para participar do plano de saúde e apresentados os documentos comprobatórios.

INTERNAÇÃO HOSPITALAR: situação na qual o beneficiário é admitido no hospital, ficando sob os cuidados do médico credenciado, para ser submetido a algum tipo de tratamento.

LEITOS DE ALTA TECNOLOGIA: são unidades de terapia intensiva, unidades de terapia semi-intensiva, recuperação pós-anestésica, unidades coronarianas, unidades de tratamento de pacientes queimados e unidades de isolamento.

MPS: Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde.

MENSALIDADE: cada um dos pagamentos efetuados para custeio do plano de assistência à saúde, mesmo que em periodicidade diversa da mensal.

OPERADORA DE PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE: pessoa jurídica devidamente registrada na ANS que opere planos privados de assistência à saúde.
ÓRTESE: acessório usado em atos cirúrgicos e que não substitui parcial ou totalmente nenhum órgão ou membro, podendo, ou não, ser retirado posteriormente.

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

PATOLOGIA: modificações funcionais produzidas pela doença no organismo.

PLANO: é a opção de coberturas adquirida pelo CONTRATANTE.

PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE: plano ofertado por uma operadora que ofereça cobertura para atendimentos médicos, hospitalares ou outros de assistência à saúde conforme previstos no contrato.

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

PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE: são aqueles relacionados como tais em norma editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

PRODUTOS: são modalidades de planos oferecidos pela PROMED.

PROPOSTA DE ADESÃO: é o documento mediante o qual a CONTRATANTE expressa a sua intenção em aderir ao plano de saúde, manifestando pleno conhecimento de suas obrigações e direitos estabelecidos no contrato.

REDE CREDENCIADA: é o conjunto de prestadores de serviços legalmente habilitados e opcionalmente colocados à disposição pela PROMED.

ROL DE PROCEDIMENTOS: é a referência básica para cobertura mínima obrigatória da atenção à saúde nos planos privados de assistência a saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999 e naqueles adaptados conforme a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

VIGÊNCIA DO CONTRATO: a contagem de tempo desde a data inicial de assinatura do contrato ou termo de adesão até o seu termo.

CLÁUSULA VIGÉSIMA QUINTA – FORO:

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

Promed 20 anos
ASSISTÊNCIA MÉDICA

Em sinal de acordo a seus termos, as partes contratantes assinam o presente instrumento, elaborado em 2 (duas) vias de igual teor, depois de lido, devidamente compreendido e achado conforme, na presença das testemunhas abaixo qualificadas, que também assinam.

Nova Lima/Minas Gerais, 01 de outubro de 2015.

PROMED ASSISTENCIA MÉDICA LTDA

OLYMPICO CLUB

Testemunhas:

Nome:
CPF:
End:

Nome:
CPF:
End.:

Promed 20 anos
ASSISTÊNCIA MÉDICA

Contrato de Prestação de Serviços Médico - Hospitalares nº

TABELA DE VALORES COM PERCENTUAL DE AUMENTO POR DESLOCAMENTO DE FAIXA ETÁRIA

CONTRATO Nº

NOME DO PRODUTO: **Promed Flex Apartamento**

	Faixa Etária	Valor	
1º	LINEAR	R$	170,50

Nova Lima, 01 de outubro de 2015

PROMED ASSISTENCIA MÉDICA LTDA

OLYMPICO CLUB