



MODELO

Sumário

CLÁUSULA PRIMEIRA - QUALIFICAÇÃO DA CONTRATADA.....	2
CLÁUSULA SEGUNDA - QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE	2
CLÁUSULA TERCEIRA - OBJETO DO CONTRATO	2
CLÁUSULA QUARTA - NATUREZA DO CONTRATO	2
CLÁUSULA QUINTA - ÁREA DE ABRANGÊNCIA E NOME COMERCIAL DO PRODUTO	3
CLÁUSULA SEXTA - TIPO DE CONTRATAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE	3
CLÁUSULA SÉTIMA - TIPOS DE SEGMENTAÇÕES ASSISTENCIAIS DOS PLANOS DE SAÚDE	4
CLÁUSULA OITAVA - PADRÕES DE ACOMODAÇÕES EM INTERNAÇÕES	4
CLÁUSULA NONA - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO.....	5
CLÁUSULA DÉCIMA - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS	6
CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - EXCLUSÕES DE COBERTURA.....	12
CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - PERÍODOS DE CARÊNCIA.....	14
CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES	15
CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - REMOÇÃO.....	16
CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - MECANISMOS DE REGULAÇÃO	17
CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - FORMA DE PAGAMENTO.....	19
CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA - REAJUSTE	20
CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA - FAIXAS ETÁRIAS	20
CLÁUSULA DÉCIMA NONA - BENEFÍCIOS ADICIONAIS	21
CLÁUSULA VIGÉSIMA – RESCISÃO	22
CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA - DISPOSIÇÕES GERAIS	22

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA - MUDANÇA DE PLANO DE SAÚDE	23
CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCEIRA - ELEIÇÕES DE FORO	23
CLÁUSULA VIGÉSIMA QUARTA - DEFINIÇÕES	24

MODELO

A LEITURA DO MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA CONTRATAÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE PREVIAMENTE ENTREGUE NÃO SUBSTITUI A LEITURA DESTE CONTRATO NA ÍNTEGRA.

■ CONTRATO PREVENT SENIOR ■

Importante: leia com atenção e rubrique todas as páginas deste contrato.

1. Leia com atenção todas as cláusulas deste contrato, especialmente aquelas relativas às carências, antes de preencher os formulários da Proposta de Adesão.
2. Preencha corretamente a Declaração de Saúde, fornecendo as informações solicitadas, especialmente as relativas ao estado de saúde e doenças ou lesões preexistentes. **A omissão de informação de condição sabida de doença preexistente a esta proposta fica sujeita a suspensão ou denúncia do contrato, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do artigo 13 da Lei nº 9.656/1998.**
3. Toda resposta afirmativa às indagações da Declaração de Saúde deverá ser esclarecida, informando a ocorrência, data da constatação, cirurgias e tratamentos realizados.
4. Para a regularidade e validade do contrato, é essencial que as informações fornecidas sejam precisas, guardando a mais boa-fé e veracidade, conforme o dispositivo no artigo 765 do Código Civil, sob pena de rescisão de contrato.
5. Caso o proponente tenha dificuldade para preencher a Declaração de Saúde, poderá escolher um médico para orientá-lo. Pode ainda optar pela orientação de um médico não credenciado pela operadora de saúde, desde que assuma o custo correspondente. O médico também deverá assinar o formulário e apor o carimbo contendo seu número de inscrição no Conselho Regional de Medicina (CRM).
6. As patologias declaradas e suas consequências poderão, a critério do proponente, gerar Cobertura Parcial Temporária (CPT) - suspensão de determinadas coberturas pelo período de 24 meses, contada a partir da data de início de vigência do contrato, conforme esclarecido na Carta de Orientação ao Beneficiário.

CONDIÇÕES GERAIS DO INSTRUMENTO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Individual – Produtos com as segmentações: ambulatorial, hospitalar com e sem obstetrícia

■ CLÁUSULA PRIMEIRA ■

1. QUALIFICAÇÃO DA CONTRATADA

PREVENT SENIOR PRIVATE OPERADORA DE SAÚDE LTDA, pessoa jurídica de direito privado devidamente registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) sob o número 30.214-7, inscrita no CNPJ/MF sob o número 00.461.479/0001-63, com sede na capital do Estado de São Paulo, à R. Lourenço Marques, 158, Vila Olímpia, CEP: 04547-100, doravante denominada **CONTRATADA**.

■ CLÁUSULA SEGUNDA ■

2. QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE

Será considerada **CONTRATANTE** a pessoa natural devidamente qualificada e indicada como titular na Proposta de Adesão, a qual faz parte integrante deste instrumento, doravante denominada **CONTRATANTE**.

■ CLÁUSULA TERCEIRA ■

3. OBJETO DO CONTRATO

Este contrato tem por objeto a prestação de assistência médica e hospitalar ao **CONTRATANTE**, inscrito neste contrato, sob o regime de mensalidade prefixada, abrangendo desde o atendimento preventivo até o tratamento de doenças oriundas de causas naturais e/ou acidentes pessoais. A assistência à saúde será prestada pelos meios próprios da **CONTRATADA** ou por seu encaminhamento a outros credenciados, nas segmentações previstas nos artigos 10 e 12, incisos I, II e III da Lei nº 9.656/1998, incluindo atendimento ambulatorial, internações hospitalares e obstétricas, quando cabível, **EXCLUSIVAMENTE NA REDE PRÓPRIA OU CREDENCIADA**, composta por médicos, clínicas, hospitais e serviços auxiliares de diagnósticos e terapia, observadas **as coberturas dos procedimentos constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e seus Anexos editados pela ANS, vigentes à época do evento**, exclusões e limites estabelecidos nestas condições gerais, tudo em conformidade com a Lei nº 9.656/1998.

■ CLÁUSULA QUARTA ■

4. NATUREZA DO CONTRATO

O presente instrumento caracteriza-se pela contratação individual, sendo de adesão bilateral e aleatória, gerando direitos e obrigações para ambas as partes, nos termos da Lei nº 9.656/1998.

■ **CLÁUSULA QUINTA** ■

5. ÁREA DE ABRANGÊNCIA E NOME COMERCIAL DO PRODUTO

O CONTRATANTE poderá optar entre os planos abaixo informados, observando a área de abrangência geográfica, composta pelo **GRUPO DE MUNICÍPIOS** assim estabelecido:

PLANOS	MUNICÍPIOS
Safira Referencial (ANS 444.210/03-5)	São Paulo, Santo André e São Bernardo do Campo.
Prevent Senior 1000 Apartamento (ANS 484.055/19-1)	São Paulo, Santo André, São Bernardo do Campo, Santos e Rio de Janeiro.
Prevent Senior 1000 Enfermaria (ANS 484.053/19-4)	São Paulo, Santo André, São Bernardo do Campo, Santos e Rio de Janeiro.

5.1 As coberturas contidas neste instrumento serão prestadas pela Prevent Senior de acordo com as segmentações dos produtos acima identificados e **EXCLUSIVAMENTE POR MEIO DE REDE PRÓPRIA OU CREDENCIADA NO GRUPO DE MUNICÍPIOS DA ÁREA DE COBERTURA DO PLANO CONTRATADO**

5.2 Os planos serão comercializados nas capitais de São Paulo e do Rio de Janeiro e nas grandes São Paulo e Rio de Janeiro, observadas as regras de cobertura dentro da área de abrangência dos produtos.

■ **CLÁUSULA SEXTA** ■

6. TIPO DE CONTRATAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE

O tipo de contratação é individual.

■ CLÁUSULA SÉTIMA ■

7. TIPOS DE SEGMENTAÇÕES ASSISTENCIAIS DOS PLANOS DE SAÚDE

PLANOS	SEGMENTAÇÃO
Prevent Senior Safira Enfermaria (ANS 444.210/03-5)	Referência
Prevent Senior 1000 Apartamento (ANS 484.055/19-1)	Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia
Prevent Senior 1000 Enfermaria (ANS 484.053/19-4)	Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

■ CLÁUSULA OITAVA ■

8. PADRÕES DE ACOMODAÇÕES EM INTERNAÇÃO

O tipo de acomodação será de acordo com o plano escolhido, sendo oferecidas as seguintes possibilidades de acomodação:

8.1.8.1 Planos Prevent Senior Safira Enfermaria e Prevent Senior 1000 Enfermaria: acomodação coletiva enfermária, exclusivamente na rede própria ou credenciada.

8.1.1 Havendo indisponibilidade de leito no estabelecimento da rede própria ou credenciada para a acomodação do plano contratado, é assegurado ao CONTRATANTE:

A) Remoção, sem qualquer ônus para outro estabelecimento próprio ou credenciado, com disponibilidade de vagas e no padrão de acomodação contratado;

B) Caso não seja possível a remoção por determinação médica, será garantido acesso à acomodação superior no estabelecimento da rede própria ou credenciada, sem qualquer ônus.

8.1.2 Havendo a disponibilidade na rede própria ou credenciada, caso o CONTRATANTE manifeste a vontade pelo custeio das despesas relativas à acomodação superior, a diferença não será de responsabilidade da CONTRATADA.

8.2 Plano Prevent Senior 1000 Apartamento: acomodação individual, com direito a acompanhante, exclusivamente na rede própria ou credenciada.

■ **CLÁUSULA NONA** ■

9. CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

O CONTRATANTE deverá preencher e assinar a Proposta de Adesão, sendo responsável pelo teor das informações contidas na Declaração de Saúde.

9.1 De acordo com as normas editadas pela ANS, para efetivação da contratação, o CONTRATANTE deverá encaminhar cópia dos seguintes documentos:

A) Cópia do cartão de inscrição no CPF;

B) Cópia do documento de identificação civil (RG, Carteira Nacional de Habilitação (CNH), etc.);

C) Cópia do comprovante de endereço;

D) Cópia do Cartão Nacional de Saúde.

9.2 Para os produtos com segmentações Ambulatorial e Hospitalar **com** Obstetrícia e Referência, será assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do CONTRATANTE a contratação de produto idêntico, isento do cumprimento dos períodos de carência ou Cobertura Parcial Temporária (CPT), desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção.

9.3 A isenção de carência ao recém-nascido é assegurada somente após o cumprimento pelo CONTRATANTE de 180 (cento e oitenta) dias.

9.4 Para os produtos com segmentações Ambulatorial e Hospitalar **com** Obstetrícia e Referência, será assegurada ao filho adotivo menor de 12 anos do CONTRATANTE a contratação de produto idêntico, com aproveitamento das carências já cumpridas pelo titular adotante (art. 12, VII, da Lei nº 9.656/1998).

9.4.1 Para fins deste instrumento, equipara-se ao “filho adotivo” a criança ou adolescente colocado sob a responsabilidade do titular do plano privado de assistência à saúde, em regime de guarda provisória, em virtude das disposições do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

9.5 Não observado o prazo de 30 (trinta) dias do nascimento ou da adoção para a contratação do produto, os prazos de carências ou Cobertura Parcial Temporária (CPT), no caso de doenças preexistentes, deverão ser integralmente cumpridos, conforme disposto na cláusula 12º (décima segunda) e cláusula 13º (décima terceira).

CLÁUSULA DÉCIMA**10. COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS**

A cobertura dos serviços de assistência suplementar à saúde será garantida **EXCLUSIVAMENTE NA REDE PRÓPRIA OU CREDENCIADA**, nos limites do plano escolhido, observando-se os prazos de carência e de Cobertura Parcial Temporária (CPT), a segmentação e a área de abrangência composta pelo GRUPO DE MUNICÍPIOS estabelecido neste instrumento, devendo ainda respeitar as **DISPOSIÇÕES CONTIDAS NO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE E DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO EDITADOS PELA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS), VIGENTE À ÉPOCA DO EVENTO.**

A CONTRATADA desenvolve um programa de medicina preventiva, que consiste no atendimento por médicos clínicos gerais e outras especialidades. Das consultas de rotina são obtidas valiosas informações que permitem melhor avaliação das particularidades da saúde de cada beneficiário para oferecer-lhe cuidados e acompanhamentos específicos.

As consultas médicas com clínicos gerais e especialistas serão realizadas exclusivamente nos serviços que integram a rede própria ou credenciada da CONTRATADA, nas diversas especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), observando-se os limites e condições deste contrato quanto à cobertura, exclusões e carências.

10.1 COBERTURA AMBULATORIAL

Compreende consultas médicas em clínicas ou consultórios, atendimento por outros profissionais de saúde e serviços de apoio diagnóstico.

10.1.1 CONSULTAS MÉDICAS consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas), inclusive obstétrica para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) (art. 12, I, da Lei nº 9.656/1998).

A) A cobertura ambulatorial assegura as atividades profissionais descritas a seguir, observadas as limitações quanto às respectivas quantidades de consultas e sessões por ano, constantes nas Diretrizes de Utilização para Cobertura de Procedimento na Saúde Suplementar, anexo II do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento.

- I. Consultas com fisioterapeuta;**
- II. Consulta com nutricionista;**
- III. Consulta / sessão com fonoaudiólogo;**
- IV. Consulta / sessão com psicólogo;**
- V. Consulta / sessão com psicólogo e/ou terapeuta ocupacional;**
- VI. Consulta / sessão de terapia ocupacional;**
- VII. Sessão de psicoterapia.**

B) As atividades profissionais relacionadas nos incisos da alínea anterior serão prestadas exclusivamente pela rede própria e credenciada e dependerão de autorização prévia, mediante emissão de senha ou guia.

C) A continuidade do atendimento após a cobertura assegurada pela CONTRATADA, nos termos do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), deverá ser acordada diretamente entre o CONTRATANTE e o prestador de serviço, estando a CONTRATANTE desobrigada da responsabilidade de custeio e de intermediação de qualquer negociação.

D) Fica permitida a utilização de telemedicina e o uso de tecnologia em saúde para a assistência e o monitoramento da saúde do beneficiário.

10.1.2 SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO, TRATAMENTOS E DEMAIS PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitados pelo médico ou cirurgião-dentista, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não caracterizados como internação e limitados aos procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.

Os serviços de apoio deverão seguir as Diretrizes de Utilização publicadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar e indicações estabelecidas pelo Ministério da Saúde.

10.2 COBERTURA HOSPITALAR

Compreende as internações hospitalares, sem limitação de prazo, conforme padrão de acomodação contratado, desde que devidamente justificadas por meio de relatório médico e que sejam exclusivamente na rede própria ou credenciada, para os procedimentos clínicos ou cirúrgicos reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina e aqueles considerados de alta complexidade, assim identificados por ato da ANS.

Hospital preferencial é o estabelecimento próprio ou credenciado pela CONTRATADA onde, preferencialmente, o CONTRATANTE receberá o atendimento hospitalar necessário. O hospital preferencial está especificado na relação de rede de prestadores disponibilizada ao CONTRATANTE por meio do portal corporativo da CONTRATADA (www.preventsenior.com.br), sendo facultado à Operadora, a seu critério, a substituição, exclusão e inclusão de outros hospitais como preferenciais.

A) A cobertura hospitalar compreende as despesas com diárias hospitalares, honorários médicos, enfermagem e alimentação do paciente, exames diagnósticos indispensáveis para o controle da evolução e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, sessões de quimioterapia e radioterapia, Unidade de Terapia Intensiva e toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar do CONTRATANTE, conforme prescrição médica, **desde que realizados exclusivamente na rede própria ou credenciada do plano contratado**, incluindo os procedimentos a seguir, considerados especiais conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde estabelecido pela ANS:

- I.** Hemodiálise e Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (CAPD);
- II.** Quimioterapia ambulatorial e medicamentos para tratamento antineoplásico domiciliar de uso oral, listados nos anexos do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;
- III.** Procedimentos radioterápicos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;
- IV.** Hemoterapia;
- V.** Nutrição parenteral e enteral;
- VI.** Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;
- VII.** Embolizações listadas nos Anexos do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;
- VIII.** Radiologia intervencionista;
- IX.** Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- X.** Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados nos anexos do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;
- XI.** Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato, mediato e tardio dos pacientes submetidos a transplantes listados nos anexos, exceto fornecimento de medicação de manutenção.
- B)** A opção do CONTRATANTE pela utilização de médico particular não pertencente à rede credenciada indicada para o plano contratado implicará no pagamento das despesas respectivas, tais como honorários médicos e honorários da equipe de anestesia e auxiliares, direta e exclusivamente pelo CONTRATANTE.
- C)** Se o CONTRATANTE optar pela utilização de médico particular, caberá à CONTRATADA a cobertura somente das despesas hospitalares (diárias, taxas, materiais e medicamentos).
- D)** Os procedimentos bucomaxilofaciais que necessitem de internação hospitalar estão cobertos, independentemente da contratação do plano com cobertura odontológica.
- E)** Os procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório que, por imperativo clínico, necessitem de internação hospitalar, têm a cobertura garantida, incluindo o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação durante o período de internação hospitalar, ficando excluídos os honorários do cirurgião-dentista e materiais utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais, quando não relacionados à especialidade bucomaxilofacial.
- O imperativo clínico caracteriza-se pelos atos que se impõem em função das necessidades do beneficiário, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de intervenção.

F) Na hipótese de CONTRATANTES menores de 18 anos, com idade a partir de 60 anos ou portadores de necessidades especiais, a internação compreenderá, além da cobertura prevista neste contrato, as despesas de um acompanhante dentro dos limites do contrato.

G) Cobertura das ações de planejamento familiar, nas dimensões de concepção e anticoncepção, envolvendo atividades de educação, aconselhamento e atendimento clínico, listadas nos anexos do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.

H) Cobertura de transplantes listados nos anexos do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, e dos procedimentos a eles vinculados.

I) Entende-se como despesas com procedimentos vinculados todas aquelas necessárias para a realização do transplante, incluindo:

- I.** Despesas assistenciais com doadores vivos;
- II.** Medicamentos utilizados durante a internação;
- III.** Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato, mediato e tardio, sendo excluídos da cobertura medicamentos de manutenção;
- IV.** Despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimentos ao SUS.

J) O CONTRATANTE candidato a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica, deverá obrigatoriamente estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDOs), e sujeitar-se ao critério de FILA ÚNICA DE ESPERA E DE SELEÇÃO.

K) A lista de receptores é nacional, gerenciada pelo Ministério da Saúde e coordenada em caráter regional pelas Centrais de Notificações, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDOs) integrantes do Sistema Nacional de Transplantes (SNT).

L) As entidades privadas e equipes especializadas interessadas na realização de transplantes deverão observar o regulamento técnico – legislação vigente do Ministério da Saúde, que dispõe quanto à forma, autorização e cadastro no Sistema Nacional de Transplante (SNT).

M) É de competência privativa das Centrais de Notificações, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDOs), dentro das funções de gerenciamento que lhes são atribuídas pela legislação em vigor:

- I.** Determinar o encaminhamento de equipe especializada;
- II.** Providenciar o transporte de tecidos e órgãos ao estabelecimento de saúde autorizado em que se encontre o receptor.

N) O CONTRATANTE terá cobertura para fornecimento de prótese e órtese, bem como seus respectivos acessórios, **desde que ligados ao ato cirúrgico coberto por este instrumento, ficando resguardadas as disposições previstas na Resolução Normativa nº 387/2015 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e Resolução n.º 1.956/10 do Conselho Federal de Medicina (CFM).**

O) O CONTRATANTE terá direito à 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 e cirurgia plástica reparadora.

P) As internações deverão ser autorizadas pelo CONTRATANTE sem limitação de prazo, respeitando-se as segmentações dos produtos, as coberturas contratuais, a rede assistencial própria ou credenciada e o padrão de acomodação do plano de assistência à saúde escolhido pelo CONTRATANTE, competindo ao médico credenciado definir e justificar os períodos de internação.

Q) 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.

R) O CONTRATANTE terá direito a cobertura para atendimento / acompanhamento em HOSPITAL DIA PSQUIÁTRICO, de acordo com o médico assistente, de programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, inclusive administração de medicamentos, somente nas hipóteses de Diretrizes de Utilizações para Cobertura de Procedimentos na Saúde Suplementar, anexas ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente a época do evento.

S) Fica permitida a utilização de telemedicina e o uso de tecnologia em saúde para a assistência e monitoramento da saúde do beneficiário.

10.3 COBERTURA HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA

O CONTRATANTE terá a garantia de toda a cobertura definida para os planos com segmentação hospitalar, acrescida dos procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto e puerpério, obedecendo as limitações do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e disposições legais deste contrato.

10.3.1 Cobertura de um acompanhante indicado pela mulher durante pré-parto, parto e pós-parto imediato, entendido como o período que abrange 10 (dez) dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico.

10.3.2 Cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto.

10.4 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

10.4.1 Os atendimentos de URGÊNCIA, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional;

10.4.2 Os atendimentos de EMERGÊNCIA compreendem os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

10.4.3 Os atendimentos decorrentes de acidentes pessoais terão cobertura integral quando realizados nos serviços autorizados e participantes da rede credenciada da CONTRATADA, observando-se os limites e condições legais deste contrato.

10.4.4 Estão cobertas as despesas com os atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para internação, desde que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções, **salvo se o CONTRATANTE estiver cumprindo carência ou estiver submetido à Cobertura Parcial Temporária (CPT), conforme disposto neste contrato.**

10.4.5 O atendimento de urgência decorrente de acidente pessoal e complicações no processo gestacional está assegurado, sem restrições, **a partir do início de vigência deste contrato**, ressalvado o direito da CONTRATADA de exigir a apresentação de laudo médico que comprove a ocorrência da urgência.

10.4.6 Salvo se decorrente de **ACIDENTE PESSOAL**, a cobertura das despesas com os atendimentos de urgência e emergência, inclusive relativa ao processo gestacional, ficará limitada às primeiras 12 (doze) horas de atendimento nos casos de ocorrência durante o período de carência ou para doenças e/ou lesões com Cobertura Parcial Temporária (CPT).

A) QUANDO a internação hospitalar for necessária para a continuidade do atendimento de urgências e emergências, **ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e em tempo menor que 12 (doze) horas, a cobertura cessará, passando para o CONTRATANTE a responsabilidade financeira a partir da necessidade de internação**, não cabendo qualquer ônus à CONTRATADA.

B) Fica assegurada a remoção do CONTRATANTE após o atendimento de urgência ou emergência, quando verificada pelo médico assistente a falta de recursos para a continuidade do atendimento ou a necessidade de internação, se o CONTRATANTE não tiver direito a esta.

C) Nos casos previstos no item anterior, **quando não for possível a remoção em razão de risco de vida do CONTRATANTE, este, seus responsáveis ou representantes deverão assumir a responsabilidade financeira pela continuidade do atendimento, negociando diretamente com o prestador de serviços e desobrigando a CONTRATADA de qualquer ônus**, conforme o disposto na Resolução CONSU 13/98, parágrafo 1º do artigo 7º.

D) Quando o CONTRATANTE ou seus responsáveis optarem pela continuidade do atendimento pelo sistema público, caberá à CONTRATADA a responsabilidade por sua remoção, com recursos necessários para garantir a manutenção da vida até seu ingresso na unidade do SUS.

10.4.7 Do reembolso nas situações de comprovada urgência / emergência.

O reembolso dos custos pelo atendimento, realizado excepcionalmente por serviço médico-hospitalar não credenciado, será garantido, nos limites das obrigações contratuais e na abrangência geográfica do produto contratado, e na hipótese de atendimento **ao beneficiário, em casos de urgência ou emergência, quando comprovada por documentos que esclareçam e justifiquem a impossibilidade de utilização dos serviços próprios ou credenciados pela CONTRATADA.**

A) O reembolso será efetuado com base na tabela de honorários médico-hospitalares da CONTRATADA, que corresponde aos preços de serviços médico-hospitalares praticados para o contrato, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da data do recebimento de todos os documentos originais relativos ao atendimento.

B) São documentos necessários para análise e liberação do reembolso: a nota fiscal ou recibo emitido pelo prestador, contendo nome ou razão social, endereço, CNPJ e/ou CPF, CRM, ISS, data do atendimento, conta hospitalar discriminada, inclusive com relação de material e medicamentos consumidos, exames e taxas, laudo / relatório médico devidamente assinado pelo responsável pelo atendimento, que contenha seus dados e de cada um dos componentes de sua equipe, quando for o caso, laudos de exames indicativos do diagnóstico e tratamento para comprovação da urgência / emergência, bem como a impossibilidade de procura e/ou remoção para a rede credenciada.

C) Os documentos acima referidos deverão ser entregues à CONTRATADA, diretamente ou por correspondência registrada endereçada à Central de Atendimento da Operadora, no prazo máximo de até 12 meses, contados a partir da data da prestação do atendimento.

■ CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA ■

11. EXCLUSÕES DE COBERTURA

Fica expressamente ajustado entre as partes que o presente contrato não contempla cobertura para os seguintes procedimentos:

I. Tratamento clínico ou cirúrgico experimental assim definidos pelas autoridades competentes;

II. Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;

III. Inseminação artificial;

IV. Tratamentos de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;

V. Fornecimento de medicamentos e produtos para saúde importados não nacionalizados;

VI. Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, exceto antineoplásicos domiciliares de uso oral, incorporados nos anexos do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;

VII. Fornecimento de aparelhos ortopédicos, próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico. O fornecimento desses materiais deve recair sobre o produto nacional, sempre que couber, ficando a cargo da CONTRATADA, segundo seu critério, a escolha da marca e fornecedor;

VIII. Procedimentos odontológicos e dos procedimentos vinculados aos de natureza odontológica, salvo os seguintes, a saber:

(a) Cobertura de procedimentos cirúrgicos bucomaxilofaciais, realizados por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo a cobertura de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar;

(b) Cobertura da estrutura hospitalar necessária para a realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, com equipe de saúde necessária à complexidade do caso, incluindo a cobertura de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar;

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

X. Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, catástrofes e calamidades, quando declarados pelas autoridades competentes;

XI. Transplantes, exceto os listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vigente na data do evento;

XII. Qualquer atendimento em caráter domiciliar, mesmo que o caso exija cuidados especiais, inclusive nas emergências, aluguel de equipamentos, aparelhos e tudo o que for relacionado à assistência médica domiciliar;

XIII. Despesas durante as internações, com aparelhos de TV, uso de telefone, frigobar e acompanhantes de pacientes maiores de dezoito anos;

XIV. Despesas com necropsia e funeral;

XV. Dispositivos para surdez, óculos, lentes, lentes de contato, aluguel e aquisição de equipamentos e aparelhos;

XVI. Remoções de pacientes, salvo nos casos de urgência e emergência e somente entre estabelecimentos hospitalares;

XVII. Imunizações e vacinas;

XVIII. Internações de caráter social, ou seja, aquelas solicitadas, ainda que por médico credenciado, para complementação do tratamento em razão de carências de apoio social, econômico ou familiar (entre outros exemplos, internações de pacientes – idosos ou não – em razão de os filhos não desejarem cuidar do beneficiário em casa e internação em razão da falta de condições na residência do beneficiário) e internação com finalidade diagnóstica, cujo quadro clínico não justifique e cujos testes e exames possam ser realizados em caráter ambulatorial, sem prejuízo para o contratante;

XIX. Consultas domiciliares;

XX. Qualquer cobertura de serviços e coberturas adicionais de assistência à saúde, não previstas na Lei nº 9.656/1998 ou pertencentes ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, determinadas no item 13 do Anexo II da Resolução Normativa nº 356, de 2014;

XXI. Livre escolha de prestadores de serviços não participantes da rede assistencial para utilização de sistema de reembolso, exceto nos casos previstos no inciso V do art. 12 da Lei nº 9.656/1998;

XXII. Procedimentos não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, mantidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

■ CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA ■

12. PERÍODOS DE CARÊNCIA

Para o atendimento contratualmente previsto, deverão ser cumpridos os seguintes prazos de carências, que serão contados a partir da data da assinatura do contrato, da Proposta de Adesão ou do primeiro pagamento, o que ocorrer primeiro.

12.1 Ficam estabelecidos os seguintes períodos de carência, quando indicados a serem cumpridos, nos termos deste instrumento e contados a partir da data da assinatura indicada na Proposta de Adesão:

I. 24 (vinte e quatro) horas para casos de urgência (acidentes pessoais ou complicações no processo gestacional) e emergência (risco imediato à vida ou lesões irreparáveis);

II. 30 (trinta) dias para consultas, exames complementares básicos (raios X sem contraste, análises bioquímicas e eletrocardiogramas);

III. 90 (noventa) dias para audiometria, impedanciometria, raios X com contraste, mapeamento de retina e exames hormonais;

IV. 180 (cento e oitenta) dias para internações clínicas e cirúrgicas, fisioterapia e demais exames;

V. 300 (trezentos) dias para atendimento a parto a termo.

12.2 DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES (DLP)

I. 720 (setecentos e vinte) dias para doenças e lesões preexistentes com Cobertura Parcial Temporária (CPT).

12.3 Todos os exames e procedimentos que não foram expressamente relacionados na cláusula 12.1 acima terão a carência de 180 (cento e oitenta) dias, salvo nos casos de doenças e lesões

preexistentes.

12.4 Eventual redução do prazo de carência que possa ser concedida pela CONTRATADA deverá, obrigatoriamente, ser especificada em aditivo ao contrato. Não havendo menção específica em termo aditivo, prevalece o período de carência prevista na cláusula 12.1.

■ CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA ■

13. DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

O CONTRATANTE deverá informar à CONTRATADA, por meio da Declaração de Saúde, o conhecimento de doença ou lesão preexistente à época da adesão, 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.

13.1 O CONTRATANTE tem o direito de preencher a Declaração de Saúde, mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à rede assistencial da CONTRATADA, sem qualquer ônus para o CONTRATANTE.

A) Caso o CONTRATANTE opte por ser orientado por médico não constante na rede assistencial da CONTRATADA, poderá fazê-lo, desde que assumo o ônus financeiro dessa entrevista.

B) O objetivo da entrevista qualificada é orientar o CONTRATADO para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, em que são declaradas as doenças ou lesões que o CONTRATANTE saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação ou adesão ao plano, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.

C) Sendo constatada a existência de doença ou lesão preexistente, poderá ser aplicada a Cobertura Parcial Temporária (CPT), suspendendo assim a cobertura relacionada a eventos cirúrgicos, uso de leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade (PAC), que será liberada somente após o prazo de 720 (setecentos e vinte) dias, a contar da data de início de vigência do contrato.

D) Na hipótese de Cobertura Parcial Temporária (CPT), a CONTRATADA somente suspenderá a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta tecnologia e os procedimentos de alta complexidade quando relacionados diretamente à doença ou lesão preexistente especificada.

E) Os Procedimentos de Alta Complexidade (PAC) encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no site www.ans.gov.br.

F) No caso de Cobertura Parcial Temporária (CPT), findo o prazo de até 720 (setecentos e vinte) dias da contratação ou adesão ao plano, a cobertura assistencial passará a ser integral.

G) Identificado indício de fraude por parte do CONTRATANTE, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da adesão ao plano, a CONTRATADA comunicará imediatamente a alegação de omissão de informação ao CONTRATANTE, por meio do Termo de Comunicação ao CONTRATANTE, segundo dispõe a RN nº 162/2007.

H) Na hipótese de o CONTRATANTE não concordar com a alegação de doença ou lesão preexistente, a CONTRATADA poderá instaurar processo administrativo na ANS ou ingressar com ação judicial, com o objetivo de comprovar o conhecimento prévio do CONTRATANTE quanto à existência da doença e lesão preexistente.

I) No caso descrito acima não será permitida, sob qualquer alegação, a negativa de cobertura assistencial, assim como a suspensão do contrato ou rescisão unilateral de contrato, até a publicação pela ANS do encerramento do processo administrativo.

J) A operadora poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento do CONTRATANTE, quanto à existência de doença preexistente à época da contratação, sendo que terá o prazo de 720 (setecentos e vinte) dias para realizar tal prova, independentemente de eventual exame para ingresso no plano, conforme dispõe o art. 11, da Lei nº 9.656/1998.

K) A CONTRATADA poderá solicitar, durante os primeiros 24 (vinte e quatro) meses de vigência do contrato, o comparecimento do CONTRATANTE em sua sede, para realização de entrevista qualificada com o objetivo de esclarecer as informações por ele prestadas na ocasião do preenchimento da Declaração de Saúde.

■ CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA ■

14. REMOÇÃO

O CONTRATANTE terá direito ao atendimento especializado médico inter-hospitalar, exclusivamente entre estabelecimentos hospitalares, por remoção terrestre, **mediante as condições abaixo mencionadas**.

A) Os serviços de remoção serão prestados em unidades móveis, ambulâncias de suporte básico ou UTI, comprovadamente necessárias, para outro estabelecimento hospitalar, dentro do limite de abrangência geográfica previsto neste instrumento.

B) O hospital de destino será sempre o determinado pelo corpo clínico da CONTRATADA e por este credenciado.

C) As chamadas deverão ser feitas diretamente ao Serviço de Atendimento ao Cliente, que funciona 24 (vinte e quatro) horas por dia, inclusive aos sábados, domingos e feriados, sob supervisão médica, que, em conjunto com os operadores, acionam o sistema, de acordo com necessidade identificada.

D) O CONTRATANTE terá direito a remoção inter-hospitalar, quando comprovadamente necessária e dentro dos limites de abrangência geográfica do plano previsto neste contrato, conforme disposto a seguir:

I. Quando o CONTRATANTE estiver no período de carência para internação ou quando houver acordo de Cobertura Parcial Temporária (CPT) e necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e/ou procedimentos de alta complexidade relacionados a doenças e lesões preexistentes, após realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência.

II. Nos casos de necessidade de assistência hospitalar decorrentes da condição gestacional de pacientes cumprindo período de carência, após realizados os atendimentos de urgência e emergência.

III. Nas hipóteses mencionadas, caberá à CONTRATADA o ônus e a responsabilidade apenas da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha de recursos necessários para garantir a continuidade do atendimento.

IV. Na impossibilidade de 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.

■ CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA ■

15. MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Para fins de atendimento, a CONTRATADA expedirá cartão de identificação ao CONTRATANTE, contendo as informações sobre o tipo de plano, carências e outros dados necessários para facilitar o atendimento, o qual deverá ser exibido para o acesso aos atendimentos disponibilizados neste instrumento, acompanhado de documento de identidade legalmente reconhecido.

A) O recém-nascido, filho natural ou adotivo do CONTRATANTE, terá direito ao atendimento durante os primeiros 30 (trinta) dias de vida, mediante a utilização do cartão individual de identificação do CONTRATANTE.

B) A CONTRATADA disponibilizará ao CONTRATANTE, por meio de seu portal corporativo (www.preventsenior.com.br), o Orientador Médico, no qual constará a relação da rede própria ou credenciada, composta por médicos, clínicas, hospitais, serviços auxiliares de diagnóstico e terapia e serviços de urgência e emergência, dentro da área de abrangência geográfica (GRUPO DE MUNICÍPIOS) do plano contratado.

C) A rede assistencial atualizada poderá ser consultada no site da Prevent Senior (www.preventsenior.com.br) ou por meio do Serviço de Atendimento ao Cliente 24 horas.

D) O atendimento às coberturas previstas neste instrumento será prestado EXCLUSIVAMENTE NOS PRESTADORES CREDENCIADOS E NA REDE PRÓPRIA DA CONTRATADA indicados na relação de prestadores no Orientador Médico do plano e no portal corporativo, observada a área de abrangência de cobertura, e dependerá de autorização prévia para realização, que deverá ser solicitada por meio do Serviço de Atendimento ao Cliente 24 horas ou atendimento presencial da CONTRATADA.

E) Se o CONTRATANTE optar pela internação em padrão de acomodação diferente daquele indicado em sua Proposta de Adesão, deverá assumir integralmente o ônus relativo à diferença de diária, taxas hospitalares e honorários médicos, devendo realizar os respectivos pagamentos diretamente ao hospital.

F) Nos casos eletivos, quando for requerida pelo CONTRATANTE a autorização para realização de exames e procedimentos hospitalares ou ambulatoriais, terá a CONTRATADA, quando entender necessário, e por meio de seu corpo de médicos auditores, direito ao acesso aos documentos pessoais e médicos entregues e direito de submeter o CONTRATANTE à avaliação prévia ou ainda exigir a apresentação de informações e documentos relacionados ou necessários para avaliação e análise da solicitação médica. Esta análise será realizada no prazo máximo de 5 (cinco) dias, para procedimentos que não são caracterizados de alta complexidade, e 10 (dez) dias, contados a partir do primeiro dia útil subsequente à data da entrega de todos os documentos solicitados, para os Procedimentos de Alta Complexidade (PAC).

G) Sem prejuízo das disposições contidas na alínea F, a CONTRATADA garantirá ainda, em situações de divergências médicas e nos termos da Resolução Normativa n.º 424/2017 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), a instauração de junta médica para solução de impasses. A remuneração do profissional desempatador ficará a cargo da CONTRATADA.

H) A CONTRATADA se responsabiliza unicamente pelas despesas oriundas dos procedimentos médico-hospitalares, dentro dos limites das cláusulas previstas neste instrumento.

I) Qualquer procedimento ou tratamento acordado diretamente entre o médico e o CONTRATANTE, bem como suas intercorrências, que não seja previamente informado e autorizado pela CONTRATADA, será de responsabilidade exclusiva do CONTRATANTE.

J) O CONTRATANTE deverá informar, previamente à assinatura da proposta de admissão, ser portador ou sorredor de doenças ou lesões preexistentes, por meio do preenchimento da DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE, sob pena de imputação de fraude, que poderá ensejar a suspensão dos direitos previstos neste instrumento ou a rescisão, sem prejuízo da adoção das medidas cabíveis, para assegurar à CONTRATADA o ressarcimento de perdas e danos.

K) O CONTRATANTE assume a obrigação de pagar à CONTRATADA a mensalidade conforme a categoria escolhida, até a data do vencimento, nos locais predeterminados por este.

L) O fato de o CONTRATANTE não ter utilizado qualquer cobertura durante a vigência deste instrumento não exonera do pagamento das mensalidades ou ainda de eventual devolução das mensalidades pagas.

M) Para a utilização de qualquer serviço, o CONTRATANTE deve apresentar a carteira do beneficiário, acompanhada de documento de identificação civil. Eventuais reclamações do CONTRATANTE, relacionadas ao tempo de atendimento dos serviços de assistência à saúde previsto neste instrumento, deverão ser formalizadas por escrito à CONTRATADA ou mediante ligação para o Serviço de Atendimento ao Cliente.

N) No caso de perda ou extravio da carteira de identificação deste instrumento, o CONTRATANTE obriga-se a comunicar o fato à CONTRATADA por escrito, responsabilizando-se perante este por eventual uso indevido do citado documento.

O) No caso de solicitação de emissão de segunda via do cartão de identificação, as despesas respectivas serão de responsabilidade do CONTRATANTE.

P) O CONTRATANTE assume a obrigação de comunicar à CONTRATADA toda e qualquer alteração de situação fática que tenha relevância neste instrumento, como mudança de endereço ou telefone, dentre outras.

Q) O CONTRATANTE deverá fornecer os documentos necessários, quando solicitados pela CONTRATADA, para fazer prova de eventuais alegações para a garantia dos direitos previstos neste instrumento ou para que sejam processadas eventuais alterações.

R) O CONTRATANTE candidato a transplantes deverá estar, obrigatoriamente, inscrito em uma das Centrais de Notificações, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDOs) e sujeitar-se aos critérios de espera e de seleção definidos em lei específica.

S) É facultada a substituição de entidade hospitalar credenciada pela CONTRATADA, desde que por outra equivalente e mediante comunicação aos beneficiários e à ANS, com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor. A comunicação se dará, preferencialmente, nos informativos encaminhados ao CONTRATANTE e no portal corporativo da CONTRATADA.

T) Na hipótese de a substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer por vontade da Operadora durante o período de internação do CONTRATANTE, o estabelecimento obrigase a manter a internação e a operadora a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério médico, na forma do contrato.

U) Excetuam-se do previsto no item anterior os de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor durante o 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.

V) Para coberturas assistenciais, o CONTRATANTE deverá apresentar à CONTRATADA pedido assinado por profissional habilitado e com validade de até 90 (noventa) dias.

■ CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA ■

16. FORMA DE PAGAMENTO

As mensalidades serão cobradas mediante sistema de pré-pagamento e terão seus vencimentos de acordo com a tabela descritiva no verso da Proposta de Adesão.

A) No ato da assinatura da Proposta de Adesão, o CONTRATANTE pagará à CONTRATADA a primeira mensalidade referente ao plano escolhido.

B) O não recebimento do boleto não desobriga o beneficiário de efetuar o pagamento no prazo do vencimento.

C) Caso o CONTRATANTE não receba o boleto bancário em até 5 (cinco) dias úteis antes do

vencimento, **deverá entrar em contato com a CONTRATADA e solicitar a segunda via.**

D) O pagamento da mensalidade deverá ser efetuado até a data de vencimento fixada na Proposta de Adesão, observada a cláusula vigésima (20ª). Após essa data, haverá multa de 2% (dois por cento) sobre o valor a ser pago, acrescida de juros de mora de 1% (um por cento) ao mês.

E) O CONTRATANTE reconhece que o valor da mensalidade é dívida líquida e certa e que a Prevent Senior poderá, na ausência de pagamento, inserir seus dados nos cadastros de proteção ao crédito e ainda exigir o pagamento da mensalidade judicialmente.

F) O pagamento antecipado das mensalidades não elimina nem reduz os prazos de carências previstos na cláusula 12.1, tampouco afasta a aplicação de eventual Cobertura Parcial Temporária (CPT) estabelecida neste instrumento.

G) O pagamento de uma mensalidade não significa, necessariamente, quitação das anteriores, tampouco confere o direito aos benefícios deste instrumento, caso esta seja caracterizada a inadimplência dos meses anteriores, observada a cláusula vigésima (20ª).

■ CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA ■

17. REAJUSTE

Fica convencionado entre as partes que a cada 12 (doze) meses, a contar da assinatura deste instrumento, será aplicado ao valor da mensalidade reajuste correspondente ao percentual divulgado e autorizado pela ANS, independentemente de eventual reajuste por mudança de faixa etária, conforme regras constantes da Resolução Normativa da ANS vigente no período de aplicação do reajuste.

17.1 Fica estabelecido que os valores relativos a dependentes terão o reajuste no mês de aniversário de vigência do presente contrato para o beneficiário, unificando-se as respectivas datas-base.

■ CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA ■

18. FAIXAS ETÁRIAS

O beneficiário reconhece que as mensalidades são estabelecidas de acordo com a faixa etária. Ocorrendo alteração na idade do beneficiário inscrito no deslocamento para a faixa etária superior, as mensalidades serão reajustadas automaticamente no mês subsequente ao do aniversário, de acordo com o estipulado na Proposta de Adesão.

18.1 As faixas etárias estão definidas segundo disposição contida nos artigos 2º e 3º da RN 63/2003. Durante a permanência no quadro, a variação da mensalidade em razão da mudança de faixa etária se fará com os seguintes percentuais, que serão acrescidos ao último valor pago, de acordo com a categoria escolhida:

Faixas Etárias	Prevent Senior Safira Enfermaria	Prevent Senior 1000 Enfermaria	Prevent Senior 1000 Apartamento
Até 18 anos	0,0%	0,0%	0,0%
Ao completar 19 anos	90,0%	25,00%	25,00%
Ao completar 24 anos	0,0%	25,00%	25,00%
Ao completar 29 anos	0,0%	10,0%	10,0%
Ao completar 34 anos	0,0%	5,0%	5,0%
Ao completar 39 anos	0,0%	10,0%	10,0%
Ao completar 44 anos	0,0%	25,00%	25,00%
Ao completar 49 anos	0,0%	10,00%	10,00%
Ao completar 54 anos	35,71%	8,33%	18,75%
Ao completar 59 anos	39,47%	30,57%	31,58%

18.2 Não sofrerão a variação descrita na cláusula anterior os beneficiários com idade superior a 60 (sessenta) anos.

■ CLÁUSULA DÉCIMA NONA ■

19. BENEFÍCIOS ADICIONAIS

19.1 MEDICINA PREVENTIVA

A Prevent Senior manterá, dentro de suas possibilidades técnicas, um serviço de prevenção e orientação médica para promover a qualidade de vida de seus beneficiários, implementando

ações coordenadas em todos os campos que sustentam a saúde.

■ CLÁUSULA VIGÉSIMA ■

RESCISÃO

O presente contrato poderá ser rescindido em uma das seguintes hipóteses:

- A)** A pedido do beneficiário, mediante comunicação à Prevent Senior.
- B)** Em caso de fraude, tentativa de fraude e dolo comprovados, cometidos por qualquer beneficiário, em detrimento da Prevent Senior, nos termos do art. 13, da Lei nº 9.656/1998.
- C)** Não pagamento da mensalidade por período superior a 60 (sessenta) dias consecutivos ou não, nos últimos 12 meses de vigência do contrato, desde que o beneficiário seja comprovadamente notificado até o 50º dia de inadimplência.
- D)** Nas hipóteses das letras “A”, “B” e “C” acima informadas, o cancelamento deste instrumento não prejudicará a cobrança dos serviços eventualmente utilizados pelo beneficiário ou seus dependentes, durante a vigência do instrumento.

■ CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA ■

21. DISPOSIÇÕES GERAIS

O beneficiário autoriza a CONTRATADA a prestar todas as informações cadastrais solicitadas pelos órgãos de fiscalização da assistência à saúde, inclusive quanto aos atendimentos decorrentes deste instrumento.

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

21.2 Integram este contrato o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS), Guia de Leitura Contratual (GLC), Proposta de Adesão, Declaração de Saúde, aditivos, Termo de Opção por CPT e recibo de pagamento.

21.3 A mudança de plano poderá ser solicitada pelo beneficiário, desde que requerida na data do aniversário do contrato, ressalvadas as regras sobre a portabilidade editadas pela ANS.

21.4 Ao efetuar a mudança para um plano de padrão de acomodação superior, o beneficiário e dependentes deverão cumprir os prazos de carências para o novo padrão de acomodação e para a nova rede assistencial, sendo mantidos os direitos garantidos no plano anterior até o vencimento das novas carências, ressalvadas as regras sobre a portabilidade.

21.5 A transferência do plano de padrão de acomodação superior para plano inferior só poderá ser requerida caso o beneficiário não tenha registrado qualquer internação no período de 12 (doze) meses anterior à data da solicitação. Caso tenha sido registrada qualquer internação

no período citado, a transferência será realizada após 12 (doze) meses da data da última alta hospitalar.

21.6 Ocorrendo a perda ou extravio da carteira do beneficiário, o próprio deverá comunicar o fato imediatamente à Prevent Senior, para cancelamento e, quando for o caso, emissão de segunda via, pelo o que será cobrada uma taxa estipulada pela Prevent Senior.

21.7 A Prevent Senior não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa da pactuada neste contrato.

21.8 Este contrato terá o início de vigência a partir da assinatura, pelo beneficiário da proposta de admissão.

21.9 A vigência do contrato será por prazo mínimo de 12 (doze) meses. Não havendo pedido de cancelamento, o presente contrato será automaticamente renovado por períodos iguais e sucessivos de 12 (doze) meses, isento o beneficiário do pagamento de quaisquer taxas ou valores a título de renovação, bem como do cumprimento de novas carências, com exceções das firmadas neste contrato.

■ CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA ■

22. MUDANÇA DE PLANO DE SAÚDE

É facultado ao CONTRATANTE, mediante ajuste da mensalidade, a mudança do plano de saúde que tenha contratado, desde que para outro produto ativo para comercialização e mediante pagamento de preço previsto na tabela vigente.

22.1 Caso esta mudança seja para um plano superior, o CONTRATANTE deverá cumprir um período mínimo de carência referente ao novo plano de saúde, correspondente a 6 (seis) meses para todas as coberturas. Durante o período de carência do novo plano, prevalecerão as garantias asseguradas pelo plano anterior.

22.2 Caso a mudança pretendida seja para um plano de saúde inferior, haverá adequação nas mensalidades.

22.3 As mudanças de plano só terão validade quando solicitadas por escrito. A alteração no valor da mensalidade em função da mudança de plano de saúde só ocorrerá no mês seguinte à solicitação da mudança pela CONTRATADA.

■ CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCEIRA ■

23. ELEIÇÕES DE FORO

Para dirimir quaisquer questões decorrentes deste contrato, as partes elegem o foro da Capital do Estado de São Paulo, renunciando a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

CLÁUSULA VIGÉSIMA QUARTA**24. DEFINIÇÕES**

ACIDENTE PESSOAL – É todo o evento externo, único, súbito, involuntário e violento, com ocorrência em data perfeitamente caracterizada, causador de lesão física que por si só, independentemente de qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico-hospitalar ou ambulatorial do beneficiário em caráter de urgência.

AMBULATÓRIO – É o estabelecimento legalmente constituído, integrante ou não de um hospital, capacitado ao atendimento de urgência / emergência ou cirúrgico de pequeno porte, quando não caracterizada a necessidade de hospitalização.

ATENDIMENTO AMBULATORIAL – Compreende os atendimentos realizados em ambulatório, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que, embora prescindam de internação, demandem o apoio de estrutura hospitalar por período não superior a 12 (doze) horas ou coberturas como de recuperação pós-anestésica, UTI e similares. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), criada pela Lei nº 9.961/2000, alterada pela MP nº 2177/44/2001, é o órgão responsável pela regulação / normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem a assistência suplementar à saúde.

CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO – Documento padronizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que visa orientar o beneficiário sobre o preenchimento da Declaração de Saúde no momento da assinatura do contrato.

CIRURGIA OU ATENDIMENTO ELETIVO – É aquele necessário para o tratamento médico do beneficiário, que não se reveste das características de urgência ou emergência, ou seja, quando o beneficiário não está sob risco de vida imediato ou sofrimento intenso, podendo ser efetuado em data de escolha do beneficiário ou de seu médico, desde que esta data não comprometa a eficácia do tratamento.

COBERTURA – É a garantia da assistência à saúde definida neste instrumento, com atendimento na rede própria ou credenciada constante no Orientador Médico, segundo a opção do plano escolhido.

COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT) – Aquela que admite, por um período ininterrupto de até 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.

DECLARAÇÃO DE SAÚDE – Formulário elaborado para registro de informações sobre as doenças ou lesões de que o beneficiário saiba ser portador ou sofrendor e das quais tenha conhecimento no momento da contratação ou adesão contratual.

DOENÇAS OU LESÕES PREEXISTENTES (DLP) – Aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofrendor no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei nº 9.656/1998, o inciso IX do artigo 4º. da Lei nº 9.961/2000 e as diretrizes estabelecidas na Resolução Normativa RN 162/2007.

PORTAL CORPORATIVO – O portal corporativo é um sistema via Internet que permitirá à CONTRATADA compartilhar e disponibilizar as informações de interesse do CONTRATANTE, através de ferramentas interativas e documentos.

EXAMES COMPLEMENTARES – São os procedimentos de investigação diagnóstica, reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina e constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde estabelecido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vigente na data do evento, que auxiliam o estabelecimento do diagnóstico e/ou o acompanhamento de uma doença ou lesão.

EVENTO – É todo conjunto de ocorrências de assistência médico-hospitalar, verificado após o início de vigência deste contrato, que tenha origem ou cause dano involuntário à saúde do participante deste plano, decorrente de acidente pessoal ou doenças cobertas pelo contrato. O evento se inicia com a comprovação médica da ocorrência e termina com a alta médica concedida ou pedida, com o óbito ou abandono do tratamento por parte do paciente, observados os parâmetros estabelecidos neste contrato.

HOSPITAL DIA – Hospital DIA - Psiquiatria para transtornos mentais é o recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional e proporcionar a mesma amplitude de garantia de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar.

INTERNAÇÕES HOSPITALARES CIRÚRGICAS – São aquelas decorrentes de eventos que exigem ato cirúrgico não passível de tratamento ambulatorial e/ou domiciliar.

INTERNAÇÕES HOSPITALARES CLÍNICAS – São aquelas decorrentes de eventos que, por sua gravidade ou complexidade, exigem internação hospitalar sem, contudo, exigir ato cirúrgico.

INTERNAÇÕES HOSPITALARES ELETIVAS E PROCEDIMENTOS ELETIVOS – São casos que não se caracterizam como Emergência ou Urgência, previamente agendados e autorizados pela Prevent Senior.

INSEMINAÇÃO ARTIFICIAL – É a técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e espermatozoides para alcançar a fertilização, por meio de injeções de espermatozoides intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção pós-tum, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas.

LEITO DE ALTA TECNOLOGIA – É a acomodação reservada a casos que requeiram tratamento intensivo, tais como: unidades de terapia intensiva, centro de terapia respiratória, unidade coronariana, centro de terapia neonatal, unidade de terapia de queimados e unidades de isolamento.

MEDICAMENTOS E PRODUTOS PARA A SAÚDE IMPORTADOS NÃO NACIONALIZADOS – São aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

MEDICAMENTOS PARA TRATAMENTO DOMICILIAR – São aqueles que não requerem administração assistida, ou seja, não necessitam de intervenção ou supervisão direta de profissional de saúde habilitado ou cujo uso não é exclusivamente hospitalar, podendo ser adquiridos por pessoas físicas em farmácias de acesso ao público e administrados em ambiente externo ao de unidade de saúde (hospitais, clínicas, ambulatórios, urgência e emergência).

ORIENTADOR MÉDICO – É o manual de orientação sobre os procedimentos para utilização das coberturas, bem como a lista dos prestadores de serviços próprios ou credenciados para o atendimento do beneficiário.

PLANO CONTRATADO – É o padrão de cobertura oferecido na forma deste contrato, mediante o pagamento da mensalidade específica, pelo qual o beneficiário tenha optado na adesão ao plano. Os padrões de cobertura diferenciam-se entre si em função do tipo de acomodação hospitalar e, eventualmente, da rede credenciada.

PROCEDIMENTOS – São todos os atos médicos ou paramédicos que têm por finalidade a manutenção ou recuperação da saúde do beneficiário, podendo ser praticados em regime ambulatorial ou hospitalar.

PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS – São os procedimentos reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina, sem porte anestésico, constantes na Tabela de Procedimentos Médico-Hospitalares da Prevent Senior, que possam ser executados sem obrigatoriedade de internação hospitalar, mesmo que em regime de Hospital Dia.

PROCEDIMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS PARA FINS ESTÉTICOS – São aqueles que não visam restaurar função parcial ou total de órgão ou parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita.

PRÓTESES E ÓRTESES NÃO LIGADAS AO ATO CIRÚRGICO – Prótese é qualquer dispositivo permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido. Órtese é qualquer dispositivo permanente ou transitório, incluindo materiais de osteossíntese que auxiliem as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico aqueles dispositivos cuja colocação ou remoção não requeiram a realização deste ato.

TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO EXPERIMENTAL – Aquele que emprega medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados / não regularizados no país; considerado experimental pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) ou pelo Conselho Federal de Odontologia (CFO), ou não possui as indicações descritas na bula / manual registrado na Anvisa (uso off-label), ressalvados os casos que a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec) tenha demonstrado as evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança do medicamento ou do produto para o uso pretendido; bem como a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) tenha emitido, mediante solicitação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec), autorização de uso para fornecimento, pelo SUS, dos referidos medicamentos e produtos.

Serviço de Atendimento ao Cliente

0800 773 8368 / 3003-8368

Serviço de Atendimento ao Cliente para Deficientes Auditivos

0800 770 0110

Atendimento presencial do SAC

Núcleo de Ortopedia e Traumatologia Prevent Senior Jardim Anália Franco

R. José Oscar Abreu Sampaio, 368, São Paulo - SP.

Horário de atendimento: segunda a quinta-feira, das 8h às 18h, e sexta-feira, das 8h às 17h.

Prevent Senior Medicina Diagnóstica Santos

R. Goiás, 203, Gonzaga – Santos – SP.

Horário de atendimento: segunda a sexta-feira, das 7h às 18h, e sábados, das 7h às 13h.

Prevent Senior

R. Dias Ferreira 190, cj. 701 - Leblon - Rio de Janeiro – RJ

Horário de atendimento: segunda a quinta-feira, das 8h às 18h, e sexta-feira, das 8h às 17h.

www.preventsenior.com.br