

CONTRATO COLETIVO POR ADESÃO

CONTRATO: 35420**CADASTRO: 461.312/1010-1**

Dados Gerais

OPERADORA: SÃO FRANCISCO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA

Inscrição no CNPJ: 03.098.226/0001-65

Registro da Operadora na ANS: 40.396/2

Endereço – Av. Fernando de Menezes Góes, 1076 – Centro – Petrolina PE

PLANO SAÚDE COLETIVO POR ADESÃO**Livre Escolha: Não**

Formação do Preço: Pré-Estabelecido

Segmentação Assistencial: Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia

Contratação: Coletivo empresarial

Abrangência Geográfica: Grupo de municípios – Petrolina/PE e Juazeiro/BA

Padrão de Acomodação: enfermaria**Período contratual: Julho 2025 a Junho 2026.****CONTRATANTE: ASSOCIACAO DOS SERVIDORES DA FUNDACAO UNIVERSIDADE****FEDERAL DO VALE DO SAO FRANCISCO - ASSUNIVASF**

Representante da empresa:

Cargo:

CPF:

Endereço: CEP: 56302-600 AV. SOUZA FILHO N 553 SALA 201 1 ANDAR GALERIA IMPERIAL
CENTER CENTRO PETROLINA PE

Telefone fixo com DDD:

Telefone celular com DDD: 87 988129492 / 988564513

E-mail: assunivasf@hotmail.com

Inscrição no CNPJ: 07.548.350/0001-36

GLOSSÁRIO

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.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE/ANS: autarquia sob regime especial vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem a saúde suplementar.

AGRAVO DA CONTRAPRESTAÇÃO: qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, apenas para a doença ou lesão preexistente declarada, após o cálculo oferecido pela operadora e o pagamento de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.

ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA: área em que a operadora se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo beneficiário.

ATENDIMENTO ELETIVO: termo usado para designar os atendimentos médicos que podem ser programados, ou seja, que não são considerados de urgência e emergência.

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

BENEFICIÁRIO: pessoa física, titular ou dependente, que possui direitos e deveres definidos em contrato assinado seja diretamente com a operadora de plano privado de saúde ou através de uma empresa, para garantia da assistência médico-hospitalar e/ou odontológica.

BENEFICIÁRIO TITULAR: pessoa física responsável pelo pagamento do plano ou colaborador contratado por uma empresa.

CÁLCULO ATUARIAL: é a expressão resumida para designar as metodologias de natureza atuarial, empregadas para precificação de produtos de riscos seguráveis, estimação de volatilidades e capital econômico, apuração do capital regulatório, além de simulações de natureza estocástica visando avaliar os níveis de solvência da operadora.

CARÊNCIA: período corrido e ininterrupto, contado a partir da data de início da vigência da(s) cobertura(s) contratada(s), durante o qual o contratante paga as contraprestações pecuniárias, mas não goza de cobertura para as coberturas sujeitas à carência.

COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT): expressão que caracteriza o período ininterrupto de até 24 meses, durante o qual se verifica a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes - DLP declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal por ocasião da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.

COPARTICIPAÇÃO: é a franquia dedutível expressa como percentual da despesa assistencial incorrida pelo beneficiário a ser paga diretamente à operadora, após a realização do procedimento.

CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA: valor em moeda corrente a ser pago pelo CONTRATANTE do plano de saúde para a operadora, para garantir a prestação continuada dos serviços assistenciais contratados.

CONSULTA: é o ato realizado pelo médico que compreende a anamnese, o exame físico e a elaboração de hipóteses ou conclusões diagnósticas, solicitação de exames complementares, quando necessários, e prescrição terapêutica como ato médico completo e que pode ser concluído ou não em um único momento.

CTI: centro de tratamento intensivo.

DEPENDENTE: Pessoa física, identificada pelo beneficiário titular do plano, e que esteja de acordo com as condições de elegibilidade estabelecidas no contrato. No plano individual, titular e dependentes devem estar no mesmo plano. Nos planos coletivos, titulares e dependentes podem estar no mesmo plano ou em planos diferentes de acordo com o estabelecido pela pessoa jurídica contratante.

DOENÇA: é o processo mórbido definido, tendo um conjunto característico de sintomas e sinais, que leva o indivíduo a tratamento médico.

DOENÇA AGUDA: falta ou perturbação da saúde, de característica grave e de curta duração, sendo reversível com o tratamento.

DOENÇA OU LESÃO PREEXISTENTE: 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.

DOENÇA PROFISSIONAL: é aquela adquirida em consequência do trabalho, sem cobertura pelo plano de saúde.

EMERGÊNCIA: é a situação que implica risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizada em declaração do médico assistente.

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

FRANQUIA DEDUTÍVEL: é o valor expresso em moeda corrente do país, correspondente à participação obrigatória do CONTRATANTE na despesa assistencial incorrida, a ser paga diretamente para a operadora.

MÉDICO ASSISTENTE: é o profissional responsável pela indicação da conduta médica a ser aplicada ao beneficiário.

MENSALIDADE: contraprestação pecuniária financiada pela operadora em base mensal a ser paga pelo contratante à operadora.

ÓRTESE: acessório usado em atos cirúrgicos e que não substitui parcial ou totalmente nenhum órgão ou membro, podendo, ou não, ser retirado posteriormente.

PRÊMIO COMERCIAL: termo usado por sociedades seguradoras em substituição à expressão CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA.

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

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

PROCEDIMENTO ELETIVO: é o termo usado para designar procedimentos médicos não considerados de urgência ou emergência e que podem ser programados.

TITULAR: é o beneficiário de plano privado de assistência à saúde cujo contrato o caracteriza como detentor principal do vínculo com uma operadora.

URGÊNCIA: é o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional.

Para fins específicos de Proteção de Dados pessoais e privacidade, são adotadas as seguintes definições:

DADOS PESSOAIS: são as informações relativas à pessoa natural identificada ou identificável.

TITULAR DOS DADOS: é a pessoa natural, identificada ou identificável, a que se referem os dados tratados.

TRATAMENTO: é qualquer método, operação ou conjunto de operações realizadas sobre os dados pessoais ou conjunto de dados, realizados por qualquer meio, tais como a coleta, o registro, a organização, a estruturação, a guarda e conservação, a adaptação, a alteração, a recuperação, a consulta, a utilização, a disponibilização por qualquer meio, a comparação ou interconexão, a limitação, a eliminação ou destruição.

I - ATRIBUTOS DO CONTRATO

- 1- Este contrato possui a obrigação da cobertura da assistência médica, através da rede credenciada ou contratada pela São Francisco Assistência Médica, nos municípios de Petrolina, no Estado de Pernambuco e Juazeiro, no Estado da Bahia.
- 2- Os procedimentos amparados por este contrato, porventura não existentes ou disponíveis na área geográfica de abrangência contratada, serão garantidos mediante referência previamente autorizada e definida pela CONTRATADA.
- 3- A CONTRATADA não responderá por transporte de usuários nos casos não internados.
- 4- Este instrumento contratual tem por objeto a prestação continuada de serviços ou coberturas de custos assistenciais na forma de plano privado de assistência à saúde prevista no inciso I, do artigo 1º, da Lei 9656/1998, visando à Assistência Médica Ambulatorial e Hospitalar com Obstétrica, com cobertura de todas as doenças discriminadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento.

O presente Contrato é de adesão, bilateral, que gera direitos e obrigações para ambas as partes, na forma do Código Civil Brasileiro.

Os planos disponíveis para contratação são:

NOME COMERCIAL	REGISTRO DO PRODUTO
(X) HGU SAÚDE COLETIVO POR ADESAO - REFERÊNCIA	461.312/1010-1

I - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

Este contrato é destinado à população que mantenha vínculo com as seguintes pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial:

- 1) conselhos profissionais e entidades de classe, nos quais seja necessário o registro para o exercício da profissão;
- 2) sindicatos, centrais sindicais e respectivas federações e confederações;
- 3) associações profissionais legalmente constituídas;

- 4) cooperativas que congreguem membros de categorias ou classes de profissões regulamentadas;
- 5) caixas de assistência e fundações de direito privado que se enquadrem nas disposições desta resolução;
- 6) entidades previstas na Lei no 7.395, de 31 de outubro de 1985, e na Lei no 7.398, de 4 de novembro de 1985; e
- 7) outras pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial não previstas nos incisos anteriores;

Podem ser inscritos no plano como **Beneficiários Titulares** as pessoas que comprovem algum tipo de vínculo com a CONTRATANTE.

Podem ser inscritos pelo Titular como **Beneficiários Dependentes**, na data de assinatura do contrato, mediante a comprovação das qualidades abaixo indicadas e da dependência econômica em relação àquele:

- a) O cônjuge;
- b) O companheiro, havendo união estável na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge salvo por decisão judicial.
- c) Filhos ou enteados, podem ser inclusos até 18 anos, permanecendo no contrato até 21 anos. Estudantes universitários até 24 anos completos;
- d) Os tutelados e os menores sob guarda;

Inscrição de Recém-Nascido - É assegurada a inscrição ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do Beneficiário Titular e/ou dos Beneficiários Dependentes, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência e DLP (Doenças e Lesões Pré-existentes), desde que o titular tenha cumprido os períodos e a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o nascimento.

Inscrição de Filho Adotivo - É assegurada inscrição de filho adotivo, menor de doze anos de idade, aproveitando os períodos de carência e DLP (Doenças e Lesões Pré-existentes) já cumpridos pelo Beneficiário adotante, desde que solicitada no prazo máximo de 30 (trinta) dias do após o deferimento da adoção.

Ultrapassados os prazos previstos neste Item, o cumprimento de carências se dará integralmente, observando o disposto acima.

Por ocasião da contratação do plano de saúde a CONTRATANTE deverá comprovar a legitimidade da pessoa jurídica contratante e a condição de elegibilidade do beneficiário, devendo atender às condições de admissão e encaminhar à CONTRATADA.

A adesão do grupo familiar dependerá da participação do beneficiário titular no plano privado de assistência à saúde.

Ultrapassados os prazos previstos neste Item, o cumprimento de carências se dará integralmente.

II.1 – DA INCLUSÃO E EXCLUSÃO

A CONTRATANTE é obrigada a fornecer relação dos beneficiários a serem inscritos, contendo os respectivos nomes e identificação completa, como CPF, RG, PIS/PASEP/NIS, CNS (Cadastro Nacional de Saúde), nome da mãe e endereço do beneficiário titular, principalmente a titularidade de sua vinculação descrita no Item II, responsabilizando-se, inclusive, pela indicação de dependência. Os documentos mencionados de obrigatoriedade, são requeridos pela ANS, que em caso de não preenchimento para envio do órgão, poderá multar a operadora.

A inclusão da CONTRATANTE no portfólio da CONTRATADA será processada através do Formulário de Adesão, onde constarão informações importantes para análise do risco (existência de gestantes, pessoas internadas, pessoas afastadas por doenças e pessoas com doenças de alto risco), Declaração para todos os dependentes a qual, se aceita pela CONTRATADA, integrará este contrato.

No aniversário do contrato, a contratante com mais de 30 vidas ativas no convenio, a inclusão se dará sem carência, **EXCETO** pré-existência.

Após o aniversário do contrato, será exigido o cumprimento de todas as carência conforme a legislação (Item X).

Deverá preencher a Declaração de Saúde, mesmo que não implique no cumprimento das carências.

Quando o número de vidas da CONTRATANTE se alterar em mais de 20% da quantidade inicial, haverá uma nova precificação feita pelo atuário e consequentemente, uma nova tabela deverá ser apresentada para a empresa CONTRATANTE.

Caberá a CONTRATADA a seu livre critério requerer, através de Declaração de Saúde, ou a realização de exames prévios clínicos e de auxílio diagnóstico de adesão e/ou perícia nos usuários, com a finalidade de investigar lesões e doenças preexistentes, bem como solicitar a qualquer tempo documentação comprobatória das declarações, caso necessário.

Em não sendo atendidas as condições exigidas para sua inscrição ou manutenção, o beneficiário faltante será automaticamente excluído do contrato, cabendo, ainda, à CONTRATANTE solicitar a suspensão ou exclusão de beneficiários do plano de assistência à saúde contratado, com pena de ser punida com multa, pelo órgão normativo, ANS.

Quando houver inclusão de novos beneficiários colaboradores fora da data de início de cobertura do plano, haverá cobrança proporcional de mensalidade, correspondente da data da inclusão até o dia correspondente ao final da cobertura mensal.

Eventuais reingressos de beneficiários só se tornarão efetivos após decorridos 24 (vinte e quatro) meses a contar da data da solicitação de exclusão do plano.

A CONTRATADA poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência da CONTRATANTE, nas seguintes hipóteses:

I - fraude;

II – informação inverídica no Formulário de Adesão ou na Declaração de Saúde;

III - por perda dos vínculos do titular previstos neste contrato, ou de dependência, ressalvando à permanência do demitido ou aposentado, conforme estabelecido na legislação vigente.

III - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

Respeitados os prazos de carência, as exclusões e as coberturas estabelecidas neste instrumento jurídico, o beneficiário terá cobertura para as despesas ambulatoriais, hospitalares, exames complementares e serviços auxiliares listados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.

A participação de profissional médico anestesiológista nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento terá cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínica.

A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais priorizará o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando-se a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e de acordo com indicação do médico assistente.

Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais previstos no rol da ANS, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto infringidas, estão obrigatoriamente cobertos.

O atendimento, dentro da segmentação e da área de abrangência estabelecida no contrato, está assegurado independentemente do local de origem do evento.

As situações de urgência ou emergência ocorridas fora da área de abrangência (Petrolina e Juazeiro), estabelecida neste contrato poderão ser atendidas em todo o território brasileiro, pela rede disponibilizada pela Associação Brasileira de Planos de Saúde – ABRAMGE, devendo o beneficiário requerer autorização de atendimento através do telefone 0800 722 7511 disponível 24 horas por dia, durante os 7 dias da semana. A disponibilidade da rede de atendimento para cada estado encontra-se disponível no site: WWW.hgusaude.com.br

IV- COBERTURAS AMBULATORIAIS EM UNIDADES DA REDE REFERENCIADA PELA CONTRATADA:

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 consultas e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo, de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, conforme indicação do médico assistente.

- c) Psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, conforme Diretrizes de Utilização, que poderão ser realizados tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitados;
- d) 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;
- e) Procedimentos de reeducação e reabilitação física em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente;
- f) Cobertura para os atendimentos nos casos de planejamento familiar, incluindo:
- atividades educacionais;
 - consultas de aconselhamento para planejamento familiar;
 - atendimento clínico;
 - sulfato de DEHIDROEPIANDROSTERON A (SDHEA);
 - implante de dispositivo intrauterino (diu) hormonal, incluindo o dispositivo.
- g) Cobertura para os seguintes procedimentos, considerados especiais:
- Hemodiálise e diálise peritoneal;
 - Quimioterapia oncológica ambulatorial;
 - Radioterapia;
 - procedimentos de hemodinâmica ambulatorial;
 - Hemoterapia ambulatorial;
 - Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.
- h) Medicamentos registrados/regularizados na ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos para a segmentação ambulatorial;

V- COBERTURAS HOSPITALARES EM UNIDADES DA REDE REFERENCIADA PELA CONTRATADA:

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 para acomodação em nível superior, sem ônus adicional, na indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou contratados pelo plano.
- c) Cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem, exceto quando em caráter particular, e alimentação;
- d) Cobertura de toda e quaisquer taxas, 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;

- e) O beneficiário terá direito à cobertura de despesas de diária (s) de 1 (um) acompanhante, no caso de paciente menor de 18 (dezoito) anos e com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente, no local da internação, excetuado os casos de CTI ou similar;
- f) Cobertura de exames complementares indispensáveis ao controle da evolução da doença e à elucidação diagnóstica realizadas durante o período de internação hospitalar;
- g) Fornecimento de medicamentos nacionais e nacionalizados, anestésicos, gases medicinais e transfusões, conforme prescrição do médico assistente ministrados durante o período de internação hospitalar;
- h) Atendimentos nos casos de planejamento familiar incluindo o seguinte procedimento: sulfato de DEHIDROEPIANDROSTERON A (SDHEA);
- i) Cobertura para os seguintes procedimentos, considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:
- Hemodiálise e diálise peritoneal;
 - Quimioterapia oncológica ambulatorial;
 - Procedimentos radioterápicos ambulatorial e hospitalar;
 - Hemoterapia;
 - Nutrição enteral ou parenteral;
 - Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
 - Embolizações e radiologia intervencionista;
 - Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
 - Procedimentos de reeducação e reabilitação física;
- j) Cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- k) 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;
- l) Procedimentos buco-maxilo-faciais que necessitem de internação hospitalar, 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;
- m) 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;
- n) Transplantes 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;

VI- COBERTURA PARA SAÚDE MENTAL:

Ao beneficiário serão asseguradas as coberturas das despesas relativas à saúde mental, correspondentes ao tratamento de todos os transtornos psiquiátricos previstos no rol da ANS.

A cobertura hospitalar para saúde mental garantirá por ano de contrato:

- a) Custeio integral de pelo menos 30 (trinta) dias de internação;
- b) Nas internações psiquiátricas o custeio parcial excepcionalmente poderá ser fixado a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação, por ano de contrato, com coparticipação de 50% (Cinquenta por cento) do Beneficiário observados os tetos estabelecidos nos normativos vigentes;

Esse percentual de coparticipação equivalerá ao máximo admitido por norma editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que estiver vigente à época da contratação do plano de saúde.

- c) A cobertura do tratamento em regime de hospital-dia deverá se dar de acordo com as diretrizes estabelecidas nos normativos vigentes.

- d) A psicoterapia de crise, entendida esta como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área de saúde mental, com duração máxima de 12 (doze) semanas, limitada a 12 (doze) sessões por ano de contrato, não cumulativas (art. 2º, II, “b”, da Resolução CONSU nº 11/1998 ou normativo que a substitua).

- e) O custeio integral de 15 (quinze) dias de internação, por ano de contrato não cumulativos, em hospital geral, para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização (art. 2º, II, “b”, da Resolução CONSU nº 11/1998, alterado pela CONSU nº 15/1999 ou normativo que a substitua).

VII- COBERTURAS OBSTÉTRICAS.

- 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.

VIII - EXCLUSÕES DE COBERTURA

Estão excluídas da cobertura as despesas com assistência odontológica de qualquer natureza, inclusive as relacionadas com acidentes, EXCETO as cirurgias buco-maxilo faciais que necessitem de ambiente hospitalar e aquelas passíveis de realização em consultório, que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar.

Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, assim definido pela autoridade competente.

Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, cosméticos ou para alterações somáticas, bem como órteses e próteses para o mesmo fim.

Inseminação artificial e cirurgias para mudança de sexo.

Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética.

Fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados, ou seja, sem registro vigente na ANVISA.

Atendimento domiciliar, incluindo aluguel de equipamentos e similares para tratamento domiciliar, materiais e medicamentos para tratamento domiciliar, serviços de enfermagem domiciliar e remoção domiciliar, exceto nos casos de internação domiciliar oferecida pela operadora em substituição à internação hospitalar.

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

Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico.

Tratamentos odontológicos, exceto cirurgias odontológicas buco-maxilo-faciais, que necessitem de ambiente hospitalar e a estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar;

Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes.

Casos de cataclismos, guerras e comoções internas quando declarados pela autoridade competente.

Tratamento em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos, internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar.

Consultas e enfermagem domiciliares, bem como exames para piscina e ginástica.

Aplicação de vacinas preventivas e hipossensibilizantes.

Medicamentos e materiais cirúrgicos que não sejam ministrados em internações ou em atendimentos de prontos-socorros ou ambulatoriais.

Necropsia, tratamos com medicina alternativa, tais como: ortomoleculares e mineralograma de cabelo.

Consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de urgência ou emergência.

Aluguel de equipamento ortopédicos, hospitalares e similares.

Implante (exceto os previstos em rol de procedimentos da ANS), e transplantes, (exceto os de córnea, rim e transplante autólogo de medula óssea que estão cobertos, de acordo com as condições expressas neste contrato).

Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área de abrangência contratada.

O sistema de atendimento “Home Care”, assim considerado o atendimento hospitalar feito na residência do beneficiário, com a colocação em seu endereço, dos aparelhos necessários ao seu atendimento.

Tratamento de varizes – esclerose.

Despesa com assistência odontológica de qualquer natureza (diagnóstica, clínica ou cirúrgica), inclusive relacionadas com acidentes exceto cirurgias buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar.

Investigação de paternidade, maternidade e consanguinidade.

Procedimentos, exames ou tratamentos realizados por laboratório, clínica ou hospital não indicados na lista de credenciados do plano.

IX- DURAÇÃO DO CONTRATO

O contrato vigorará por prazo determinado, sendo o período de vigência do plano igual a 12 (doze) meses, respeitadas as carências expressamente contratadas.

A eventual renovação do instrumento jurídico se dará através da celebração de novo contrato ou através da celebração de Termo Aditivo.

X - PERÍODOS DE CARÊNCIA

A CONTRATADA assegura aos usuários titulares e dependentes, regularmente inscritos, a realização de consultas e procedimentos de diagnóstico e terapia, e internações hospitalares, exclusivamente dentro dos recursos contratados, quando solicitado por médico assistente de acordo com as carências abaixo estabelecidas, quando aplicáveis:

- 24 (vinte e quatro) horas - Atendimento de urgências/emergências, incluindo complicações gestacionais e acidentes pessoais, com cobertura assistencial médica limitada até 12 (doze) horas, sem internamento;

- 30 (trinta) dias para consultas médicas e exames simples;

- 180 (cento e oitenta) dias para todos os demais exames e procedimentos, exceto partos, assim como para os procedimentos não presentes no rol vigente à época de assinatura deste contrato;

- 300 (trezentos) dias para partos a termo.

Rol de procedimentos: https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-da-sociedade/atualizacao-do-rol-de-procedimentos/copy_of_Anexo_I_Rol_2021RN_465.2021_RN610.pdf

Serão considerados para efeito deste item os seguintes exames denominados exames simples: Uréia, Ácido úrico, Albumina, Bilirrubinas, total e indireta, Colesterol total, simples, Creatinina, Glicose, Hemossedimentação (VHS), Transaminase oxalacética (amino transferase aspartato), Transaminase pirúvica (amino transferase de alanina, Sífilis – VDRL, Rotina de urina (caracteres físicos, elementos anormais e sedimentoscopia), Hemograma com contagem de plaquetas, Parasitológico de fezes, Grupo, sanguíneo ABO e RH, RX de Tórax.

A contagem para cada beneficiário se dará a partir da efetiva inscrição do titular e dos dependentes, o que ocorrerá após a aprovação da proposta de adesão pela CONTRATADA.

Será obrigatório o período para cumprimento das DLP(doenças e lesões preexistente) para todos os beneficiários.

Para as doenças pré-existentes, deverá haver a aplicação da CPT (Cobertura Parcial Temporária) ou a aceitação do cálculo de Agravado oferecido pela CONTRATADA (quando solicitado).

XI – URGÊNCIA, EMERGÊNCIA E DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES

É obrigatória por parte da CONTRATADA a cobertura integral, ambulatorial e hospitalar, do atendimento nos casos de:

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

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

É garantida a cobertura do atendimento de urgência e emergência nos casos de complicações no processo gestacional, quando em cumprimento de carência ou nos planos hospitalares sem obstetrícia, pelo período de 12 (doze) horas ou até que haja necessidade de internação.

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

Quando for necessária para continuidade do atendimento de urgência e/ou 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 beneficiário, não cabendo qualquer ônus à CONTRATADA.

Havendo declaração de doença ou lesões preexistentes, serão oferecidas duas opções:

- a) Cobertura Parcial Temporária (CPT)** – o proponente não terá direito a procedimento de altas complexidades, cirúrgicos ou leitos de alta tecnologia, relacionados a doenças ou lesão declarada por um período máximo de 24 (vinte e quatro) meses.
- b) Para as demais doenças não declaradas como “pré-existências”,** serão exigidas as carências normais, conforme mencionadas no item X (Períodos de Carências)
- c) Agravo** – acréscimo no custo mensal do plano, após cálculo oferecido pela CONTRATADA, para que o consumidor tenha direito a cobertura completa apenas para a doença ou lesão preexistente declarada, desde que seja feito o pagamento de acordo com as condições negociadas entre a operadora e a CONTRATANTE.

XII- DA REMOÇÃO

A CONTRATADA garantirá a remoção do paciente nas seguintes hipóteses:

I - para outra unidade de atendimento da rede do plano, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente;

II - para uma unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, nos casos em que o consumidor estiver cumprindo período de carência para internação, conforme art. 7º e seus parágrafos, da resolução CONSU nº 13/1998 ou normativo que a substitua; e

III - quando houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças ou lesões preexistentes.

XIII- DA REMOÇÃO PARA O SUS:

À CONTRATADA caberá 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.

Quando não puder haver remoção por 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 CONTRATADA desse ônus.

A CONTRATADA deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS.

Se o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade que, ainda que pertencente ao SUS, não disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento, ficará a CONTRATADA desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

A CONTRATADA não se responsabilizará por transporte ou REMOÇÃO de beneficiários que não estejam internados.

XIV- DO REEMBOLSO

Será garantido ao Beneficiário o reembolso das despesas decorrentes dos atendimentos de urgência e emergência ocorridos na área de abrangência geográfica da cobertura contratual sempre que não for possível a utilização dos serviços de prestadores da rede assistencial deste plano.

Só serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento, e desde que realizadas enquanto perdurar o estado de urgência ou emergência.

Não serão reembolsáveis às despesas com consultas e procedimentos realizados por livre escolha do beneficiário, fora da área de abrangência do contrato, ou, sem a prévia autorização da CONTRATANTE, onde houver cobertura da rede ABRAMGE.

O beneficiário terá o prazo de 120 (cento e vinte) dias da data do evento para solicitar o reembolso, devendo para tanto apresentar à CONTRATADA os seguintes documentos:

1. Relatório do Médico Assistente contendo o diagnóstico, tratamento efetuado, data do atendimento e as condições que caracterizaram a urgência e emergência;
2. Recibos individuais quitados dos honorários médicos. Quando se tratar de Pessoa Jurídica a nota fiscal e recibo de quitação. Em ambos os casos deverão ser discriminados os seguintes dados:
 - Nome completo do paciente atendido;
 - Procedimento realizado e a data da sua realização;
 - Atuação do médico (cirurgião, clínico, auxiliar, anestesia e outros);
 - Valor dos honorários;
 - Nome, CPF e Registro do Médico no Conselho Regional de Medicina.
3. Conta hospitalar discriminada, inclusive a relação de materiais e medicamentos utilizados com a apresentação da nota fiscal e recibo de quitação;
4. Declaração contendo as circunstâncias da impossibilidade do atendimento no serviço próprio ou credenciado.
5. O valor correspondente a coparticipação será deduzido do valor a ser reembolsado ao Beneficiário Titular.

O reembolso será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento da documentação completa pela CONTRATADA, e seu valor não poderá ser superior à tabela de preço de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo produto, sendo efetuado de acordo com os valores das Tabelas de Referência praticada pela CONTRATADA, vigentes à data do pagamento, no que se refere a honorários médicos, diárias e taxas hospitalares, e nos preços médios de mercado, no que se refere a materiais e medicamentos.

XV – REDE DE ATENDIMENTO E SUA UTILIZAÇÃO

Estará disponível ao usuário titular uma relação contendo os dados dos prestadores de serviços próprios e credenciados pela operadora.

A OPERADORA reserva-se no direito de a qualquer tempo credenciar ou descredenciar entidade hospitalar, nos termos do artigo 17 da Lei de nº. 9656/98, bem como, dos médicos e dos demais serviços auxiliares, devendo o descredenciamento da entidade hospitalar, ser comunicado à Agência Nacional de Saúde Suplementar e ao beneficiário titular, com 30 (trinta) dias de antecedência, observada a prévia autorização da ANS na hipótese de redução da rede.

Na hipótese da substituição do estabelecimento hospitalar, ocorrer por vontade da operadora durante o 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.

Em caso de substituição hospitalar por infração às normas sanitárias vigentes, o usuário que se encontrar em regime de internação hospitalar, será imediatamente removido para outra unidade da rede credenciada, garantida a continuação da assistência, sem quaisquer ônus para o mesmo, inclusive quanto às despesas de sua remoção.

Será fornecida pela operadora a cada um dos beneficiários titulares uma Carteira de Identificação, cuja apresentação será indispensável para utilização de qualquer tipo de serviço prestado pela mesma ou por sua rede de atendimento.

Ocorrendo a perda ou extravio da Carteira de Identificação ou de outros documentos fornecidos pela operadora, o usuário titular obriga-se a comunicar em 48 horas o fato à mesma, por escrito.

Com exceção das consultas, todos os procedimentos deverão ter autorização expressa do HGU Saúde, inclusive para reembolso, reservando-se o direito do Plano não autorizar internações ou procedimentos que se mostrarem abusivos, indevidos, desnecessários ou não previstos neste contrato.

Para a autorização de internamentos, o beneficiário titular ou seu dependente deverá apresentar solicitação assinada pelo médico assistente, justificando as razões da internação, indicando o diagnóstico, tratamento proposto, época do início da enfermidade, bem como a duração provável da internação.

XVI- DA JUNTA MÉDICA

A operadora deverá garantir, no caso de situações de divergência médica, a definição do impasse, através de junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo beneficiário, por médico da operadora e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cabendo a cada parte o pagamento dos honorários do médico que nomear, sendo que a remuneração do terceiro desempatador será paga pelo plano contratado cuja remuneração ficará a cargo da operadora.

As autorizações prévias, para procedimentos referentes a doenças pré-existentes no período de Cobertura Parcial Temporária, não englobam eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade.

XVII - FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

O valor a ser pago pela cobertura assistencial contratada é pré-estabelecido, sendo estimado atuarialmente para os 12 (doze) meses posteriores, a contar da data da celebração deste contrato.

A responsabilidade pelo pagamento total da contraprestação pecuniária será da pessoa jurídica contratante, salvo os casos dos artigos 30 e 31, da Lei 9656/98.

A CONTRATANTE obriga-se a pagar à CONTRATADA, em pré-pagamento, os valores informados pela CONTRATADA, por beneficiário, devidamente segregado por faixa etária, após aceitação da Proposta de Adesão,

As mensalidades serão pagas até seus respectivos vencimentos, conforme acordado entre as partes.

Quando a data de vencimento cair em dia que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser realizado até o primeiro dia útil subsequente.

As faturas emitidas pela CONTRATADA serão baseadas na comunicação de movimentação de pessoal enviada pela CONTRATANTE. A fatura se baseará nos dados disponíveis, realizando-se os acertos nas faturas subsequentes.

Se a CONTRATANTE não receber documento que possibilite realizar o pagamento de sua obrigação até cinco dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente à CONTRATADA, para que não se sujeite a consequência da mora.

Ocorrendo impontualidade no pagamento da mensalidade, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso, além de multa de 2% (dois por cento).

A Contratada não poderá fazer distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles a este já vinculados.

Para efeito de apuração do montante mensal por conta das contraprestações devidas pela CONTRATANTE à CONTRATADA, a seguinte tabela norteará a apuração do mencionado montante mensal:

FAIXA ETÁRIA (1)	QUANTIDADE DE BENEFICIÁRIOS EXPOSTOS (2)	VALOR DA CONTRAPRESTAÇÃO (3)	PRODUTO DE (2) COM (4)
0 a 18 anos	Q_1	P_1	$Q_1 \times P_1$
19 a 23 anos	Q_2	P_2	$Q_2 \times P_2$
24 a 28 anos	Q_3	P_3	$Q_3 \times P_3$
29 a 33 anos	Q_4	P_4	$Q_4 \times P_4$
34 a 38 anos	Q_5	P_5	$Q_5 \times P_5$
39 a 43 anos	Q_6	P_6	$Q_6 \times P_6$
44 a 48 anos	Q_7	P_7	$Q_7 \times P_7$
49 a 53 anos	Q_8	P_8	$Q_8 \times P_8$
54 a 58 anos	Q_9	P_9	$Q_9 \times P_9$
59 anos ou mais	Q_{10}	P_{10}	$Q_{10} \times P_{10}$
TOTAIS	$Q_1+Q_2+...+Q_{10}$		$Q_1 \times P_1 + ... + Q_{10} \times P_{10}$

O montante a ser cobrado da CONTRATANTE corresponderá à soma da coluna (4) da tabela anterior, com vigência de 12 meses a contar da data de assinatura do contrato.

Poderá haver duas tabelas representando a negociação final da contratação, sendo uma para os colaboradores da CONTRATANTE e outra para os dependentes dos colaboradores.

A tabela de preços vigente na data de celebração deste instrumento se apresenta na tabela que segue:

Tabela dos colaboradores (TITULAR)

FAIXA ETÁRIA	Nº DE VIDAS	VALOR MENSAL DA CONTRAPRESTAÇÃO	PERCENTUAL
0 a 18 anos	0	227,34	15%
19 a 23 anos	0	250,07	15%
24 a 28 anos	0	275,08	15%
29 a 33 anos	3	302,58	15%
34 a 38 anos	6	332,84	15%
39 a 43 anos	8	366,13	15%
44 a 48 anos	26	421,05	15%
49 a 53 anos	19	505,26	20%
54 a 58 anos	8	606,31	20%
59 anos ou mais	8	818,52	35%
TOTAIS	78		

Tabela dos dependentes

FAIXA ETÁRIA	Nº DE VIDAS	VALOR MENSAL DA CONTRAPRESTAÇÃO	PERCENTUAL
0 a 18 anos	10	227,34	15%
19 a 23 anos	8	250,07	15%
24 a 28 anos	0	275,08	15%
29 a 33 anos	0	302,58	15%
34 a 38 anos	3	332,84	15%
39 a 43 anos	2	366,13	15%
44 a 48 anos	2	421,05	15%
49 a 53 anos	6	505,26	20%
54 a 58 anos	6	606,31	20%
59 anos ou mais	31	818,52	35%
TOTAIS	68		

Valor média 525,67

Obs: Conforme aceitação entre as partes foi definido o reajuste de 20% (Valor pago por média 525,67) no período de Julho de 2025 a Junho de 2026.

$$Valor\ per\ capita = \frac{Q_1 \times P_1 + \dots + Q_{10} \times P_{10}}{Q_1 + \dots + Q_{10}}$$

A CONTRATADA, a seu exclusivo critério, poderá adotar sistemática alternativa à mensal antes estipulada, sempre que a variação da quantidade de beneficiários entre as faixas etárias seja igual ou superior a 20% (vinte por cento), inclusive com novos critérios de análise de risco.

XVIII - REAJUSTE

Os valores mensais das contraprestações, exibidos na tabela do item anterior será atualizada para os 12 (doze) meses seguintes, empregando a seguinte formulação:

$$Fator = \frac{\frac{Ind_{t+1}}{1 - (Dop_{t+1} + Doc_{t+1} + Mar_{t+1})}}{\frac{Ind_t}{1 - (Dop_t + Doc_t + Mar_t)}}$$

Onde:

Ind_{t+1} = indenizações (despesas assistenciais) projetadas para os próximos 12 meses, a contar da data de término do 12º mês de vigência do contrato ou de sua renovação anterior;

Dop_{t+1} = proporção das despesas operacionais projetadas para os próximos 12 meses, em relação às receitas projetadas para o mesmo período;

Doc_{t+1} = proporção das despesas comerciais projetadas para os próximos 12 meses, em relação às receitas projetadas para o mesmo período;

Mar_{t+1} = margem sobre as vendas, variável entre 5% a 15%.

Ind_t = indenizações (despesas assistenciais) dos últimos 12 meses;

Dop_t = proporção das despesas operacionais dos últimos 12 meses, em relação às receitas do mesmo período;

Doc_t = proporção das despesas comerciais dos últimos 12 meses, em relação às receitas do mesmo período;

Mar_t = margem sobre as vendas dos últimos 12 meses.

$$Se \begin{cases} Fator > 1 \rightarrow reajuste \text{ em } \% = 100 \times (Fator - 1) \\ Fator \leq 1 \rightarrow reajuste = taxa \text{ da ANS para planos individuais} \end{cases}$$

Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano em um determinado contrato, excetuando as progressões por faixas etárias.

XIX - FAIXAS ETÁRIAS

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 da contraprestação pecuniária, observadas a seguintes condições, conforme art. 3º, incisos I e II da RN 63/03:

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

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

PERCENTUAIS DE AUMENTO POR FAIXA ETÁRIA

<A TABELA ABAIXO DEVERÁ SER APURADA PARA CADA VERSÃO DE MENSALIDADES>

FAIXA ETÁRIA	PERCENTUAL
De 0 a 18 anos	15%

De 19 a 23 anos	15%
De 24 a 28 anos	15%
De 29 a 33 anos	15%
De 34 a 38 anos	15%
De 39 a 43 anos	15%
De 44 a 48 anos	15%
De 49 a 53 anos	20%
De 54 a 58 anos	20%
.> de 59 anos	35%

No caso de opção pelo agravamento das mensalidades, em decorrência de doença ou lesão preexistente os percentuais de reajuste acima estabelecidos serão aplicados sobre o valor da mensalidade já agravada.

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

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

A variação do preço em razão da mudança de faixa etária somente deverá incidir quando o beneficiário completar a idade limite, ou seja, no mês subsequente ao do seu aniversário, desta forma os beneficiários com idade superior a 60 (sessenta) anos de idade, estarão isentos do aumento em decorrência da mudança por faixa etária, permanecendo, entretanto, a aplicação do reajuste anual na forma prevista neste contrato.

XXI - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

A perda da qualidade de beneficiário poderá ocorrer nas seguintes situações:

1. Perda da qualidade de beneficiário titular:

- a) pela rescisão do presente contrato;
- b) pela perda do vínculo com a pessoa jurídica contratante, ressalvadas as condições previstas nos artigos nº 30 e nº 31 da Lei nº 9.656/98;
- c) fraude praticada pelo beneficiário, apurada de acordo com a legislação vigente.

2. Perda da qualidade de beneficiário dependente:

- a) pela perda da condição de dependência prevista nas condições gerais deste contrato;
- b) a pedido do beneficiário titular;
- c) fraude praticada pelo beneficiário, apurada de acordo com a legislação vigente.

3. Caberá tão somente à pessoa jurídica contratante solicitar a suspensão ou exclusão de beneficiários.

4. A contratada só poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência da pessoa jurídica contratante nas seguintes hipóteses:

- a) fraude;

b) por perda do vínculo do titular com a pessoa jurídica contratante, ou de dependência previstas neste contrato, ressalvado o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/1998.

XXII - RESCISÃO

O atraso no pagamento da mensalidade, pela CONTRATANTE, por um período superior a 30 (Trinta) dias, implica na suspensão do direito do(s) beneficiários Titulares e de seus dependentes a qualquer cobertura.

Sem prejuízo das penalidades legais, o contrato será rescindido, mediante prévia notificação, nas seguintes situações:

- a) prática de fraude comprovada;
- b) inadimplência por período superior a 60 (sessenta) dias consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, correspondendo a 2 (duas) mensalidades. A notificação terá um prazo de 10 (dez) dias para acerto da inadimplência.
- c) por inadimplemento contratual por parte da Contratada;
- d) se qualquer das partes infringir as cláusulas do presente instrumento.

Antes de completado o período inicial de 12 meses, a rescisão do contrato poderá ser solicitada por qualquer das partes, observadas as seguintes condições:

- a) quando motivada por uma das hipóteses previstas acima, sem qualquer ônus.
- b) imotivadamente, sujeitando a parte que solicitou a rescisão ao pagamento de multa de 100% (Cem por cento) das mensalidades restantes para se completar este período.

O presente contrato poderá ser denunciado imotivadamente, a qualquer tempo, por qualquer das partes, mediante aviso prévio por escrito, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

Em caso de rescisão contratual antes do final da vigência do contrato (período de 12 meses), será cobrada uma multa correspondente aos meses faltantes até o término da vigência do contrato.

É de responsabilidade da CONTRATANTE, no caso de rescisão deste contrato, recolher e devolver as respectivas carteiras de identificação, de propriedade da CONTRATADA.

XXIII - DISPOSIÇÕES GERAIS

Integra este contrato, para todos os fins de direito, o Formulário de Adesão assinada pela CONTRATANTE, a Declaração de Saúde, Cartão Individual de Identificação, Entrevista Qualificada, Exame Médico, quando for o caso, do titular e dependentes.

A CONTRATANTE reconhece expressamente que seu vínculo contratual é apenas com a CONTRATADA.

A CONTRATANTE, por si e por seus beneficiários dependentes, autoriza a CONTRATADA a prestar todas as informações cadastrais solicitadas pelos órgãos de

fiscalização da assistência à saúde, respeitados os normativos referentes ao sigilo médico.

Qualquer tolerância por parte da CONTRATADA não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

A CONTRATADA não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelos beneficiários com médicos, hospitais ou entidades contratadas ou não. Estas despesas correrão por conta exclusiva do beneficiário.

A CONTRATADA fornecerá aos beneficiários o CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO, cuja apresentação deverá estar acompanhada de documento de identidade legalmente reconhecido, que assegura a fruição dos direitos e vantagens deste contrato.

Ocorrendo a perda ou extravio do CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO, o(a) CONTRATANTE deverá participar, por escrito, o fato à CONTRATADA, para o cancelamento ou, quando for o caso, a emissão de segunda via mediante pagamento do custo de nova carteira de identificação no valor da época da solicitação, sendo que o cancelamento só terá validade quando reconhecido por escrito, pela CONTRATADA.

É obrigação do (a) CONTRATANTE, na hipótese de rescisão, resolução ou resilição deste contrato, ou ainda, da exclusão de algum beneficiário, devolver os respectivos cartões de identificação, caso contrário poderá responder pelos prejuízos resultantes do uso indevido desses documentos.

Considera-se uso indevido a utilização desses documentos para obter atendimento, mesmo que na forma contratada, pelos beneficiários que sabiam da perda desta condição por exclusão ou término do contrato, ou, por terceiros, que não sejam beneficiários, se comprovada a má-fé do beneficiário que emprestou seu cartão a outrem.

Nestas condições, o uso indevido do cartão de identificação de qualquer beneficiário, ensejará pedido de indenização por perdas e danos, bem como a exclusão do beneficiário do plano.

As reclamações ou sugestões sobre qualquer dos serviços prestados devem ser encaminhadas por escrito à CONTRATADA.

XXIV – PROTEÇÃO DE DADOS E PRIVACIDADE

Os beneficiários titulares dos dados pessoais, ou representante legal, caso se trate de criança ou adolescente, autorizam expressamente o tratamento dos dados pessoais, inclusive sensíveis, tais como, nome, endereço, telefone, estado de saúde, dentre outros que se façam necessários à execução deste contrato.

A CONTRATADA obriga-se a obedecer integralmente a legislação aplicável à segurança da informação, privacidade e proteção de dados pessoais, em especial, a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) em todos os seus termos. Isso inclui o tratamento adequado dos dados pessoais dos beneficiários vinculados à CONTRATANTE, conforme necessidade ou obrigatoriedade.

A CONTRATADA compromete-se a executar seus trabalhos e tratar os dados pessoais dos beneficiários vinculados à CONTRATANTE de acordo com os princípios da

finalidade, adequação, transparência, livre acesso, segurança, prevenção e não discriminação.

O tratamento dos dados pessoais previsto nesta cláusula será limitado às atividades necessárias ao alcance dos objetivos deste contrato ou, conforme o caso, ao cumprimento de determinação legal ou regulatória, ao exercício regular de direito, à determinação judicial ou requisição da Autoridade Nacional de Proteção de Dados - ANPD.

Na execução do serviço contratado, a CONTRATADA se valerá de rede de prestadores de serviços, entre eles hospitais, clínicas, laboratórios entre outras empresas com as quais a CONTRATADA realizará o compartilhamento dos dados pessoais dos beneficiários, sem prejuízo dos compartilhamentos realizados em razão de obrigação legal ou regulatória, na forma da lei e deste contrato.

O tratamento de dados pessoais de crianças e adolescentes será realizado conforme o seu melhor interesse, de modo a atender o disposto no art. 14, §1º da Lei 13.709/2018.

A CONTRATADA compromete-se ainda a implementar medidas técnicas e administrativas para proteger os dados pessoais contra acessos não autorizados, destruição acidental ou perda.

É obrigação da CONTRATADA notificar o mais rápido possível à CONTRATANTE a ocorrência de qualquer violação de segurança que possa acarretar riscos ou danos aos titulares dos dados.

A CONTRATADA deve garantir a confidencialidade dos dados coletados da CONTRATANTE e assegurar que os funcionários e terceiros que venham a acessar os dados pessoais se comprometam a manter a confidencialidade e a segurança dessas informações.

A CONTRATADA disponibiliza em seu site institucional a Política de Privacidade da operadora que está disponível para acesso pelo CONTRATANTE.

Eventuais dados coletados pela CONTRATADA serão arquivados apenas pelo tempo necessário para a execução dos serviços contratados. Após a conclusão dos serviços, os dados coletados devem ser permanentemente eliminados, exceto quando a manutenção do armazenamento for exigida por lei.

A Lei Geral de Proteção de dados permite à CONTRATADA, que utilize os dados da CONTRATANTE, para gestão econômica, financeira, médico-assistencial e atuarial, do portfólio de riscos da CONTRATADA, sem identificação nominal.

XXV – RENOVAÇÃO CONTRATUAL

Caso haja renovação contratual, a tabela de vendas será atualizada, para um período subsequente de 12 meses.

Para cada renovação contratual, disponibilizar-se-á um aditivo contratual, com a assinatura do diretor administrativo da operadora.

XXVI - ELEIÇÃO DE FORO

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.

Petrolina (PE) 01 de julho de 2025.

SÃO FRANCISCO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA
Gilberto Porto – Diretor administrativo

**ASSOCIACAO DOS SERVIDORES DA FUNDACAO UNIVERSIDADE FEDERAL DO
VALE DO SAO FRANCISCO -ASSUNIVASF**
CNPJ: 07.548.350/0001-36

TESTEMUNHA:

Nome completo
CPF:

TESTEMUNHA:

Nome completo
CPF: