



# PROPOSTA PME

Contrato de Pequenas e Médias Empresas

Nº



## CONDIÇÕES GERAIS DO CONTRATO - PESSOA JURÍDICA - COLETIVO EMPRESARIAL OPERADORA AMEPLAN ASSISTÊNCIA MÉDICA PLANEJADA

Considerando que:

**I. A EMPRESA SUBESTIPULANTE** é a pessoa jurídica qualificada nesta Proposta de Contratação, de direito privado contratante dos serviços de assistência médica, devidamente constituída, que atua na condição de SUBESTIPULANTE de plano saúde coletivo empresarial, com a qual a população delimitada e vinculada (elegíveis para participar de contrato de plano coletivo de saúde) mantém relação empregatícia ou estatutária, de acordo com o art. 5º da Resoluções Normativas da ANS nº 195/2009 e suas alterações:

**II. A ADMINISTRADORA ESTIPULANTE CORPORE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS DA SAÚDE LTDA**, inscrita no CNPJ 17.670.901/0001-93 registrada na Agência Nacional de Saúde - ANS 41.896-0 atua no segmento de planos/seguro de assistência à saúde, nos termos das Resoluções Normativas nº 196/2009 e 203/2009, da ANS, e na forma prevista no capítulo do art. 23, no inciso III e também no parágrafo único, todos do citado também da ANS, na condição de ADMINISTRADORA ESTIPULANTE;

**III. AMEPLAN - ASSISTÊNCIA MÉDICA PLANEJADA LTDA**, qualificada como CONTRATADA, inscrita no CNPJ nº 02.812.468/0001-6, registrada na Agência Nacional de Saúde - ANS sob o nº 33.967-9, é responsável pela prestação dos serviços de assistência médica, para fins de cobertura de despesas médico-hospitalares, conforme contrato firmado com a ADMINISTRADORA ESTIPULANTE;

**IV. Área de abrangência geográfica da AMEPLAN - ASSISTÊNCIA MÉDICA PLANEJADA LTDA:**

BÁSICO: São Paulo e Osasco

ESPECIAL: São Paulo, Caieiras, Guarulhos, Mauá, Mogi das Cruzes, Osasco, Santo André, São Caetano do Sul e Suzano.

PLENO PJE: São Paulo, Caieiras, Guarulhos, Mauá, Mogi das Cruzes, Osasco, Santo André, São Caetano do Sul e Suzano.

PLENO PJA: São Paulo, Caieiras, Guarulhos, Mauá, Mogi das Cruzes, Osasco, Santo André, São Caetano do Sul e Suzano.

MASTER PJE: São Paulo, Caieiras, Guarulhos, Mauá, Mogi das Cruzes, Osasco, Santo André, São Caetano do Sul e Suzano.

MASTER PJA: São Paulo, Caieiras, Guarulhos, Mauá, Mogi das Cruzes, Osasco, Santo André, São Caetano do Sul e Suzano.

**V. Somente poderão ser beneficiados** pessoas que atendam à elegibilidade prevista no art. 5º da RN 195/2009;

**VI. Todas as questões** relativas ao plano de saúde que não contrariem o presente contrato serão regulamentadas pelas disposições contidas nas Condições Gerais dos produtos registrados perante a ANS, bem como das Propostas de Contratação;

**VII. A ADMINISTRAÇÃO ESTIPULANTE** declara nos termos deste contrato, das normas vigentes e das condições gerais contratadas ser a única responsável pelas inclusões e exclusões de SUBESTIPULANTES no contrato de plano de saúde coletivo empresarial a ser firmado com a OPERADORA;

**VIII. Os SUBESTIPULANTES** incluídos nos termos e condições previstas neste Contrato de Estipulação estarão vinculados ao mesmo:

### 1. DO OBJETO

**1.1. Trata-se de contrato** entre a ADMINISTRADORA ESTIPULANTE e a EMPRESA ESTIPULANTE, qualificada na Proposta de Contratação, que tem por objeto a administração /gestão de Plano de Saúde Coletivo Empresarial da AMEPLAN - ASSISTÊNCIA MÉDICA PLANEJADA LTDA, a população delimitada é vinculada a pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária, nos termos da legislação vigente.

**1.2. Constitui também** como objeto a representação dos beneficiários e da EMPRESA SUBESTIPULANTE perante a OPERADORA os órgãos reguladores do setor.

**1.3. A EMPRESA ESTIPULANTE** somente poderá ser incluída no contrato da ADMINISTRADORA ESTIPULANTE com a OPERADORA depois de comprovada a sua legitimidade e elegibilidade do exercício de atividade empresarial pelo período mínimo de 06 (seis) meses, seja: empresa de pequeno porte (EPP), microempresa (ME), microempreendedor individual (MEI), ou, ainda, uma empresa normal, a depender do seu faturamento anual, conforme as normativas definidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e as regras de comercialização.

### 2. DOS PRODUTOS

**2.1. Os produtos** indicados a seguir são denominados Planos Coletivos Empresariais, assegurando a cobertura de custos de despesas médicas e hospitalares.

**2.2. A escolha do plano** será feita exclusivamente entre os planos oferecidos pela OPERADORA e constantes na Proposta de Contratação da SUBESTIPULANTE, conforme número de registro na ANS, padrão de acomodação e abrangência geográfica constantes abaixo:

#### 2.2.1. Planos disponíveis

#### AMEPLAN - ASSISTÊNCIA MÉDICA PLANEJADA LTDA:

PLANO	SEGMENTAÇÃO	COPARTICIPAÇÃO
Básico - ANS: 471.259/14-5	Ambulatorial/Hospitalar com Obstetrícia	Não
Especial - ANS: 400.285/99-7	Ambulatorial/Hospitalar com Obstetrícia	Não
Plena PJE - ANS: 471.260/14-9	Ambulatorial/Hospitalar com Obstetrícia	Não
Pleno PJA - ANS: 471.261/14-7	Ambulatorial/Hospitalar com Obstetrícia	Não
Master PJE - ANS: 471.262/14-5	Ambulatorial/Hospitalar com Obstetrícia	Não
Master PJA - ANS: 400.286/99-5	Ambulatorial/Hospitalar com Obstetrícia	Não



# PROPOSTA PME

Contrato de Pequenas e Médias Empresas

Nº



### 3. DAS OBRIGAÇÕES DA ADMINISTRADORA ESTIPULANTE

- 3.1. Fornecer as informações necessárias ao desenvolvimento do objeto do presente instrumento.
- 3.2. Realizar as inclusões e exclusões da EMPRESA SUBESTIPULANTE e dos seus beneficiários no contrato do plano de saúde coletivo empresarial firmado com a OPERADORA.
- 3.3. Disponibilizar os cartões de identificação dos beneficiários, bem como o Guia de Leitura Contratual - GLC, à EMPRESA SUBESTIPULANTE, cabendo a esta efetuar a entrega aos beneficiários titulares.
- 3.4. Efetuar o pagamento integral das faturas emitidas pela OPERADORA em seus respectivos vencimentos.
- 3.5. Acompanhar a implantação e a renovação do contrato pela OPERADORA - garantidoras exclusivas do risco da operação - na qual a EMPRESA SUBESTIPULANTE esteja incluída, verificando a conformidade das suas cláusulas e condições perante a legislação vigente e as particularidades pactuadas na contratação ou renovação.
- 3.6. Prestar apoio técnico na discussão de aspectos operacionais, tais como:
  - a) Negociação de reajustes
  - b) Aplicação de mecanismos de regulação pela operadora de plano de saúde
  - c) Alteração de rede assistencial

3.7. Cumprir procedimentos de conferência e quitação financeira das faturas emitidas pela OPERADORA relativas a contratos e/ou planos abrangidos por este Contrato.

### 4. DAS OBRIGAÇÕES DA EMPRESA SUBESTIPULANTE

- 4.1. Entregar, antes da inclusão dos beneficiários titulares no contrato, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde - MPS, devendo ainda comprovar à ADMINISTRADORA ESTIPULANTE a entrega de tais documentos, o que se dará com o envio do protocolo de recebimento assinado pela EMPRESA ESTIPULANTE e pelo proponente titular.
- 4.2. Honrar as obrigações assumidas no presente instrumento.
- 4.3. Efetuar o pagamento da fatura dos preços definidos na Proposta de Contratação, dentro do prazo de vencimento, à ADMINISTRADORA ESTIPULANTE comunicará o fato à OPERADORA, que, imediatamente, suspenderá a cobertura do plano.
- 4.4. Conferir à ADMINISTRADORA ESTIPULANTE exclusividade na administração e estipulação dos benefícios objeto deste Contrato durante toda a sua vigência e suas renovações automáticas, ou não.
- 4.5. O disposto acima (4.4) também engloba as futuras contratações pelas empresas do mesmo grupo econômico, bem como aquelas entendidas por controladoras ou controladas.
- 4.6. Encaminhar, tempestivamente, à ADMINISTRADORA ESTIPULANTE todo e qualquer documento, reclamação e outros assuntos inerentes ao objeto deste Contrato.
- 4.7. Acompanhar os procedimentos de renovação do contrato em que figure como EMPRESA ESTIPULANTE, apreciando recomendações, sugestões contidas nos relatórios técnico apresentados, tomadas de decisões e informando-as por escrito à ADMINISTRADORA ESTIPULANTE, para as necessárias providências.
- 4.8. Custear a totalidade das mensalidades cobradas pela ADMINISTRADORA ESTIPULANTE, referente aos valores da mensalidade dos beneficiários, não permitindo, em hipótese alguma, que os beneficiários participem do custeio dos preços.

### 5. DA ADMISSÃO DOS BENEFICIÁRIOS

- 5.1. São considerados beneficiários titulares deste contrato aqueles vinculados contratualmente, estatutariamente ou societariamente à EMPRESA SUBESTIPULANTE, de acordo com as normas estabelecidas neste contrato.
- 5.2. Serão aceitos como beneficiários:
  - a) O cônjuge ou companheiro;
  - b) Filhos solteiros e/ou adotivos até 21 anos, 11 meses e 29 dias; se universitário até 23 anos, 11 meses e 29 dias, ou filhos inválidos sem limite de idade.
- 5.3. O parentesco para dependentes é considerado em relação ao beneficiário titular, com comprovação de vínculo conforme documentação relacionada no CONTRATO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE.
- 5.4. A adesão dos funcionários da EMPRESA SUBESTIPULANTE ocorrerá na data da contratação do plano ou na data da vinculação dos beneficiários na EMPRESA SUBESTIPULANTE.
- 5.5. A inclusão de dependentes, segundo nomeação prevista na cláusula 5.2, somente será facultada no momento da admissão do Beneficiário Titular.

**5.6.** A inclusão de novos beneficiários dependentes, após a admissão do Beneficiário Titular, dependerá da comprovação da aquisição da condição de dependência posterior, por ocasião de nascimento, adoção, casamento ou união estável.

**5.7.** Para a inclusão de beneficiários no Contrato Coletivo Empresarial, a EMPRESA SUBESTIPULANTE deverá entregar o Formulário de Inclusão / Movimentação Beneficiário devidamente preenchido e assinado e anexar os documentos abaixo relacionados:

**5.7.1.** Dos beneficiários titulares:

- Identidade ou RG;
- CPF;
- Comprovante de residência
- Comprovante de vínculo empregatício, estatutário ou societário com a EMPRESA SUBESTIPULANTE.

**5.7.2.** Dos beneficiários dependentes:

- Para inclusão de dependentes no contrato, deverá ser apresentada documentação legal que comprove o vínculo de dependência com o titular;
- Se maiores de idade, será obrigatório o envio do CPF

**5.8.** A exclusão dos Beneficiários se dará:

- A pedido da SUBESTIPULANTE, desde que observado o número mínimo de beneficiários previstos neste contrato;
- Pela prática de qualquer ato ilícito, fraude, tentativa de fraude ou dolo, por parte do Beneficiário Titular ou seus dependentes;
- Com a cessação do vínculo entre o Beneficiário e a EMPRESA SUBESTIPULANTE;
- Com a cessação do vínculo entre a EMPRESA SUBESTIPULANTE e a ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS, sujeitando a rescisão ao pagamento de multa no valor correspondente a 10% (dez por cento) das mensalidades restantes para se completar o período inicial de um ano;
- Se houver inobservância das condições contratuais e/ou omissão ou distorção de informações, em prejuízo da ADMINISTRADORA SUBESTIPULANTE, ou do resultado de perícias ou exames, quando necessários.

**5.9.** O contrato será totalmente de responsabilidade financeira pela EMPRESA SUBESTIPULANTE. Em hipótese alguma os beneficiários poderão participar do custeio dos preços.

**5.10.** A cessação das coberturas da EMPRESA SUBESTIPULANTE abrangerá todos os beneficiários vinculados ao seu contrato, após a não comprovação a cada ano, quando solicitado pela sua operadora, que permanece inscrito no órgão competente e que está em regular exercício da sua atividade empresarial perante a Receita Federal, com aviso com 60 dias de antecedência e neste prazo não comprove a regularidade do seu registro nos órgãos competentes.

**5.11.** Os beneficiários dependentes serão automaticamente excluídos:

- Sempre que cessarem as coberturas do Beneficiário Titular a que estiverem vinculados;
- Sempre que cessarem os vínculos de dependência com o Beneficiário Titular.

## 6. DOS PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS

**6.1.** Para preservar a integridade do resultado do contrato e confirmação do grupo beneficiável incluído no plano de saúde, a ADMINISTRADORA ESTIPULANTE poderá solicitar, quando da implantação do contrato, documentos que comprovem o vínculo:

- Do beneficiário titular com a EMPRESA ESTIPULANTE
- Sempre que cessarem os vínculos de dependência com o Beneficiário Titular.

**6.2.** Se eventualmente a ADMINISTRADORA ESTIPULANTE constatar a inclusão de EMPRESA SUBESTIPULANTE, bem como beneficiários, titulares e dependentes, sem o respectivo vínculo, serão adotadas as providências a seguir:

- A EMPRESA SUBESTIPULANTE do contrato será a responsável pelo pagamento do valor integral de todos os custos médicos/hospitalares gerados pelos beneficiários incluídos sem o preenchimento dos vínculos previstos neste contrato, acrescidos de despesas administrativas e financeiras, sem prejuízo da adoção das medidas administrativas e/ou judiciais cabíveis;
- A ADMINISTRADORA ESTIPULANTE excluirá imediatamente o contrato da EMPRESA SUBESTIPULANTE

**6.3.** Exceto em casos de alteração de cargo, os beneficiários somente poderão alterar o padrão do plano contratado para aumento ou diminuição (upgrade ou downgrade) uma vez ao ano, no mês de aniversário do contrato firmado entre a ADMINISTRADORA ESTIPULANTE e a OPERADORA.

## 7. DOS PREÇOS E DO REAJUSTE DO PREÇO

**7.1.** A EMPRESA SUBESTIPULANTE pagará à ADMINISTRADORA ESTIPULANTE os preços pactuados entre as partes na Proposta de Contratação constante no presente instrumento.

**7.2.** Visando manter o equilíbrio econômico do contrato, os preços serão reajustados no mês de aniversário (abril) do contrato firmado entre a ADMINISTRADORA ESTIPULANTE e OPERADORA, com base na variação dos custos dos serviços médicos, dos serviços hospitalares, dos preços dos insumos utilizados na prestação desses mesmos serviços e dos custos administrativos.

**7.3.** Concomitantemente, além dos critérios para reavaliação da apólice descritos no item 7.2, a OPERADORA reserva-se o direito de reavaliar os preços praticados se a sinistralidade ultrapassar o percentual de 70% (setenta por cento).

**7.4.** Fica estabelecido que a análise da sinistralidade será realizada anualmente e em conjunto com os contratos de todos os SUBESTIPULANTES, com aplicação anual no mês de aniversário do contrato firmado entre ADMINISTRADORA ESTIPULANTE e a OPERADORA, conforme definição abaixo:

**7.4.1.** Entende-se por sinistralidade:

O percentual de sinistralidade acima citado será calculado com base no valor obtido pela divisão do total dos sinistros pelo valor total das receitas, considerando todos os BENEFICIÁRIOS de todas as SUBCONTRATANTES.

Sempre que o índice de sinistralidade verificada estiver acima de 0,65 (sessenta e cinco centésimos), as contraprestações pecuniárias serão recalculadas, na forma acima estabelecida, por índice apurado pela seguinte fórmula:

a) Será utilizada a formulação abaixo para apuração dos reajustes técnicos:

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

Legenda:

R = Reajuste

S = Sinistralidade apurada no período (mínimo de 12 meses), abrangendo a integralidade da carteira de beneficiários vinculados a todos os contratos agrupados

S<sub>m</sub> = Meta de sinistralidade expressa em contrato

b) Será utilizada a seguinte formulação para apuração do índice de reajuste final:

$$IR = ((1+R) * (1+VHCM)) - 1$$

Legenda:

IR = Índice de Reajuste

R = Reajuste (Obtido por meio da fórmula disposta na letra "a" acima).

VHCM = Variação dos Custos Médios Hospitalares da OPERADORA, ou outro índice que vier a substituí-lo.

**7.5.** Caso a empresa vinculada à EMPRESA SUBESTIPULANTE, por iniciativa própria e liberdade, decidir se desligar do contrato coletivo empresarial convencionado pela ADMINISTRADORA ESTIPULANTE e contratar outro na OPERADORA, perderá o direito às condições definidas neste contrato.

**7.6.** Caso ocorra utilização indevida do plano de saúde, pela falta de recolhimento do cartão de identificação dos beneficiários excluídos do plano, as partes acordam que os valores correspondentes serão lançados e computados quando da análise da sinistralidade.

**7.7.** As disposições previstas nas cláusulas 7.2, 7.3 e 7.4 não excluem a aplicação do reajuste por mudança de faixa etária, na forma do disposto na cláusula 8 abaixo.

**7.8.** Independentemente da data de inclusão dos beneficiários, os valores se suas mensalidades terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário do contrato pactuado entre a ADMINISTRADORA ESTIPULANTE e a OPERADORA.

## 8. DAS FAIXAS ETÁRIAS

DE (FAIXAS ETÁRIAS)	PARA (FAIXAS ETÁRIAS)	VARIAÇÃO PERCENTUAL
00-18	19-23	0%
19-23	24-28	33%
24-28	29-33	0%
29-33	34-38	9%
34-38	39-43	0
39-43	44-48	45%
44-48	49-53	60%
49-53	54-58	39%
54-58	59/ +	27%

## 9. DOS PRAZOS DE CARÊNCIA

Carência é o período ininterrupto durante o qual o BENEFICIÁRIO não terá direito a determinadas coberturas previstas no contrato. Os prazos de carência não confundem com o prazo da COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT), correndo eles de maneira independente e não podendo ser somados.

**9.2.** Para contratos firmados com um número de participantes até 29 (vinte e nove) beneficiários, e enquanto mantida essa quantidade mínima, será exigido o cumprimento de prazos a seguir:

GRUPO DE CARÊNCIA	PRAZO PARA AQUISIÇÃO DO DIREITO DE USO	PROCEDIMENTOS/EVENTOS MÉDICOS E/OU HOSPITALARES COBERTOS
G0 - Urgências e Emergências	24 (vinte e quatro) horas	Atendimento nos casos de emergência ou de urgência, caracterizados nos termos do artigo 35-C, inciso I ou II, da Lei nº 9.656/98.
G1 - Exames simples	30 (trinta) dias	a) consultas médicas eletivas; b) exames realizados em regime ambulatorial de análises clínicas em bioquímica, hematologia, fezes, urina, radiologia simples (não contrastadas) e eletrocardiograma.
G2 - Exames especiais	90 (noventa) dias	Além dos procedimentos/eventos descritos nos itens anteriores, o Beneficiário adquire o direito aos seguintes procedimentos/eventos, realizados em regime ambulatorial: a) mamografia; b) teste ergométrico; c) eletroencefalografia; d) exames de citologia oncótica (papanicolau), colposcopia e vulvoscopia; e) peniscopia
G3 - Exames complexos	120 (cento e vinte) dias	Além dos procedimentos/eventos descritos nos itens anteriores, o Beneficiário adquire o direito aos seguintes procedimentos/eventos, realizados em regime ambulatorial: a) demais exames de análises clínicas; b) cirurgias ambulatoriais de porte zero (com anestesia local); c) exames de anatomia patológica; d) endoscopia diagnóstica e cirúrgica (em todas as especialidades); e) provas de função pulmonar, liquor; f) exames angiológicos de Doppler; fluxometria e investigação vascular ultrassônica; ecocardiografia; g) eletroneuromiografia; h) densitometria óssea; i) exames radiológicos; j) fisioterapia; k) sessões de Psicoterapia, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional e Nutrição; l) exames e testes oftalmológicos, alergológicos e otorrinolaringológicos.
G4 - Exames complexos e Internação	180 (cento e oitenta) dias	Além dos procedimentos/eventos descritos nos itens anteriores, o Beneficiário adquire o direito a: a) demais procedimentos diagnósticos e terapêuticos; b) internações clínicas e cirúrgicas, procedimentos de alta complexidade, conforme definido no Rol de Procedimentos de Cobertura obrigatória da ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, exceto os relacionados a DLPE (Doenças e Lesões Preexistentes); c) Diálise e Hemodiálise; d) Hemoterapia; e) procedimentos relacionados a planejamento familiar
G5 - Parto	300 (trezentos) dias	Além dos procedimentos/eventos descritos nos itens anteriores, o Beneficiário, titular e dependente, adquire o direito à cobertura de partos a termo.

**9.3.** Para os contratos firmados com um número de participantes igual ou superior a 30 (trinta) beneficiários, e enquanto mantida essa quantidade mínima, não poderá ser exigido o cumprimento de prazos de carência, desde que o beneficiário seja incluído na data da contratação do plano ou até 30 dias da data de vinculação do mesmo na EMPRESA CONTRATANTE. Após decorrido o prazo de 30 dias com supramencionado, a inclusão de beneficiários ocorrerá com a exigência do cumprimento dos prazos de carência citados no item 9.2.

**9.4.** A redução ou isenção do cumprimento dos períodos para beneficiários oriundos de outras operadoras dentro da SUBCONTRATANTE conveniada de acordo com critérios abaixo:

**9.4.1.** Período mínimo de 3 (três) meses de plano anterior congênere comprovado através de documentação.

a) Redução para beneficiários de plano individual:

- Cópia do último boleto quitado, quando o boleto for quitado pela internet ou caixa eletrônico anexar o comprovante de pagamento para a conferência do código de barras; Carteira com o nome do titular e dos dependentes (se houver), data de início e a vigência do plano, tipo de acomodação (enfermaria ou apartamento).

- Se na carteira não constar as informações necessárias, deverão ser enviados os seguintes documentos: cópia do contrato anterior com data, nome do titular e dos dependentes (se houver), e do tipo de acomodação (enfermaria ou apartamento)

b) Redução para ex-beneficiários de PME e Grupal

- Cópia da carteira, carta original da empresa em papel timbrado com os seguintes requisitos: carimbo do CNPJ, nome dos titulares e seus dependentes, quando houver, tipo de acomodação do plano enfermaria ou apartamento, tempo de permanência - início e término do plano (dia / mês / ano), nome, cargo e telefone do responsável que assina a carta. Ou:

- Carta de permanência da operadora anterior. Ou

- Cópia da última fatura quitada e da última relação de beneficiários, emitida pela operadora anterior.

**9.4.2.** A redução de carências contratuais será exigido de prazos a seguir na TABELA DE REDUÇÃO DE PRAZO DE AQUISIÇÃO DE DIREITOS de acordo com os critérios devidamente comprovado:

TABELA DE REDUÇÃO DO PRAZO DE AQUISIÇÃO DE DIREITOS

Origem - (TP) tempo de participação na empresa congêneres em dias	Grupo de Carência					
	G0	G1	G2	G3	G4	G5
Contratual	24 horas	30 dias	90 dias	120 dias	180 dias	300 dias
Compras de carência até 59 anos (TP 90 a 150 dias)	24 horas	24 horas	30 dias	30 dias	120 dias	300 dias
Compras de carência até 59 anos (TP 151 a 180 dias)	24 horas	24 horas	30 dias	30 dias	90 dias	300 dias
Compras de carência até 59 anos (TP 181 a 210 dias)	24 horas	24 horas	24 horas	24 horas	60 dias	300 dias
Compras de carência até 59 anos (TP acima de 210 dias)	24 horas	24 horas	24 horas	24 horas	30 dias	300 dias
Compras de carência de plano anterior a 1999	24 horas	24 horas	30 dias	30 dias	60 dias	300 dias
Empresas com 30 ou mais beneficiários	24 horas	24 horas	24 horas	24 horas	24 horas	24 horas

## 10. DAS DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

**10.1.** Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP) são aqueles que os beneficiários ou seu representante legal saiba ser portados ou sofredor, no mesmo 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 9961, de 28 de janeiro de 2000 e as diretrizes estabelecidas na RN/ANS nº 162, ou em outra.

**10.2.** Cobertura Parcial Temporária (CPT) é aquela que admite, por período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data de 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 preexistente declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.

**10.3.** Agravos - 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 a Contratante e o Beneficiário Titular, em conjunto.

**10.4.** O beneficiário titular deverá preencher Declaração de saúde, no momento da adesão contratual, ou da inclusão posterior de dependente, informando o conhecimento de DPL, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à exclusão do contrato, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9656, de 1998, observando-se que:

- o Beneficiário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais credenciados ou referenciados pela Operadora, sem qualquer ônus para o Beneficiário;
- caso o Beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da Operadora, poderá fazê-lo, desde que assumo o ônus financeiro dessa entrevista;
- o objetivo da entrevista qualificada é orientar o Beneficiário para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que o Beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento de sua inclusão no Contrato, além de esclarecer questões relativas aos critérios de cobertura e consequência da omissão de informações;
- a Operadora se reserva o direito de exigir, complementarmente à Declaração de Saúde, exame ou perícia médica do Beneficiário Titular e/ou de seus dependentes, assumindo o ônus integral pela sua realização, sendo certo que, nos termos do artigo 5º, parágrafo 4º, da RN/ANS nº 162, após a realização do exame ou perícia, a Operadora fica proibida de alegar, posteriormente, omissão de informar de DLR.

**10.5.** Sendo constatada, por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração do Beneficiário, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a Operadora poderá oferecer cobertura total no caso de doenças ou lesões preexistente, sem qualquer ônus adicional para o Beneficiário, observando-se que:

- caso a Operadora opte pelo não oferecimento de cobertura total, deverá, obrigatoriamente, oferecer CPT, podendo, se, entender conveniente, oferecer, facultativamente, o Agravos com a opção à CPT;
- caso a Operadora não ofereça CPT no momento da contratação ou da inclusão no Contrato, não caberá alegação de omissão de informação na Declaração de Saúde ou aplicação posterior de CPT ou Agravos;
- havendo acordo de CPT, a operadora somente poderá suspender a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta tecnologia (unidades de terapia intensiva, de qualquer tipo) e os procedimentos de alta complexidade (conforme especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS), quando relacionados diretamente à(s) DPL especificada(s).



# PROPOSTA PME

Contrato de Pequenas e Médias Empresas



Nº

**10.5.1.** Caso não seja aceita a cláusula de CPT ou, se facultativa oferecida, de Agravo, a Ficha de Inscrição Cadastral respectiva será cancelada, sendo devolvidos à Contratante os valores que, eventualmente, já tenham sido pagos à Operadora.

**10.6.** Identificado indício de fraude por parte do beneficiário, referente à omissão de conhecimento de DLP por ocasião da adesão contratual, ou da inclusão posterior de dependente no plano privado de assistência à saúde, a operadora deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação de notificação e/ou interpelação judicial, sem que caibam direitos indenizatórios à parte ingratora, nas seguintes situações:

- Prática de fraude comprovada
- Inadimplência por período superior a 60 (sessenta) dias cumulativos, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, desde que a EMPRESA SUBESTIPULANTE seja previamente notificada;
- Extinção, dissolução, liquidação judicial ou extrajudicial, recuperação judicial ou extrajudicial, falência da EMPRESA SUBESTIPULANTE;
- Redução do número mínimo de beneficiários exigidos nos 12 (doze) primeiros meses de vigência para a manutenção do contrato.

## 14. DO SIGILO

**14.1.** As partes se obrigam a guardar sigilo sobre as informações confidenciais a que tiveram acesso por força deste Contrato, durante e após seu período de vigência.

**14.2.** São informações confidenciais todos os documentos e dados relativos às atividades das Partes que não sejam de conhecimento público, tais como, e não apenas, custos, produtos, serviços, preços, listas de empregados, conhecimentos técnicos e estratégias de atuação.

## 15. A ADMINISTRADORA ESTIPULANTE NÃO É RESPONSÁVEL:

**15.1.** Pela rentabilidade decorrente da sinistralidade do contrato coletivo empresarial estipulado, uma vez que a quantidade de utilização das coberturas assistenciais independe de sua administração, bem como pelas obrigações cuja responsabilidade seja comprovadamente da OPERADORA.

**15.2.** Pelos serviços prestados exclusivamente ou autorizados pela OPERADORA, tais como, mas não apenas: liberações de exames, consultas, internações, cirurgias, etc.

**15.3.** Pelas obrigações financeiras não cumpridas e cuja responsabilidade seja comprovadamente da OPERADORA, sendo certo que a ADMINISTRADORA ESTIPULANTE se compromete tão somente com o cumprimento de suas obrigações de estipulante e/ou contratante.

## 16. DO PAGAMENTO DOS TRIBUTOS

**16.1.** Os tributos que foram devidos em decorrência direta ou indireta do presente contrato ou de sua execução constituem ônus de total responsabilidade da parte na condição de contribuinte, conforme definido na legislação tributária correspondente, ressalvados os casos em que a obrigação de reter e recolher seja específica da ADMINISTRADORA ESTIPULANTE.

## 17. DA NULIDADE E SUBSISTÊNCIA DE CLÁUSULAS

**17.1.** Caso qualquer disposição do presente contrato seja considerada nula, ilegal ou inexecutável, as partes deverão negociar de boa fé, de forma a chegar a um acordo na redação de uma nova cláusula que seja satisfatória e reflita suas intenções, conforme expressas no presente acordo, a qual substituirá aquela considerada nula, ilegal ou inexecutável.

## 18. DA TOTALIDADE DO CONTRATO

**18.1.** O presente acordo constitui o único e integral acordo entre as partes em relação ao seu objeto, substituindo qualquer entendimento ou negociação anteriores havidas entre as partes.

## 19. DO FORO

**19.1.** Este Instrumento será regido e interpretado com conformidade com a leis da República Federativa do Brasil. As partes elegem o Foro da Comarca de São Paulo para conhecer de qualquer questão referente a este instrumento, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.