

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA
AMBULATORIAL COLETIVO EMPRESARIAL – PME II**

Versão 01.2022

Nº do Contrato

QUALIFICAÇÃO DAS PARTES

A) DADOS DA CONTRATADA

Razão Social: QUALLITY PRÓ SAÚDE PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA			
Nome Fantasia: QUALLITY PRÓ SAÚDE		Nº de CNPJ: 09.433.795/0001-04	
Endereço: SRTVS Quadra 701 conjunto L Térreo II, Loja 12		Telefone: (61) 3044-4401	
Cidade: Brasília	UF: DF	Cep: 70.340-906	Bairro: Asa Sul
Número de registro na ANS 418170		Classificação da operadora: Medicina de Grupo	

B) DADOS DO(A) CORRETOR(A)

Nome do(a) Corretor(a)/Angariador VIVER BEM CORRETORA DE SEG E PREVIDENCIA EIRELI	CPF/CNPJ: 33.344.742/0001-93
Celular: 30549691	E-mail: admverbemcorretora@gmail.com

C) DADOS DO CONTRATANTE

Razão Social ASSOCIACAO DOS MORADORES DO CONDOMINIO VILLE DE MONTAGNE - AMORVILLE			
Nome Fantasia: *****	CNPJ: 01.470.788/0001-62	Inscrição Estadual	
Endereço Fiscal (Cartão CNPJ): Q 01 AREA COMUNITARIA COND VILLE DE MONTAGN			
Bairro LAGO SUL	Cidade BRASILIA	UF DF	CEP 71.680-357
Endereço de Correspondência: Q 01 AREA COMUNITARIA COND VILLE DE MONTAGN			
Bairro LAGO SUL	Cidade BRASILIA	UF DF	CEP 71.680-357
Telefone	E-mail amorville@villedemontagne.org.br	Grau de Risco 1 2 3 4	
Nome do Representante Legal: Silvio Avelino da Silva		CPF 144.230.811-72	Celular

Têm entre si, justos e contratados, conforme características gerais a seguir transcritas e cláusulas e condições deste instrumento.

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA AMBULATORIAL COLETIVO EMPRESARIAL – PME II

Versão 01.2022

CARACTERÍSTICAS GERAIS DO CONTRATO

Dados do Plano de Saúde Contratado

Nome Comercial:	Pró Saúde Green
Nº de Registro na ANS	466.119/11-2
Tipo de Contratação:	Coletivo Empresarial
Segmentação Assistencial:	Ambulatorial
Fator Moderador:	Sem Fator
Área Geográfica de Abrangência do Plano de Saúde:	Municipal
Área de Atuação do Plano de Saúde:	Brasília/DF
Padrão de Acomodação em Internação:	Não possui
Formação do Preço:	Pré-Estabelecido
Serviços e Coberturas Adicionais:	Não possui
Vínculo	Ativo e Inativo

Condições de Admissão

Além das pessoas com vínculo empregatício ou estatutário, são admitidos como Beneficiários Titulares neste contrato:

- Os sócios da CONTRATANTE;
- Os administradores da CONTRATANTE;
- Os agentes políticos;
- Os trabalhadores temporários;
- Os estagiários e menores aprendizes.

Nº mínimo de beneficiários para manutenção desde contrato	Período inicial para se atingir o mínimo de beneficiários	Data de processamento das inclusões e limite para movimentação cadastral
45 vidas	90 (noventa) dias a contar da data de início de vigência deste instrumento.	5

Duração do Contrato

O contrato terá início de vigência e vencimento da fatura mensal, conforme a data de protocolo do contrato na Quallity Pró Saúde, estabelecida no quadro a seguir e desde que toda documentação obrigatória e demais pré-requisitos estejam em conformidade com o estabelecido em contrato, caso contrário, haverá a devolução da documentação pela Quallity.

Entrega e protocolo da documentação	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 24	25 a 31	Data de Entrega Protocolo
Início de vigência e vencimento da fatura	20	25	1	5	10	15	9

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA AMBULATORIAL COLETIVO EMPRESARIAL – PME II

Versão 01.2022

Movimentação cadastral	30	5	10	15	20	25	
Prazo mínimo de vigência				Data inicial de vigência			
12 (doze) meses				25/10/2023			

Formação do Preço e Mensalidade

Taxa de implantação (R\$)	Valor único da mensalidade a ser paga por cada beneficiário R\$	Data de pagamento da mensalidade
R\$5,00 (por titular)	R\$172,41	25

[•] Estou ciente de que as faturas de pagamento serão disponibilizadas através do site da Quallity.

Contrato fixado em preço único para ativos e em faixa etária para inativos em que a empresa participa do custeio apenas para titulares ativos e seus dependentes:

- A fixação do preço único para titulares ativos e seus dependentes foi obtida através de uma média ponderada da quantidade de beneficiários em cada uma das faixas etárias multiplicado pelo valor fixado para cada faixa etária na tabela de custo, considerando a quantidade de beneficiários inscritos no momento da contratação ou do presente aditamento.
- Do valor obtido segundo o critério anterior, a CONTRATANTE financiará 100 % (cem por cento) exclusivamente para os beneficiários titulares ativos inscritos e seus dependentes.
- Os valores de mensalidade a serem assumidos pelos beneficiários titulares ex-empregados demitidos/exonerados sem justa causa ou aposentados e seus dependentes, serão os previstos na tabela de custo por faixa etária, estabelecida neste instrumento.
- Não haverá financiamento da CONTRATANTE para as mensalidades dos beneficiários titulares ex-empregados demitidos/exonerados sem justa causa ou aposentados e seus dependentes.

Reajuste de Contratos não Agrupados

Índice para cálculo do Reajuste Financeiro: IPCA/IBGE

Retroatividade do Reajuste Financeiro: 2 meses.

Meta de Sinistralidade: 65%

Rescisão/Suspensão

Multa pecuniária pela rescisão do Contrato antes da vigência mínima: 03 (três) contribuições integrais, calculadas pela média das contribuições efetuadas ao plano antes da sua notificação.

Tabela de Custo por Faixa Etária

Faixas Etárias	Mensalidade	Percentuais de Reajuste
0 a 18 anos de idade	R\$ 176,49	---
19 a 23 anos de idade	R\$ 188,53	6,82%

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA AMBULATORIAL COLETIVO EMPRESARIAL – PME II

Versão 01.2022

24 a 28 anos de idade	R\$ 205,23	8,86%
29 a 33 anos de idade	R\$ 241,06	17,46%
34 a 38 anos de idade	R\$ 290,12	20,35%
39 a 43 anos de idade	R\$ 327,98	13,05%
44 a 48 anos de idade	R\$ 400,23	22,03%
49 a 53 anos de idade	R\$ 491,21	22,73%
54 a 58 anos de idade	R\$ 660,28	34,42%
59 anos e acima	R\$ 876,66	32,77%

Período de Carências

Redução de Carência (RC 281) para beneficiários sem Cláusula de Cobertura Parcial Temporária (CPT), relacionadas a Doenças e Lesões Preexistentes – DLP, para os demais casos, será aplicada a Carência Padrão. Serão submetidos a análise da Operadora para a redução de carência (RC 281).

Os procedimentos listados no quadro abaixo são meramente exemplificativos, todos os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde de acordo com a segmentação assistencial contratada, poderão estar sujeitos a carência de acordo com a natureza e grupo a que pertencem. O grupo pertencente a cada procedimento poderá ser consultado na Central de Atendimento da Operadora.

PROCEDIMENTOS		CARÊNCIA PADRÃO	RC 281
Atendimento urgência / emergência		Início Vigência	Início Vigência
A	Consultas eletivas em consultórios, clínica ou centro médico	30 dias	30 dias
B	Exames e procedimentos ambulatoriais básicos Nebulizações, lavagem auricular, sutura de ferimentos, drenagem de abscessos, imobilizações, engessamentos, curativos ambulatoriais, exames laboratoriais (exceto os PAC e os classificados nas carências C, D e F), eletrocardiograma convencional.	180 dias	30 dias
C	Exames complementares ambulatoriais Exames de laboratório (hormônios, marcadores virais, HIV1 OU HIV2/Pesq. de anticorpos., hepatite A, S, B e C), eletroencefalograma, exames radiológicos não contratados, colposcopia, colpocitologia, preventivo do câncer ginecológico, serviço de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais pertinentes à especialidade	180 dias	60 dias
D	Procedimentos ambulatoriais complementares Ultrassonografia, serviço de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais pertinentes a especialidade.	180 dias	60 dias
E	Procedimentos ambulatoriais em serie Fisioterapia, infiltrações, Psicologia, Fonoaudiologia, Nutrição, Terapia Ocupacional e Acupuntura.	180 dias	120 dias

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA AMBULATORIAL COLETIVO EMPRESARIAL – PME II

Versão 01.2022

F	Exames especiais Exames de endoscopia digestiva, respiratória e urológica, Ecocardiografia, Radiologia Contrastado, Holter, Mapa, Teste Ergonômico, Eco Doppler, Neurofisiologia, Eletroencefalografia, provas de função respiratória, Mamografia Convencional e exames anatomopatológicos.	180 dias	150 dias
G	Procedimentos de alta complexidade (PAC) Tomografia, neuroradiologia, angiografia, ressonância magnética, Exames de hemodinâmica, cardiovasculares, medicina nuclear diagnóstica e imunocintilografia, hemodinâmica terapêutica, Quimioterapia e radioterapia, Procedimentos para litotripsias, Diálise e hemodiálise, Hemoterapia ambulatorial e Mamografia Digital.	180 dias	180 dias
H	Cirurgias ambulatoriais Cirurgias Oftalmológicas, Cirurgias Ginecológicas, Urológicas, Cirurgias Pertinentes as Especialidades realizadas em nível ambulatorial	180 dias	180 dias
I	Demais procedimentos não classificados nos grupos anteriores e novos procedimentos incluídos pelo Rol de procedimentos e Eventos em Saúde.	180 dias	180 dias
Cláusula de Cobertura Parcial Temporária (CPT) para Doenças e Lesões Pré Existentes			CPT
Sujeitas à CPT os Procedimentos de Alta Complexidade – PAC, assim classificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde (conforme exemplos do item G)			24 meses

Declaração de Recebimento e Posse

Declaro que, antes de optar pelo plano descrito neste Instrumento, fui esclarecido sobre as condições do Plano na segmentação referência, tendo sido oferecido para minha contratação. Declaro também que, antes da assinatura desse Instrumento, me foi disponibilizado o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde – MPS, bem como, as informações mínimas acerca dos tipos de contratação.

Declaro, ainda, ter sido devidamente informado de que o Guia de Leitura Contratual – GLC será enviado ao Beneficiário Titular junto com o Cartão Individual de Identificação. Declaro, que recebi a íntegra do contrato de Plano Privado de Assistência à Saúde, que foi totalmente lido e entendido por mim, sem qualquer restrição ao seu conteúdo, o que confirmo, apondo assinatura no presente. Declaro, ainda, que me foi apresentada a tabela de custo por faixa etária deste plano, nos termos da regulamentação.

Declaro, por fim, ter conhecimento de que poderei receber notificações da Operadora, inclusive decorrentes de inadimplência, por meio de correio eletrônico (e-mail), aplicativos que permitam a troca de mensagens criptografadas e a confirmação de recebimento e leitura pelo destinatário (como WhatsApp, Messenger ou outro do tipo), ligações gravadas, SMS ou qualquer outro meio que venha a ser admitido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e/ou pela lei.

Brasília, 19 de Outubro de 2023.

ASSINATURA DO REPRESENTANTE LEGAL DA EMPRESA E
CARIMBO COM CNPJ (CONTRATANTE)

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA
AMBULATORIAL COLETIVO EMPRESARIAL – PME II**

Versão 01.2022

SUMÁRIO

Conceitos	07
Atributos do Contrato	08
Condições de Admissão	08
Coberturas e Procedimentos Garantidos	10
Exclusões de Cobertura	12
Duração do Contrato	13
Períodos de Carência	14
Doenças e Lesões Preexistentes – DLP	14
Atendimento de Urgência e Emergência	16
Mecanismos de Regulação	17
Formação de Preço e Mensalidade	20
Reajuste	21
Faixas Etárias	24
Regras para Instrumentos Jurídicos de Planos Coletivos	24
Condições da Perda da Qualidade de Beneficiário	26
Rescisão/Suspensão	28
Do Sigilo e das Medidas Anticorrupção	29
Da Proteção e Privacidade dos Dados Pessoais	30
Disposições Gerais	32
Eleição de Foro	33

Conceitos

Para os efeitos deste Contrato, são adotadas as seguintes definições:

ACIDENTE PESSOAL: evento ocorrido em data específica, provocado por agentes externos ao corpo humano, súbitos e involuntários e causadores de lesões físicas não decorrentes de problemas de saúde, e que, independente de qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico, como, por exemplo, acidentes de carro, quedas e inalação de gases;

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - 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 garantam a assistência suplementar à saúde;

AGRAVO: qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o Beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a CONTRATADA e o Beneficiário. Exercendo prerrogativa legal, a CONTRATADA não optará pelo fornecimento do Agravado;

ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA E ATUAÇÃO DO PLANO: área definida em Contrato dentro da qual o Beneficiário poderá utilizar os serviços contratados;

ATENDIMENTO AMBULATORIAL: compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, ou serviços como recuperação pós-anestésica, UTI, CETIN e similares;

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

CARÊNCIA: prazo ininterrupto, contado a partir data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, durante o qual os Beneficiários não têm direito às coberturas contratadas;

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

COBERTURA: garantia, nos limites e modalidades deste Contrato, do pagamento de despesas médicas e/ou odontológicas, diretamente às pessoas físicas ou jurídicas prestadoras de serviços, em nome e por conta dos Beneficiários;

COMPANHEIRO: pessoa que vive em união estável com outrem, configurada na convivência pública, contínua e duradoura com o objetivo de constituição de família, nos termos da Constituição Federal e do Código Civil Brasileiro;

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - CONSU: órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para deliberar sobre questões relacionadas à prestação de serviços de saúde suplementar, definidas no art. 35-A da Lei nº 9.656/1998;

MÉDICO ASSISTENTE: médico responsável pela indicação da conduta médica a ser aplicada ao paciente;

MPS: Documento instituído pela ANS, destinado a informar ao BENEFICIÁRIO os principais aspectos a serem observados no momento da contratação de planos de saúde e a facilitar a apreensão do conteúdo do CONTRATO por meio da indicação das referências aos seus tópicos mais relevantes estabelecendo assim um Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde - MPS;

GLC: Documento instituído pela ANS, destinado a informar ao BENEFICIÁRIO os principais aspectos a serem observados no momento da contratação de planos de saúde e a facilitar a apreensão do conteúdo do



CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA AMBULATORIAL COLETIVO EMPRESARIAL – PME II

Versão 01.2022

CONTRATO por meio da indicação das referências aos seus tópicos mais relevantes estabelecendo assim um Guia de Leitura Contratual – GLC.

CLÁUSULA PRIMEIRA – ATRIBUTOS DO CONTRATO

1.1 O presente Contrato tem por objeto a prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais na forma de plano privado de assistência à saúde prevista no inciso I, do artigo 1º, da Lei nº 9.656/1998, visando à assistência Ambulatorial com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, compatíveis com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela ANS, vigente à época do evento, para a segmentação Ambulatorial.

1.2 O presente instrumento trata-se de contrato de adesão, bilateral, que gera direitos e obrigações para ambas as partes, na forma do Código Civil brasileiro, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

CLÁUSULA SEGUNDA – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

2.1 Plano privado de assistência à saúde Coletivo Empresarial é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à CONTRATANTE por relação empregatícia ou estatutária, admitindo-se a inclusão do grupo familiar, conforme disposto a seguir.

2.2 Poderão se inscrever no Plano, nas seguintes categorias:

2.2.1 Na Qualidade de Beneficiário Titular (respeitado o disposto no art. 5º da RN nº 195/09 da ANS e suas alterações):

- a) Pessoas naturais que mantiverem vínculo empregatício ou estatutário com a CONTRATANTE;
- b) Outros eventualmente indicados nas Características Gerais do Contrato.

2.2.2 Na Qualidade de Beneficiários Dependentes: pessoas naturais com grau de parentesco ou afinidade e dependência econômica em relação ao Beneficiário Titular:

- a) O cônjuge, mediante entrega à CONTRATADA de cópia da certidão de casamento;
- b) O companheiro, havendo união estável, na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge, mediante entrega à CONTRATADA de cópia de declaração lavrada em cartório ou de certidão expedida pela Vara de Família da comarca competente;
- c) Os filhos, adotivos ou não, e enteados, solteiros e menores de 18 (dezoito) anos incompletos, mediante entrega à CONTRATADA de cópia da certidão de nascimento ou de adoção, ou até 24 (vinte e quatro) anos incompletos, se estudante em curso registrado no MEC – Ministério da Educação, mediante comprovação anual ou semestral, conforme validade do documento;
- d) O menor que, por determinação judicial, se ache sob a guarda e responsabilidade do Beneficiário Titular ou sob sua tutela, mediante entrega à CONTRATADA de cópia da decisão judicial de guarda ou tutela;
- e) Os filhos, adotivos ou não, e enteados, comprovadamente inválidos, mediante entrega à CONTRATADA de atestado de invalidez.

2.3 A adesão dos Beneficiários Dependentes fica condicionada à participação do Titular.

Versão 01.2022

2.4 A inclusão do Beneficiário Titular e de seus Dependentes será processada mediante preenchimento da Proposta de Adesão.

2.5 Ficará a cargo do Beneficiário Titular, quando do preenchimento da Proposta de Adesão, informar a relação dos Dependentes a serem inscritos, contendo a respectiva qualificação completa, incluindo filiação, endereço completo, número de inscrição no CPF e RG.

2.5.1 Ocorrendo alterações dos dados acima referidos, deverá a informação ser repassada à CONTRATADA, pela CONTRATANTE.

2.6 A CONTRATANTE encaminhará à CONTRATADA no dia de cada mês especificado nas Características Gerais do Contrato, a relação dos Beneficiários que aderirem ao Plano previsto neste Contrato, mediante preenchimento e assinatura da Proposta de Adesão e dos Beneficiários que forem excluídos, nos termos estabelecidos neste Contrato.

2.7 A movimentação cadastral de Beneficiários relativa às inclusões informadas pela CONTRATANTE será processada na data prevista nas Características Gerais do Contrato, sendo que a movimentação cadastral relativa às exclusões será realizada no mesmo dia em que ocorrer o fato.

2.8 O número mínimo de Beneficiários para manutenção deste contrato será o especificado nas Características Gerais do Contrato.

2.9 Caso as exclusões de Beneficiários titulares e/ou dependentes, independente de motivo, reduza a massa de Beneficiários do plano a menos que o mínimo exigido, ou ainda, o número de inclusões não atinja o mínimo exigido, no período especificado nas Características Gerais do Contrato, observar-se-á o disposto na Cláusula de Rescisão deste instrumento.

2.10 No ato da contratação e das inclusões posteriores, o Beneficiário Titular preencherá o Formulário de Declaração de Saúde, quando for o caso, obrigando-se a informar a condição sabida de doenças ou lesões preexistentes, sua e de seus Dependentes, quando receberá a Carta de Orientação ao Beneficiário.

2.11 É assegurada a inclusão do filho adotivo, menor de 12 (doze) anos, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo Beneficiário Titular adotante e não cabendo qualquer alegação de doença ou lesão preexistente, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a adoção.

2.11.1 A inclusão fica vinculada à verificação das condições de elegibilidade do Dependente estabelecidas no presente Contrato.

2.12 Ultrapassado o prazo previsto no item antecedente, será obrigatório o cumprimento integral dos respectivos prazos de carência e exigência de Cobertura Parcial Temporária, nos casos de Doenças e Lesões Preexistentes.

2.13 A CONTRATADA exigirá cópias de documentos que comprovem o vínculo do Beneficiário Titular com a CONTRATANTE, bem como das informações pessoais do Beneficiário Titular (CPF, RG, comprovante de residência), além

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA AMBULATORIAL COLETIVO EMPRESARIAL – PME II

Versão 01.2022

das condições do vínculo de dependência do(s) Beneficiário(s) Dependente(s) (certidão de casamento, nascimento, adoção, outros), podendo renovar a solicitação a qualquer tempo.

CLÁUSULA TERCEIRA – COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

3.1 A CONTRATADA cobrirá os custos, em conformidade com os limites, prazos de carências e condições estabelecidas neste Contrato, aos Beneficiários regularmente inscritos, relativos aos atendimentos ambulatoriais, realizados dentro da área de abrangência e atuação estabelecida neste Contrato, e na rede prestadora de serviços contratada, credenciada ou referenciada da CONTRATADA, independente da circunstância e do local de origem do evento, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na época do evento, relacionados às doenças listadas na CID-10, no que se aplicam ao Plano e de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) e com as Diretrizes Clínicas (DC) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes na data do evento.

3.2 A cobertura ambulatorial compreende:

- a) Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas), inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM;
 - a.1) Não são consideradas especialidades médicas as áreas de atuação reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM;
- b) 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, desde que não se caracterize como internação e desde que previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, para o segmento ambulatorial e observados os critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes à época do evento, quando for o caso;
- c) Medicamentos registrados/regularizados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, exclusivamente quando administrados em unidade de saúde e solicitados pelo médico assistente;
- d) Consultas / sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo e fisioterapeuta solicitadas pelo médico assistente, de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e observando os critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes à época do evento, quando for o caso;
- e) Consultas / sessões de psicoterapia, de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e observando os critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes à época do evento, que poderão ser realizadas tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme solicitação e indicação do médico assistente;
- f) Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, solicitados pelo médico assistente, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta;
- g) Hemodiálise e diálise peritonial – CAPD;

Versão 01.2022

- h) Quimioterapia oncológica ambulatorial: baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes (medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento), conforme prescrição do médico assistente, que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro do estabelecimento de Unidades de Saúde;
- i) Medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, desde que preenchidas as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento;
- j) Procedimentos de radioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para a segmentação ambulatorial;
- k) Procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais: aqueles que prescindem de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para a segmentação ambulatorial;
- l) Hemoterapia ambulatorial;
- m) Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais, denominada cirurgia refrativa (PRK ou Lasik), para pacientes com mais de 18 (dezoito) anos e grau estável há pelo menos 01 (um) ano, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios: (i) miopia moderada e grave, de graus entre - 5,0 a - 10,0DE, com ou sem astigmatismo associado com grau até -4,0DC com a refração medida através de cilindro negativo; (ii) hipermetropia até grau 6,0DE, com ou sem astigmatismo associado com grau até 4,0 DC, com a refração medida através de cilindro negativo.

3.3 Na atenção ambulatorial prestada aos portadores de transtornos mentais haverá cobertura para os procedimentos clínicos ou cirúrgicos ambulatoriais decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas.

3.4 O presente Contrato garante, ainda:

- a) Atendimentos nos casos de planejamento familiar, de que trata o inciso III do artigo 35-C da Lei nº 9.656/1998, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento para a segmentação ambulatorial, observadas, ainda, as Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes na data do evento;
- b) Eventos e procedimentos relacionados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor na data do evento para a segmentação ambulatorial que necessitem de anestesia com ou sem a participação de profissional médico anestesista, caso haja indicação clínica;
- c) Insumos necessários para realização de procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor na data do evento, assim como a equipe cirúrgica necessária para a realização de procedimentos cirúrgicos, caso haja indicação clínica;
- d) Taxas, materiais, contrastes e medicamentos, necessários para a execução de procedimentos e eventos em saúde previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor na data do evento, desde que estejam

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA
AMBULATORIAL COLETIVO EMPRESARIAL – PME II**

Versão 01.2022

regularizados e registrados e suas indicações constem da bula/manual junto a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA;

- e) Procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação ou outro sistema de navegação, escopias e técnicas minimamente invasivas, quando assim especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;
- f) Remoção e/ou retirada de órteses, próteses ou outros materiais cuja colocação, inserção e/ou fixação esteja contemplada no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento para a segmentação ambulatorial.

CLÁUSULA QUARTA – EXCLUSÕES DE COBERTURA

4.1 Em conformidade com o que prevê a Lei nº 9.656/1998, as Resoluções do Consu, e respeitando-se as coberturas mínimas obrigatórias previstas na citada Lei e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, estão excluídos da cobertura do Plano os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não descritos expressamente neste Contrato e os provenientes de:

- a) Procedimentos assistenciais que exijam autorização prévia, realizados à revelia da CONTRATADA sem atendimento às condições previstas neste Contrato;
- b) Atendimentos prestados antes do início da vigência contratual ou do cumprimento das carências, respeitadas as demais condições contratuais;
- c) Procedimentos de diagnóstico e terapêutica em hemodinâmica que demandem internação e apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares;
- d) Procedimentos que exijam forma de anestesia diversa da anestesia local, sedação ou bloqueio;
- e) Quimioterapia oncológica intra-tecal ou as que demandem internação;
- f) Procedimentos de radioterapia para a segmentação hospitalar;
- g) Nutrição enteral ou parenteral;
- h) Embolizações e radiologia intervencionista;
- i) Internações hospitalares;
- j) Procedimentos para fim de diagnóstico ou terapia que, embora prescindam de internação, demandem o apoio de estrutura hospitalar por mais de 12 (doze) horas, ou serviços como de recuperação pós-anestésica, UTI, CETIN e similares.
- k) Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, ou seja, aqueles que empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país, bem como, aqueles que são considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina – CFM, e, ainda, aqueles cujas indicações não constem da bula/manual registrada na ANVISA (uso *off-label*);
- l) Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, ou seja, aqueles que não visam restauração parcial ou total da função de órgão ou de parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;
- m) Inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;



CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA AMBULATORIAL COLETIVO EMPRESARIAL – PME II

Versão 01.2022

- n) Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- o) Despesas com assistência odontológica de qualquer natureza (diagnóstica, clínica ou cirúrgica), inclusive relacionadas com acidentes;
- p) Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, ou seja, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA;
- q) Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ou seja, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, com exceção dos medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar e dos medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento;
- r) Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico, conforme os seguintes conceitos: prótese como qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido e órtese como qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico os materiais cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico;
- s) Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- t) Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- u) Aplicação de vacinas preventivas e hipossensibilizantes;
- v) Serviços de enfermagem em caráter particular;
- w) Procedimentos não discriminados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para a segmentação ambulatorial;
- x) Aparelhos ortopédicos;
- y) Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência do plano, bem como despesas decorrentes de serviços prestados por médicos não credenciados ao plano contratado, à exceção dos atendimentos de urgência ou de emergência, que poderão ser efetuados por médicos não credenciados e posteriormente reembolsados, nos limites e termos deste Contrato;
- z) Estada de paciente ou acompanhante em hotel, pensão ou similares;
- aa) Avaliação pedagógica;
- bb) Orientações vocacionais;
- cc) Especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- dd) Qualquer tipo de atendimento domiciliar, mesmo em caráter de urgência / emergência;
- ee) Remoção domiciliar;
- ff) Exames para piscina ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- gg) Investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;
- hh) Exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais.

CLÁUSULA QUINTA – DURAÇÃO DO CONTRATO

5.1 O presente Contrato vigorará pelo prazo mínimo previsto nas Características Gerais do Contrato, contados da data estabelecida nas Características Gerais do Contrato, data esta considerada como de aniversário do presente instrumento, não podendo ocorrer nenhum pagamento antes dessa data.

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA AMBULATORIAL COLETIVO EMPRESARIAL – PME II

Versão 01.2022

5.2 Este Contrato tem renovação automática, por prazo indeterminado, a partir do vencimento do prazo inicial de vigência, se quaisquer das partes não se manifestar, contrariamente, no prazo de 60 (sessenta) dias antes do término da vigência, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação.

CLÁUSULA SEXTA – PERÍODOS DE CARÊNCIA

6.1 Entende-se por carência o período de tempo durante o qual o Beneficiário não terá direito às coberturas contratadas. O direito de atendimento ao Beneficiário dos serviços previstos neste instrumento será garantido após cumprimento das carências especificadas nas Características Gerais do Contrato, observando-se o disposto na legislação vigente, especialmente inciso V, art. 12, da Lei nº 9.656/1998.

6.2 O prazo de carência será contado a partir do início de vigência do Contrato. Para os incluídos após a vigência deste instrumento, as carências serão contadas da data do processamento pela CONTRATADA da sua inclusão, nos termos estabelecidos nas Condições de Admissão deste Contrato.

6.3 Nos termos da Resolução Normativa nº 195/09, quando o número de Beneficiários inscritos neste Contrato for igual ou superior a 30 (trinta), não será exigido o cumprimento dos períodos de carência estipulados neste Contrato, desde que o Beneficiário formalize o pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias da data da assinatura deste Contrato ou de sua vinculação à CONTRATANTE.

6.4 A exigência do cumprimento dos períodos de carência voltará a vigorar para as novas adesões se houver redução de Beneficiários para um número inferior a 30 (trinta) Beneficiários.

CLÁUSULA SÉTIMA – DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

7.1 Doenças ou lesões preexistentes são aquelas que o Beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor no momento da adesão ao presente instrumento.

7.2 No momento da adesão ao presente instrumento, o Beneficiário deverá preencher a Declaração de Saúde, no qual manifestará o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes à época da adesão ao presente Contrato, 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 9.656/1998.

7.3 Juntamente com o Formulário de Declaração de Saúde, será entregue a Carta de Orientação ao Beneficiário.

7.4 O Beneficiário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados pela CONTRATADA, sem qualquer ônus para o Beneficiário.

7.5 Caso o Beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da CONTRATADA, poderá fazê-lo, desde que assumo o ônus financeiro dessa entrevista.

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA AMBULATORIAL COLETIVO EMPRESARIAL – PME II

Versão 01.2022

7.6 O objetivo da entrevista qualificada é orientar o Beneficiário para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que o Beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.

7.7 É vedada a alegação de omissão de informação de doença ou lesão preexistente quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no Beneficiário pela CONTRATADA, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.

7.8 Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do Beneficiário, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos e de procedimentos de alta complexidade, a CONTRATADA oferecerá a cobertura parcial temporária.

7.9 A cobertura parcial temporária consiste na suspensão, por um período ininterrupto de 24 (vinte e quatro) meses, da cobertura de procedimentos de alta complexidade e procedimentos cirúrgicos exclusivamente relacionados às doenças ou lesões preexistentes.

7.10 A confirmação da doença ou lesão preexistente se fará com base nos princípios técnicos, normativos e éticos que regem um diagnóstico em medicina, em especial pela existência de antecedentes médicos ou hospitalares, sintomas, sinais ou alterações perceptíveis em seu estado de saúde, ou, ainda, por exames diagnósticos comprobatórios.

7.11 As doenças ou lesões preexistentes poderão ser identificadas pela CONTRATADA por todos os meios de verificação que se aceitem como prova, inclusive prontuários médico-hospitalares, em consultórios, clínicas, laboratórios e hospitais e/ou através de exames médicos de avaliação exigidos pela CONTRATADA para definição dos eventos que terão Cobertura Parcial ou Temporária.

7.12 Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no site www.ans.gov.br, bem como está disponível para consulta e cópia nas dependências da CONTRATADA, fazendo parte integrante deste instrumento.

7.13 Exercendo prerrogativa legal, a CONTRATADA não optará pelo fornecimento do Agravo.

7.14 Identificado indício de fraude por parte do Beneficiário, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a CONTRATADA deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao Beneficiário através de Termo de Comunicação ao Beneficiário e poderá oferecer a opção de cobertura parcial temporária ou solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do Beneficiário à Cobertura Parcial Temporária.

7.14.1 Instaurado o processo administrativo na ANS, à CONTRATADA caberá o ônus da prova.

7.14.2 A CONTRATADA poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do Beneficiário sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão preexistente.

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA AMBULATORIAL COLETIVO EMPRESARIAL – PME II

Versão 01.2022

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

7.14.4 Se solicitado pela ANS, o Beneficiário deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.

7.14.5 Após julgamento, e acolhida a alegação da CONTRATADA, pela ANS, o Beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação da constatação da doença e lesão preexistente, pela CONTRATADA, bem como será excluído do Contrato.

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

7.15 Nos termos da Resolução Normativa nº 195/09, quando o número de Beneficiários inscritos neste Contrato for igual ou superior a 30 (trinta), não vigorará esta Cláusula de Doenças e Lesões Preexistentes para os Beneficiários que formalizarem o pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias da data da assinatura deste Contrato ou de sua vinculação à CONTRATANTE.

7.15.1 Esta Cláusula de Doenças e Lesões Preexistentes voltará a vigorar para novas adesões se houver redução de Beneficiários para um número inferior a 30 (trinta).

CLÁUSULA OITAVA – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

8.1 Considera-se atendimento de urgência o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo da gestação.

8.2 Considera-se atendimento de emergência o evento que implica em risco imediato de morte ou de lesão irreparável para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

8.3 Será garantida a cobertura nas urgências e emergências por no máximo 12 (doze) horas de atendimento ou até que haja necessidade de internação.

8.4 Haverá remoção para 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.

8.5 Também haverá remoção para unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, quando ultrapassadas as primeiras 12 (doze) horas ou caracterizada a necessidade de internação.

8.5.1 Na remoção para uma unidade do SUS, serão observadas as seguintes regras:



CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA AMBULATORIAL COLETIVO EMPRESARIAL – PME II

Versão 01.2022

- a) quando não possa haver remoção por risco de morte, o Beneficiário e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a CONTRATADA, desse ônus;
- b) caberá à CONTRATADA 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;
- c) na remoção, 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;
- d) quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida na alínea "b", a CONTRATADA estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

8.6 A CONTRATADA assegurará o reembolso, no limite das obrigações deste Contrato, das despesas efetuadas pelo Beneficiário com assistência à saúde, dentro da área geográfica de abrangência e atuação do plano, nos casos exclusivos de urgência ou de emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios ou credenciados pela CONTRATADA.

8.6.1 O Beneficiário deverá apresentar a documentação adequada no prazo máximo de 12 (doze) meses contados da data do evento, sob pena de perder o direito ao reembolso.

8.6.2 O pagamento do reembolso será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Reembolso da CONTRATADA (que equivale à relação de serviços médicos e hospitalares praticados pela CONTRATADA junto à rede de prestadores do respectivo plano), descontados eventuais valores de coparticipação, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da apresentação dos seguintes documentos originais:

- a) Via original do documento comprobatório do pagamento das despesas ao profissional e/ou instituição não credenciada pela CONTRATADA (Recibos e/ou Notas Fiscais);
- b) Relatório do médico assistente, declarando o nome do paciente, código de identificação, o tratamento efetuado, data do atendimento, sua justificativa para o tratamento realizado, especificando, ainda, a razão da urgência e emergência;
- c) Comparecimento, após o atendimento, na auditoria clínica em local estabelecido pela CONTRATADA.

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

CLÁUSULA NONA – MECANISMOS DE REGULAÇÃO

9.1 Somente terão direito aos serviços ora contratados os Beneficiários regularmente inscritos.

9.2 O Guia de Rede, contendo a relação de prestadores de serviços assistenciais à saúde próprios e credenciados pela CONTRATADA, é constantemente atualizado no portal da CONTRATADA na Internet (<https://www.quallityprosaude.com.br/>) e fica permanentemente à disposição do CONTRATANTE e/ou BENEFICIÁRIO,

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA AMBULATORIAL COLETIVO EMPRESARIAL – PME II

Versão 01.2022

tanto para consulta como para impressão. Fica ainda o Guia de Rede, à disposição do CONTRATANTE e/ou BENEFICIÁRIO, no horário comercial, em nosso SAC – Serviço de Atendimento ao Cliente.

9.3 Todas as informações sobre substituições de prestadores e alterações na rede estarão disponíveis no portal da CONTRATADA na Internet, na forma e prazos estabelecidos pela regulamentação.

9.4 Informações sobre a rede de prestadores podem também ser obtidas via telefone (61) 3044-4401 no *Call Center* (Central de Atendimento) próprio da CONTRATADA, que funciona 24 (vinte e quatro) horas por dia todos os dias do ano.

9.5 ATENÇÃO: cada plano da CONTRATADA possui um tipo de Guia de Rede, devendo o Beneficiário verificar os locais de atendimento no Guia vinculado ao seu plano e relacionado à abrangência geográfica definida neste Instrumento.

9.6 A CONTRATADA reserva-se o direito de alterar a rede de prestadores de serviços, obedecido aos trâmites legais existentes, principalmente no que se refere à mudança de entidade hospitalar, conforme art. 17 da Lei nº 9.656/1998.

9.7 É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outro equivalente e mediante comunicação ao Beneficiário e à ANS com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias em vigor.

9.8 No caso de redução de entidade hospitalar, é necessária autorização prévia da ANS.

9.9 A CONTRATADA assegurará aos Beneficiários os serviços médicos, ambulatoriais, auxiliares de diagnóstico e terapia, obedecidas as determinações deste Contrato, conforme especificado a seguir:

- a) consultas: os Beneficiários serão atendidos no consultório médico escolhido, dentre os médicos credenciados, ressalvados os casos de urgência ou de emergência;
- b) consultas/sessões com nutricionista, psicólogo, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e fisioterapeuta: os beneficiários deverão dirigir-se à CONTRATADA, com o pedido do médico assistente, para autorização prévia, quando os Beneficiários serão atendidos no consultório ou na clínica do profissional indicado pela CONTRATADA, dentre os profissionais credenciados, ressalvados os casos de urgência ou de emergência;
- c) atendimentos clínicos, cirúrgicos ambulatoriais, demais terapias e procedimentos ambulatoriais: os beneficiários deverão dirigir-se à CONTRATADA, com o pedido do médico assistente, para autorização prévia, quando os Beneficiários serão atendidos nos consultórios, clínicas, serviços ou hospitais credenciados pela CONTRATADA, conforme profissional e local indicados na autorização prévia, ressalvados os casos de urgência ou de emergência;
- d) exames complementares e serviços auxiliares de diagnóstico e terapia: os beneficiários deverão dirigir-se à CONTRATADA, com o pedido do médico assistente, para autorização prévia, quando os Beneficiários serão atendidos através da rede própria e credenciada, CONTRATADA, conforme local indicado na autorização prévia, ressalvados os casos de urgência ou de emergência.

9.10 É facultado à CONTRATADA direcionar a realização de consultas, exames e demais procedimentos a prestadores específicos, respeitando os prazos máximos de garantia de atendimento contemplados na regulamentação da ANS, independente de possuir ou não outros prestadores credenciados disponíveis em sua rede.

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA AMBULATORIAL COLETIVO EMPRESARIAL – PME II

Versão 01.2022

9.11 Deverá ser requerida à CONTRATADA a emissão de autorização prévia para realização dos atendimentos garantidos por este Contrato, à exceção de consultas e atendimentos de urgência ou emergência, em que o Beneficiário poderá dirigir-se diretamente ao prestador constante do Guia de Rede.

9.11.1 Não se confunde com autorização prévia a identificação pessoal do Beneficiário promovida pelo prestador no momento do atendimento, seja por meio eletrônico (como biometria) e/ou físico (por meio de assinatura), que será realizada em qualquer caso de atendimento.

9.11.2 A autorização prévia deverá ser obtida nos postos de autorização da CONTRATADA.

9.11.3 Para autorização de cada procedimento coberto a CONTRATADA exigirá a apresentação de documentação específica. A relação dos documentos exigidos pela CONTRATADA para autorização de cada procedimento pode ser obtida em suas centrais de atendimento.

9.12 A cobertura dos procedimentos ambulatoriais somente será garantida quando apresentada toda a documentação exigida.

9.13 Por ocasião da concessão de autorização prévia, a CONTRATADA garantirá, ao Beneficiário, atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de 01 (um) dia útil, a partir do momento de sua solicitação.

9.14 É facultado a CONTRATADA requisitar ao Beneficiário ou ao médico assistente documentações, informações adicionais e/ou perícia médica / 2ª opinião médica, ficando o beneficiário obrigado a apresentar as informações solicitadas e a comparecer na perícia / 2ª opinião da CONTRATADA.

9.15 Em caso de divergência médica na concessão da autorização prévia, a CONTRATADA deverá contatar o profissional requisitante informando da instauração da junta médica e indicando os nomes para escolha do médico desempatador. Nos termos da regulamentação, o profissional requisitante deverá responder a indicação da CONTRATADA no prazo de 48 (quarenta e oito) horas. Na ausência de resposta no prazo, considera-se aceito o médico desempatador indicado/escolhido pela CONTRATADA.

9.16 Nos casos de urgência ou emergência, o Beneficiário, ou quem por ele responda, terá o prazo de 02 (dois) dias úteis contados da data da realização do atendimento para providenciar os documentos que deveriam ser apresentados para a autorização prévia mencionados, sob pena da CONTRATADA não se responsabilizar por quaisquer despesas.

9.17 A CONTRATADA não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelos Beneficiários com o prestador do atendimento, correndo tais despesas por conta exclusiva do Beneficiário.

9.18 Embora a cobertura contratual esteja restrita aos serviços realizados por profissionais credenciados pela CONTRATADA, constantes no Guia Rede, ressalvada a hipótese de reembolso para os casos de urgência e emergência, é admitido que os serviços possam ser solicitados por profissionais legalmente habilitados não credenciados. Nesse caso, deve o Beneficiário dirigir-se à sede da CONTRATADA para transcrição do pedido para a guia padronizada, denominada TISS, e indicação do profissional credenciado a realizar os procedimentos solicitados.

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA
AMBULATORIAL COLETIVO EMPRESARIAL – PME II**

Versão 01.2022

CLÁUSULA DÉCIMA – FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

10.1 O Plano contratado será custeado em regime de preço "pré-estabelecido", nos termos da Resolução Normativa nº 85/04 da ANS (Anexo II, item 11, número 1) e alterações posteriores.

10.2 Em virtude dos serviços previstos neste instrumento, a CONTRATANTE deverá pagar à CONTRATADA, uma contraprestação pecuniária mensal (mensalidade) para cada Beneficiário inscrito, definidas em função do número de Beneficiários inscritos e das faixas etárias em que se enquadrarem (ou do valor estabelecido nas Características Gerais do Contrato, caso seja fixado preço único).

10.3 Para cobrança do valor de mensalidade, a CONTRATADA enviará, ao CONTRATANTE, fatura de cobrança, que deverá ser quitada até o dia do mês estabelecido nas Características Gerais do Contrato, sendo essa a respectiva data de vencimento da obrigação, facultando-se à CONTRATADA, quando julgar conveniente, emitir e sacar duplicata referente aos serviços contratados.

10.4 Quando a data de vencimento cair em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser realizado até o primeiro dia útil subsequente, sendo reconhecido como comprovante de pagamento qualquer documento determinado pela CONTRATADA.

10.5 As faturas emitidas pela CONTRATADA terão por base o número de Beneficiários informado pelo CONTRATANTE. Na falta de comunicação, em tempo oportuno, de inclusão ou de exclusão de Beneficiários, a fatura se baseará nos dados disponíveis no período, realizando-se os acertos nas faturas subsequentes.

10.6 A CONTRATADA poderá adotar modalidade diversa de cobrança, conforme melhor lhe aprouver, mediante comunicação prévia.

10.7 No caso do aposentado e do empregado demitido, que optarem pela manutenção do Plano, nos termos deste Contrato, será remetido boleto único de cobrança ao Titular, com o vencimento no mesmo dia para a quitação das faturas, conforme previsto nesta Cláusula, contendo os valores de sua responsabilidade.

10.8 Se a CONTRATANTE, bem como o aposentado e o empregado demitido, não receberem documento que os possibilitem realizar o pagamento de sua obrigação, em até 05 (cinco) dias antes da data do vencimento, deverão requerer segunda via junto à CONTRATADA, que enviará nova cobrança.

10.9 A perda, extravio ou não recebimento do instrumento de cobrança não desobriga a CONTRATANTE, bem como o aposentado e o demitido de efetuarem o seu pagamento no prazo de vencimento mensal.

10.10 O recebimento pela CONTRATADA de parcelas em atraso constituirá mera tolerância, não implicando novação contratual ou transação.

10.11 O pagamento antecipado das mensalidades não elimina nem reduz os períodos de carência deste Contrato.

Versão 01.2022

10.12 O pagamento dos valores devidos à CONTRATADA referente a um determinado mês não significa estarem pagos ou quitados débitos anteriores.

10.13 No ato da assinatura deste Contrato, a CONTRATANTE pagará à CONTRATADA uma taxa de implantação, no valor estabelecido nas Características Gerais do Contrato por Beneficiário inscrito. A taxa de implantação também será cobrada das novas adesões.

10.14 Ocorrendo impontualidade no pagamento de qualquer valor de responsabilidade da CONTRATANTE, bem como do aposentado e o empregado demitido, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculados dia a dia, e multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado, sem prejuízo da eventual cobrança judicial de indenização por perdas e danos, conforme o caso.

10.15 A CONTRATADA se reserva o direito de cobrar os débitos não quitados por todos os meios legais cabíveis, inclusive promovendo a respectiva cobrança por meio de instituições financeiras e inscrição em órgãos de proteção ao crédito.

10.16 Do pagamento do Beneficiário

10.16.1 Salvo quanto aos Beneficiários aposentados e demitidos, a CONTRATANTE é responsável pelo pagamento diretamente à CONTRATADA, o que não exime o Beneficiário de arcar com as parcelas de sua responsabilidade perante a CONTRATANTE.

10.16.2 Em atenção ao disposto no §1º do artigo 15 da RN nº 279, de 2011, para a determinação do custo do Beneficiário foi adotado o critério estabelecido nas Características Gerais do Contrato.

10.16.3 A CONTRATANTE e o Beneficiário deverão acordar a data de pagamento de suas contribuições, sendo que o atraso no pagamento ensejará o direito da CONTRATANTE solicitar à CONTRATADA a suspensão de cobertura e/ou exclusão do Beneficiário inadimplente e dos dependentes a ele vinculado.

10.16.4 Ocorrendo impontualidade no pagamento dos valores devidos pelo Beneficiário à CONTRATANTE, ensejará o direito desta de exigir, juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculados dia a dia, e multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado, sem prejuízo da eventual cobrança judicial de indenização por perdas e danos, conforme o caso.

10.16.5 Após a quitação do débito do Beneficiário excluído por inadimplência, poderá a CONTRATANTE solicitar a sua reinclusão. Caso a nova admissão ocorra em prazo superior a 30 (trinta) dias de sua exclusão, deverá cumprir novos prazos de carência, nos termos estabelecidos neste Contrato.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – REAJUSTE

11.1 O reajuste a incidir sobre o valor da mensalidade será anual, tendo como data-base de aniversário o mês de início de vigência contratual, indicado nas Características Gerais do Contrato.

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA
AMBULATORIAL COLETIVO EMPRESARIAL – PME II**

Versão 01.2022

11.2 Caso nova legislação venha a autorizar o reajustamento em período inferior a 12 (doze) meses, essa terá aplicação imediata sobre este Contrato.

11.3 A aplicação dos reajustes será comunicada à ANS.

11.4 As demais obrigações financeiras previstas neste instrumento (tais como taxa de implantação e segunda via do Cartão Individual de Identificação), serão reajustadas no mesmo momento da mensalidade, através de livre negociação entre as partes. Na falta de acordo entre as partes, serão reajustadas utilizando-se o mesmo índice de reajuste da mensalidade.

11.5 Independente da data de adesão do Beneficiário, os valores de suas contribuições terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência deste Contrato, entendendo esta como data base única.

11.6 Além da modalidade de reajuste prevista nesta cláusula, devem-se observar as regras de reajuste por faixa etária previstas neste instrumento, que ocorrem no mês subsequente ao aniversário do Beneficiário, exceto se a mensalidade for fixada em preço único.

11.7 Conforme o número de beneficiários vinculados ao presente Contrato, o reajuste a ser aplicado levará em consideração as utilizações decorrentes da carteira de beneficiários vinculada a este instrumento ou o agrupamento de todos os contratos de planos de saúde coletivos empresariais e coletivos por adesão vinculados a esta operadora com menos de 30 (trinta) beneficiários, hipótese que poderá ser desmembrado em sub-agrupamentos, observada a legislação a esse respeito.

11.8 A primeira data a ser considerada para a apuração da quantidade de beneficiários será a de assinatura deste instrumento e as datas seguintes considerarão o número de beneficiários apurado no mês de seu aniversário.

11.9 No mês de março de cada ano, a CONTRATADA identificará os contratos de planos coletivos em vigor que deverão ser agrupados para efeito de reajuste, considerando o número de beneficiários vinculados a cada contrato em sua última data de aniversário, ainda que esse número se altere posteriormente.

11.10 Do índice de reajuste para contratos agrupados

11.10.1 A mensalidade será reajustada de acordo com o índice de reajuste estabelecido para cada sub-agrupamento de planos adotado pela CONTRATADA, divulgado em seu *site*, que será no máximo o percentual obtido através da seguinte fórmula:

$$\text{Reajuste} = (1 + \text{Máximo}(0; \text{RT})) \times (1 + \text{RF}) - 1$$

Onde:

RF (Reajuste Financeiro): corresponderá à variação positiva do IPCA – Índice de Preço ao Consumidor Amplo, divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, acumulada no período de abril do exercício antecedente a março do exercício da divulgação do índice de reajuste.



Versão 01.2022

RT (Reajuste Técnico): determinado em função da sinistralidade dos contratos sub-agrupados, apurado de acordo com a seguinte expressão:

$$RT = S/Sm - 1$$

Onde:

S = sinistralidade (relação entre as despesas assistenciais e as receitas de contribuição dos contratos sub-agrupados), apurada no mesmo período considerado para determinação do RF.

Sm = meta de sinistralidade de 65% (sessenta e cinco por cento).

11.10.2 Os percentuais de reajuste definidos, que será o percentual máximo obtido conforme fórmula acima, serão divulgados no site da CONTRATADA até o 1º (primeiro) dia útil do mês de maio de cada ano, podendo ser aplicados a partir da data de aniversário de cada contrato (aniversário ocorrido entre maio da divulgação do índice e abril do ano seguinte).

11.10.3 Excepcionalmente, poderá a administração da CONTRATADA optar por percentual de reajuste menor que o obtido através da fórmula acima, em face de circunstâncias administrativas, comerciais e análise de viabilidade. Nesse caso, o percentual definido pela CONTRATADA é que será divulgado no seu portal na internet e servirá para aplicação em todos os contratos do respectivo sub-agrupamento.

11.10.4 Na falta do índice que compõe o reajuste, deverá ser considerado o índice oficial que vier a substituí-lo.

11.11 Do índice de reajuste para contratos não agrupados

11.11.1 A mensalidade será reajustada de acordo com o índice de reajuste obtido através da seguinte fórmula:

$$\text{Reajuste} = (1 + \text{Máximo}(0; RT)) \times (1 + RF) - 1$$

Onde:

RF (Reajuste Financeiro): corresponderá à variação positiva do índice previsto nas Características Gerais do Contrato, acumulada nos últimos 12 (doze) meses, e com retroatividade estabelecida nas Características Gerais do Contrato em relação ao aniversário deste Contrato, sendo que na falta deste, o reajuste se dará através de outro índice oficial que vier a substituí-lo.

RT (Reajuste Técnico): determinado em função da sinistralidade deste Contrato, apurado de acordo com a seguinte expressão:

$$RT = S/Sm - 1$$

Onde:

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA
AMBULATORIAL COLETIVO EMPRESARIAL – PME II**

Versão 01.2022

S = sinistralidade (relação entre as despesas assistenciais e as receitas de contribuição deste Contrato), apurada no mesmo período considerado para determinação do RF.

Sm = meta de sinistralidade estabelecida nas Características Gerais do Contrato.

11.11.2 Excepcionalmente, poderá a administração da CONTRATADA, optar por percentual de reajuste menor que o obtido através da fórmula acima, em face de negociação com a CONTRATANTE.

11.11.3 As partes poderão, de comum acordo e após a apuração dos índices e valores obtidos através dos cálculos expostos na fórmula supracitada, optar por um aporte financeiro suficiente para saldar os valores das despesas atribuíveis à sinistralidade apurada no período.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – FAIXAS ETÁRIAS

12.1 A contraprestação pecuniária de responsabilidade da CONTRATANTE não é variável conforme a faixa etária dos Beneficiários, sendo fixada em preço único, por Beneficiário inscrito.

12.2 Para fixação do preço único, foram observados os critérios já estabelecidos neste instrumento em referência a tabela de custo por faixa etária prevista nas Características Gerais do Contrato para este Plano.

12.3 Para os Beneficiários ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados mantidos neste plano, nos termos previstos neste instrumento, será observado uma das seguintes alternativas a ser expressamente prevista na Proposta de Adesão da CONTRATANTE:

- a) O mesmo preço único estabelecido para os demais Beneficiários Titulares ativos.
- b) Os valores de mensalidade a serem assumidos por esses beneficiários, serão os previstos na tabela de custo por faixa etária, estabelecida neste instrumento.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS**13.1 DO DEMITIDO**

13.1.1 A CONTRATANTE assegura ao Beneficiário Titular que contribuir para o plano contratado, decorrente de seu vínculo empregatício ou estatutário, no caso de rescisão ou exoneração do Contrato de trabalho, sem justa causa, o direito de manter sua condição de Beneficiário nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do Contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral das contraprestações pecuniárias (artigo 30 da Lei nº 9.656/1998).

13.1.1.1 O exonerado ou demitido deve optar pela manutenção do benefício no prazo máximo de 30 (trinta) dias, em resposta à comunicação da CONTRATANTE sobre a opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, formalizada no ato da comunicação do aviso prévio, a ser cumprido ou indenizado.

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA AMBULATORIAL COLETIVO EMPRESARIAL – PME II

Versão 01.2022

13.1.1.2 O período de manutenção da condição de Beneficiário será de um terço do tempo de contribuição ao plano, ou sucessor, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses.

13.2 DO APOSENTADO

13.2.1 A CONTRATANTE assegura ao Beneficiário Titular que se aposentar e que tiver contribuído para o plano contratado, decorrente de vínculo empregatício ou estatutário, pelo prazo mínimo de dez anos, o direito de manutenção como Beneficiário nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do Contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral das contraprestações pecuniárias (artigo 31 da Lei nº 9.656/1998).

13.2.1.1 O aposentado deve optar pela manutenção do benefício no prazo máximo de 30 (trinta) dias, em resposta à comunicação da CONTRATANTE sobre a opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, formalizada no ato da comunicação da aposentadoria.

13.2.1.2 Na hipótese de contribuição pelo então empregado, por período inferior a dez anos, é assegurado o direito de manutenção como Beneficiário, à razão de um ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral do plano.

13.2.1.3 Na hipótese do empregado que se aposentar continuar trabalhando na CONTRATANTE, quando vier a se desligar dessa, é garantido o direito de manter-se como beneficiário na condição de aposentado.

13.2.1.4 Em caso de óbito do empregado aposentado, que continuou trabalhando na CONTRATANTE, antes do exercício do direito previsto nesta Cláusula, é garantida a permanência no plano dos dependentes inscritos, pelo prazo a que teria direito o empregado aposentado, desde que assumam as responsabilidades financeiras.

13.3 DAS DISPOSIÇÕES COMUNS

13.3.1 O PLANO tratado neste Contrato destina-se a categoria de Beneficiários ativos e ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados, pelo que o direito previsto nesta Cláusula garantirá a manutenção do ex-empregado neste mesmo PLANO.

13.3.2 O direito garantido nesta cláusula será assegurado ainda que o Beneficiário não esteja contribuindo para o PLANO no momento da demissão, exoneração sem justa causa ou aposentadoria, desde que esteja inscrito no plano no momento da perda do vínculo e tenha contribuído para o PLANO em algum momento anterior. Nesse caso, o direito será assegurado na proporção do período ou da soma dos períodos de sua efetiva contribuição para o PLANO.

13.3.3 A manutenção da condição de beneficiário prevista nesta Cláusula, poderá ser exercida individualmente pelo titular ou estendida também a seu grupo familiar inscrito quando da vigência do contrato de trabalho, a critério do próprio titular.

13.3.3.1 O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado poderá incluir novo cônjuge e filhos no período de manutenção da condição de beneficiário.

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA AMBULATORIAL COLETIVO EMPRESARIAL – PME II

Versão 01.2022

13.3.4 Em caso de óbito do demitido ou aposentado em exercício do direito de manutenção, é garantida a permanência no plano dos dependentes inscritos, pelo prazo restante a que teria direito o demitido ou o aposentado, desde que assumam as responsabilidades financeiras.

13.3.5 As garantias previstas nesta cláusula não excluem vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

13.3.6 A admissão do beneficiário em novo emprego é causa de extinção do direito de manutenção previsto nesta cláusula, cabendo ao demitido ou aposentado comunicar esse fato imediatamente à operadora ou à contratante, para a promoção de sua exclusão e de seu grupo familiar vinculado, sob pena de fraude.

13.3.6.1 Também são causas de extinção do direito de manutenção previsto nesta cláusula:

- a) O decurso dos prazos de manutenção previstos nesta cláusula;
- b) O cancelamento pelo empregador do benefício do plano concedido aos seus empregados ativos e ex-empregados demitidos sem justa causa ou aposentados.

13.3.7 É assegurado ao Beneficiário Titular e seus dependentes, em caso de demissão, exoneração ou aposentadoria, tendo ou não contribuído financeiramente para o plano de origem, ou quando do término do período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998, o direito de exercer a portabilidade de carências, nos termos previstos na regulamentação vigente.

13.3.7.1 Além da portabilidade mencionada neste item, deve-se observar ainda as demais possibilidades de portabilidade contempladas na legislação de saúde suplementar em vigor.

13.3.8 O titular que não contribuir para o plano, durante o período que mantiver o vínculo empregatício ou estatutário, não terá direito à permanência de que trata essa cláusula, após a perda do vínculo empregatício.

13.3.8.1 Nos planos coletivos custeados integralmente pela CONTRATANTE, não é considerada contribuição a coparticipação do Beneficiário, única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica e/ou hospitalar.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

14.1 Caberá à CONTRATANTE solicitar a suspensão da cobertura ou a exclusão de Beneficiários, inclusive nas seguintes situações:

- a) solicitação de exclusão feita pelo próprio beneficiário;
- b) perda da qualidade de Titular, ressalvado o direito de manutenção no plano previsto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998;
- c) perda da qualidade de Dependente, no caso do Beneficiário deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição previstas neste instrumento ou quando deixar de entregar os documentos comprobatórios exigidos para sua manutenção como Dependente;



CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA AMBULATORIAL COLETIVO EMPRESARIAL – PME II

Versão 01.2022

- d) inadimplência do Beneficiário, ressalvados os casos de demitidos e aposentados, quando a exclusão por inadimplência caberá à CONTRATADA;
- e) situações decorrentes das políticas internas da CONTRATANTE.

14.1.1 Na hipótese da alínea "a" deste item, é garantido ao beneficiário o direito de solicitar sua exclusão diretamente junto a CONTRATADA, observada a forma e requisitos previstos na regulamentação em vigor.

14.2 Para proceder com a solicitação de exclusão de um Beneficiário Titular do PLANO tratado neste instrumento, a CONTRATANTE deverá obrigatória e expressamente informar à CONTRATADA:

- a) se o Beneficiário foi excluído por demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria;
- b) se o Beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa se enquadra no disposto no artigo 22 da RN279/11, ou seja, se é o caso de empregado aposentado que continuou trabalhando na CONTRATANTE após a aposentadoria;
- c) se o Beneficiário contribuía para o pagamento do PLANO tratado neste instrumento;
- d) por quanto tempo o Beneficiário contribuiu para o pagamento do PLANO tratado neste instrumento; e
- e) se o ex-empregado optou pela sua manutenção como Beneficiário ou se recusou a manter esta condição.

14.3 Nos termos da regulamentação, somente serão admitidas as solicitações de exclusão dos Beneficiários Titulares deste PLANO, mediante comprovação inequívoca de que o Beneficiário Titular foi comunicado do direito de manutenção previsto nos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998, bem como mediante a disponibilização das informações previstas no item anterior (quando aplicável).

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

- a) em caso de fraude ao Plano ou dolo, sendo que, em caso de fraude relacionada à doença ou lesão preexistente será instaurado processo administrativo junto à ANS, para apuração da fraude, nos termos da legislação vigente;
- b) perda da qualidade de Titular, ressalvado o direito de manutenção no plano previsto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998;
- c) perda da qualidade de Dependente, no caso do Beneficiário deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição previstas neste instrumento ou quando deixar de entregar os documentos comprobatórios exigidos para sua manutenção como Dependente;
- d) quando o beneficiário solicitar sua exclusão diretamente junto a CONTRATADA, nos termos da regulamentação.

14.5 O Beneficiário demitido/exonerado sem justa causa ou aposentado, mantido no Plano na forma e prazo previstos neste Contrato, poderá ser suspenso ou excluído do Plano, em caso de inadimplência por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do Contrato, após notificação prévia ao Beneficiário Titular, que se dará até o 50º (quinquagésimo) dia de inadimplência, sem prejuízo do direito de se requerer judicialmente a quitação do débito com suas consequências moratórias.

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA
AMBULATORIAL COLETIVO EMPRESARIAL – PME II**

Versão 01.2022

14.6 Após o 60º (sexagésimo) dia de inadimplência, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do Contrato, a CONTRATADA poderá notificar o Beneficiário mantido no Plano, a qualquer tempo, desde que obedeça a um intervalo de 10 (dez) dias entre a data da notificação e a data da rescisão.

14.7 A exclusão do Beneficiário Titular implicará na automática exclusão de todos os seus Dependentes, exceto nos casos expressamente previstos neste Instrumento.

14.8 O cancelamento da inscrição, nos termos tratados neste Contrato, não exime o Beneficiário de quitar eventuais débitos com o PLANO, vencidos e vincendos, incluídos os valores de contribuição mensal e de eventual coparticipação.

14.9 Em nenhuma hipótese haverá restituição do valor pago pela CONTRATANTE para o Beneficiário fazer jus às coberturas definidas neste instrumento.

14.10 A CONTRATADA reserva-se ao direito de cobrar da CONTRATANTE, pelos meios legais cabíveis, eventuais despesas decorrentes de atendimento prestado ao Beneficiário Titular e a seus Dependentes, após a exclusão do Beneficiário do Contrato, restando-se cessadas as responsabilidades da CONTRATADA.

14.11 É responsabilidade da CONTRATANTE comunicar, com antecedência, ao beneficiário inscrito no plano a sua exclusão.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – RESCISÃO/SUSPENSÃO

15.1 Sem prejuízo das penalidades previstas em lei, além das infrações especificamente previstas nesta avença, o presente Contrato poderá ser rescindido, de acordo com o disposto na Lei nº 9.656/1998, sem que caiba direito a qualquer indenização à CONTRATANTE, a qualquer tempo, independente de notificação prévia, nas hipóteses seguintes:

- a) Inadimplência da CONTRATANTE, por período superior a 30 (trinta) dias, independente de notificação, sem prejuízo do direito da CONTRATADA de requerer judicialmente a quitação do débito, com suas consequências moratórias;
- b) Fraude comprovada e/ou dolo da CONTRATANTE;
- c) Descumprimento da CONTRATANTE às cláusulas e condições deste Contrato;
- d) Perda da personalidade jurídica do CONTRATANTE, baixa ou inaptação de seu CNPJ (ou equivalente);
- e) Falência, insolvência civil ou qualquer outra forma de liquidação judicial ou extrajudicial da CONTRATANTE;
- f) Se não for mantido o número mínimo de Beneficiários estabelecido para manutenção deste contrato, conforme prevê a Cláusula Condições de Admissão, ressalvado o disposto no parágrafo abaixo.

15.2 Na hipótese de redução do número de Beneficiários ficar abaixo do limite estabelecido na cláusula Condições de Admissão, a CONTRATADA poderá, a seu critério, manter vigência temporária adicional, para que seja reconstituído o mínimo contratualmente estabelecido. Caberá à CONTRATANTE pagar o equivalente à média per capita das mensalidades, multiplicada pelo número de Beneficiários faltantes.

15.3 Independente do direito de rescindir o Contrato após 30 (trinta) dias de inadimplência, a CONTRATADA poderá ainda suspender os atendimentos após 05 (cinco) dias sucessivos de falta de pagamento.

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA AMBULATORIAL COLETIVO EMPRESARIAL – PME II

Versão 01.2022

15.4 Após o término do prazo mínimo de vigência contratual, é facultado a qualquer das partes denunciarem o Contrato, mediante comunicação escrita e protocolada, dirigida à outra parte, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

15.5 Caso a CONTRATANTE manifeste intenção de rescindir o presente Contrato, antes do término do prazo mínimo de vigência contratual, fica obrigado ao pagamento, a título de multa pecuniária, do valor correspondente ao especificado nas Características Gerais do Contrato, ressalvado o direito da CONTRATADA de exigir complemento do valor caso o prejuízo suportado seja superior ao montante da multa acima especificada, na forma do Código Civil vigente.

15.6 Em nenhuma hipótese haverá restituição do valor pago pela CONTRATANTE para o Beneficiário fazer jus às coberturas definidas neste instrumento.

15.7 Não será admitida a inclusão ou exclusão de Beneficiários durante o prazo de aviso prévio descrito neste Contrato.

15.8 A CONTRATADA reserva-se ao direito de cobrar da CONTRATANTE, pelos meios legais cabíveis, eventuais despesas decorrentes de atendimento prestado ao Beneficiário Titular e a seus Dependentes, após a rescisão do Contrato, restando-se cessadas as responsabilidades da CONTRATADA.

15.9 É responsabilidade da CONTRATANTE comunicar, com antecedência, aos beneficiários inscritos no plano a rescisão deste contrato.

15.10 A Rescisão do contrato, nos termos tratados neste instrumento, não exime a CONTRATANTE de quitar eventuais débitos com o PLANO, vencidos e vincendos, incluídos os valores de contribuição mensal e de eventual coparticipação.

15.11 Nos termos da Resolução nº 19/1999, do Consu, no caso de cancelamento do benefício assegurado neste contrato pela CONTRATANTE, é assegurado ao beneficiário inscrever-se em plano individual/familiar oferecido pela CONTRATADA, sem necessidade de cumprimento de novos prazos de carência, desde que a CONTRATADA possua plano individual/familiar à época, observando-se que:

- a) Considera-se, na contagem de prazos de carência para essas modalidades de planos, o período de permanência do Beneficiário no plano coletivo cancelado;
- b) Deverá o Beneficiário solicitar à CONTRATADA a lista de planos de saúde individuais/familiares disponíveis e a respectiva tabela de preços para fazer jus ao disposto neste item;
- c) Os Beneficiários deverão fazer opção pelo produto individual/familiar no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o cancelamento do benefício;
- d) É responsabilidade do empregador informar ao empregado sobre o cancelamento do benefício, em tempo hábil ao cumprimento do prazo de opção de que trata o item antecedente.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA– DO SIGILO E DAS MEDIDAS ANTICORRUPÇÃO

16.1 As PARTES reconhecem que, no exercício de suas atribuições estabelecidas neste Contrato, poderão ter acesso, voluntária ou involuntariamente, a informações exclusivas ou confidenciais, de seus clientes ou de terceiros. Por esta

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA AMBULATORIAL COLETIVO EMPRESARIAL – PME II

Versão 01.2022

razão, comprometem-se a manter total sigilo e confidencialidade em relação a todos os termos e condições deste Contrato, bem como em relação a todos e quaisquer dados, correspondências, documentos e informações a que venham a ter acesso, seja de forma oral ou escrita, durante a vigência deste instrumento. Não devem, a qualquer título ou por qualquer motivo, revelar, manter em sua posse, transferir ou de outra forma dispor dessas informações exceto com a prévia e expressa autorização, por escrito, da parte contrária ou das pessoas diretamente envolvidas.

16.2 Se, em função de uma ordem judicial, qualquer das PARTES for solicitada a revelar tais informações, deverão informar uma a outra e tomarem todas as medidas legais cabíveis, às suas expensas, para evitar a revelação dessas informações. Mas, se isso não for possível, devem revelar somente a parte da informação que for estritamente necessária para cumprir a ordem judicial.

16.3 As obrigações previstas nesta Cláusula deverão permanecer em vigor pelo prazo de 05 (cinco) anos após o término ou rescisão deste Contrato.

16.5 As partes se comprometem a não oferecer, dar ou aceitar, direta ou indiretamente, pagamento, presente ou vantagens indevidas por meio de seus funcionários, administradores, diretores, representantes ou subcontratados nos negócios privados ou nas relações com o poder público, no que tange a quaisquer questões relativas ao objeto do presente Contrato, que:

- a) violem a legislação vigente aplicável à matéria, a qual estão sujeitas as partes, em especial o Código Penal Brasileiro (Decreto-Lei nº 2.848/40);
- b) possuam, como finalidade, influenciar ou recompensar qualquer pessoa por agir em desacordo com o princípio da boa-fé, imparcialidade, verdade real ou que seja imprópria a aceitação por parte do destinatário;
- c) forem destinados a agente público com a intenção de influenciá-lo a dar ou manter vantagem indevida na condução dos negócios;
- d) forem considerados ilegais, impróprios ou antiéticos por pessoa média, pautada na razoabilidade e proporcionalidade.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – DA PROTEÇÃO E PRIVACIDADE DOS DADOS PESSOAIS

17.1 As Partes declaram ter pleno conhecimento dos dispositivos legais e princípios estabelecidos na Lei 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados) e se obrigam a cumpri-los. Comprometem-se a adotar todas as medidas técnicas e administrativas de segurança dispostas na legislação específica aplicável, para garantir a integridade, privacidade e proteção dos dados que lhes forem confiados em razão da natureza dos serviços prestados, sejam relativos a beneficiários, funcionários, prepostos ou representantes legais.

17.2 Para fins do disposto neste instrumento, deverão ser considerados os seguintes conceitos:

- a) Dado pessoal - informação relacionada a pessoa natural identificada ou identificável;
- a) Dado pessoal sensível - toda informação de origem racial ou étnica, convicção religiosa, opinião política, filiação a sindicato ou a organização de caráter religioso, filosófico ou político, dado referente a saúde ou à vida sexual, dado genético ou biométrico, quando vinculado a uma pessoa natural;

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA AMBULATORIAL COLETIVO EMPRESARIAL – PME II

Versão 01.2022

- b) Tratamento - toda operação realizada com dados pessoais, como as que se referem a coleta, produção, recepção, classificação, utilização, acesso, reprodução, transmissão, distribuição, processamento, arquivamento, armazenamento, eliminação, avaliação ou controle da informação, modificação, comunicação, transferência, difusão ou extração;
- c) Anonimização - utilização de meios técnicos razoáveis e disponíveis no momento do tratamento, por meio dos quais um dado perde a possibilidade de associação, direta ou indireta, a um indivíduo;
- d) Controlador - pessoal natural ou jurídica, de direito público ou privado, a quem competem as decisões referentes ao tratamento de dados pessoais;
- e) Operador - pessoa natural ou jurídica, de direito público ou privado, que realiza o tratamento de dados pessoais em nome do controlador;
- f) Agentes de tratamento - Controlador e Operador;
- g) Titular - pessoal natural a quem se referem os dados que são objeto de tratamento.

17.3 Todos as definições adotadas neste instrumento deverão ser aquelas descritas na LGPD ou outra que venha substituí-la. A eventual alteração de qualquer conceito na referida norma legal deverá ser imediatamente aplicável a este instrumento, independente da assinatura de quaisquer outras documentações fixadas entre as partes.

17.4 Quando houver participação simultânea na determinação das finalidades e meios de tratamento dos dados pessoais, as Partes serão denominadas controladoras conjuntas. As Partes somente se caracterizarão como operadora quando realizarem o tratamento de dados em nome do controlador, conforme finalidades por este delimitadas. Portanto, as Partes se responsabilizam, conforme artigo 42 da Lei nº 13.709/18, pelo tratamento de dados pessoais e dados pessoais sensíveis que realizar, e ainda, em relação as suas próprias operações.

17.5 As Partes estão cientes e concordam que caso haja necessidade de coletar e tratar dados de titulares menores de doze anos de idade, a parte que venha coletar os dados compromete-se a obter o consentimento específico e destacada de pelo menos um dos pais ou responsável legal pela criança para realização do tratamento nos termos do artigo 14, parágrafo 1º da LGPD.

17.6 As Partes estão cientes de que é vedada a comunicação ou o uso compartilhado de dados pessoais sensíveis, referentes à saúde, entre controladores com o objetivo de obter vantagem econômica, exceto nas hipóteses relativas a prestação de serviço de saúde, assistência farmacêutica e de assistência à saúde, respeitada a proibição da prática de seleção de riscos nas contratações de planos privados de assistência à saúde, nos termos do artigo 11, parágrafos 4º e 5º da Lei nº 13.709/18.

17.7 As Partes apenas compartilharão, transferirão ou de qualquer outra forma disponibilizarão para acesso entre si, os dados pessoais e dados pessoais sensíveis que são atualizados, exatos, pertinentes, proporcionais e não excessivos em relação as finalidades de cada tratamento, em observância aos princípios da LGPD, elencados no artigo 6º da referida lei.

17.8 Os dados pessoais e dados pessoais sensíveis compartilhados entre as partes deverão ser armazenados em local seguro, adotando as melhores práticas de mercado para que não sejam acessados indevidamente ou, de alguma forma, violados e vazados.

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA
AMBULATORIAL COLETIVO EMPRESARIAL – PME II**

Versão 01.2022

17.9 Os dados pessoais e pessoais sensíveis dos titulares deverão ser eliminados tão logo seja verificado o esgotamento da finalidade do presente instrumento, ou preservados e submetidos ao procedimento de anonimização para cumprimento de obrigação legal ou regulatória, exercício do direito de defesa em processo judicial, administrativo ou arbitral, ou ainda para o uso exclusivo da Operadora no âmbito e nos limites técnicos de suas atividades, conforme artigo 16 da nº 13.709/18.

17.10 O cumprimento de obrigações regulatórias ou o fim do prazo regulamentar de guarda dos dados, definidos pelos órgãos reguladores das atividades objeto do presente instrumento, conforme dispõe o artigo 16, incisos I e IV, da Lei nº 13.709/18, sob pena de aplicação do disposto no artigo 42, § 1º, inciso I, da LGPD.

17.11 Cada Parte é responsável por disponibilizar sistema que possibilite acesso e suporte aos titulares dos dados pessoais para a efetivação dos direitos previstos na LGPD, sempre quando aplicado ao caso, por meio de canal próprio de atendimento ao titular devendo cada Parte comunicar à outra sobre as demandas feitas por titulares, sem que passíveis de afetar os tratamentos realizados pela outra.

17.12 As Partes deverão utilizar políticas e sistemas de proteção de tratamento de dados pessoais de forma estruturada para atender aos requisitos de segurança, aos padrões de boas práticas, governança e aos princípios gerais previstos na LGPD, bem como as demais normas regulamentares, medidas de resposta de incidentes de segurança envolvendo dados pessoais.

17.13 As Partes se comprometem a notificar à outra, em até 72 (setenta e duas) horas úteis, sobre qualquer incidente, destruição, perda, alteração, revelação ou acesso acidental, não autorizado ou ilegal aos dados pessoais e dados pessoais sensíveis dos titulares, e tomarão medidas imediatas e necessárias para corrigir qualquer tipo de violação de segurança, bem como fazer as devidas comunicações aos órgãos Reguladores, em especial à Autoridade Nacional de Proteção de Dados - ANPD.

17.14 Em caso de violação culposa, dolosa ou mediante fraude dos direitos do titular de dados pessoais ou das normas aplicáveis ao tratamento de dados pessoais, que comprometam, principalmente, a confidencialidade, a integridade e/ou segurança dos dados que lhes foram disponibilizados, será garantido a outra parte o direito de regresso previsto no § 4º do artigo 42 da Lei nº 13.709/18.

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA– DISPOSIÇÕES GERAIS

18.2 Por convenção, adotou-se neste Contrato o gênero masculino quando há referência ao gênero masculino e feminino.

18.3 A CONTRATADA fornecerá aos Beneficiários o Cartão Individual de Identificação, cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade legalmente reconhecido, assegura a fruição dos direitos e vantagens deste Contrato, podendo a CONTRATADA adotar, a qualquer tempo, novo sistema para melhor atendimento aos Beneficiários.

18.4 É obrigação do Beneficiário Titular, na hipótese de rescisão, resolução ou rescisão deste Contrato, ou ainda, de exclusão, devolver os respectivos cartões de identificação e quaisquer outros documentos porventura fornecidos pela CONTRATADA, respondendo, diante da comprovação da ilicitude, pelos prejuízos resultantes do uso indevido desses

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA AMBULATORIAL COLETIVO EMPRESARIAL – PME II

Versão 01.2022

documentos, restando isenta, neste caso, de qualquer responsabilidade, a CONTRATADA, a partir da exclusão do Beneficiário, rescisão, resolução ou resilição do presente instrumento.

18.5 Considera-se uso indevido a utilização desses documentos para obter atendimento, mesmo que na forma contratada, pelos Beneficiários que perderam essa condição, por exclusão ou término do Contrato, ou, em qualquer hipótese, por terceiros, que não sejam Beneficiários.

18.6 O uso indevido do cartão de identificação, de qualquer Beneficiário, a critério da CONTRATADA, ensejará pedido de indenização por perdas e danos, bem como a exclusão do respectivo titular, e suas consequências.

18.7 Ocorrendo o roubo, o furto, a perda ou o extravio do Cartão Individual de Identificação, o Beneficiário Titular deverá comunicar o fato à CONTRATADA, por escrito, acompanhada de declaração de perda ou de boletim de ocorrência, para cancelamento ou, quando for o caso, emissão de segunda via. O cancelamento só terá validade quando reconhecido por escrito pela CONTRATADA.

18.8 As segundas vias do Cartão de Identificação serão cobradas, pela CONTRATADA.

18.9 A CONTRATADA não se responsabilizará por qualquer procedimento do Beneficiário que contrarie as normas e rotinas contidas neste Contrato.

18.10 Os casos omissos no presente instrumento contratual serão resolvidos de comum acordo entre CONTRATANTE e CONTRATADA.

18.11 Qualquer tolerância não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

18.12 O Beneficiário Titular, por si e por seus Dependentes, autoriza a CONTRATADA a prestar todas as informações cadastrais solicitadas pelos órgãos de fiscalização da assistência à saúde.

18.13 Este Contrato foi elaborado levando-se em consideração a legislação vigente, assim, qualquer alteração das normas que implique em necessária modificação do avençado, as partes se sujeitarão ao ajuste das novas condições.

18.14 A CONTRATADA não será responsabilizada, em nenhuma hipótese, por eventos, procedimentos ou efeitos decorrentes da contratação direta de serviços não cobertos por este Contrato entre o Beneficiário Titular e/ou seus dependentes e os profissionais credenciados e/ou não credenciados pela CONTRATADA.

18.15 Faz parte do Contrato quaisquer documentos que tratem de assuntos pertinentes ao plano de saúde. Dentre esses documentos, incluem-se, quando for o caso: Relação de Atualização Cadastral - RAC, Declaração de Saúde, Tabela de Reembolso, Guia de Rede, GLC e MPS.

CLÁUSULA DÉCIMA NOVA – ELEIÇÃO DE FORO

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA AMBULATORIAL COLETIVO EMPRESARIAL – PME II

Versão 01.2022

19.1 As partes comprometem-se a resolver de comum acordo as divergências decorrentes do presente instrumento, não sendo possível a composição amigável, fica eleito o foro do domicílio do CONTRATANTE para dirimir qualquer demanda sobre o presente Contrato.

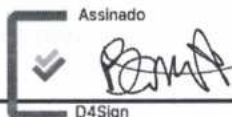
E por estarem assim ajustadas e combinadas, as partes assinam esse instrumento em 02 (duas) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo.

Brasília, 19 de Outubro de 2023.

QUALITY PRÓ SAÚDE PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA
LTDA. CNPJ Nº 09.433.795/0001-04 (CONTRATADA)


*ASSINATURA DO REPRESENTANTE LEGAL DA EMPRESA E
CARIMBO COM CNPJ (CONTRATANTE)

corretoraviverbem.adm@gmail.com



Testemunha
Nome:
CPF:

Testemunha
Nome:
CPF:

CONTRATO - AMORVILLE pdf

Código do documento 9ce394d0-7253-4795-825e-cd1aeb835cac

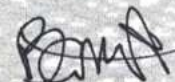
Anexo: Proposta Comercial Quality V.3 AMORVILLE.pdf



Assinaturas



BRAULIO CESAR MEDEIROS ARAUJO
corretoraviverbem.adm@gmail.com
Assinou como testemunha



amorville@villedemontagne.org.br
Assinar



relacionamento.empresarial@quallityprosaude.com.br
Aprovar



dir.qps@quallityprosaude.com.br
Assinar

Eventos do documento

19 Oct 2023, 18:18:55

Documento 9ce394d0-7253-4795-825e-cd1aeb835cac **criado** por MISAEL ALVES DA SILVA (f86405ec-47dc-41cb-9560-358ed2a91837). Email: venda@quallityprosaude.com.br. - DATE_ATOM: 2023-10-19T18:18:54-03:00

19 Oct 2023, 18:21:31

Assinaturas **Iniciadas** por MISAEL ALVES DA SILVA (f86405ec-47dc-41cb-9560-358ed2a91837). Email: venda@quallityprosaude.com.br. - DATE_ATOM: 2023-10-19T18:21:31-03:00

20 Oct 2023, 15:28:57

BRAULIO CESAR MEDEIROS ARAUJO **Assinou como testemunha** (472adcee-d2fb-404c-98d6-78d809f17294) - Email: corretoraviverbem.adm@gmail.com - IP: 138.94.165.187 (138.94.165.187 porta: 32682) - Documento de identificação informado: 011.569.911-29 - DATE_ATOM: 2023-10-20T15:28:57-03:00

Hash do documento original

(SHA256): e13db4608e81aba1ec43080a0031ff71c9f5b4116e58b52da76d971120b9eb2d

(SHA512): 0b7341c14d8800a817b3198af016cd9df0c05bbb3609a6023ecfe5920f19458178520b72f0e99b5f74d4672371b7cb1b1b1ee5dadf6752893c8aca7c760c1be

Hash dos documentos anexos



56 páginas - Dados e horários baseados em Brasília, Brasil
Sincronizado com o NTP.br e Observatório Nacional (ON)
Certificado de assinaturas gerado em 24 de October de 2023, 09:54:47



Nome: Proposta Comercial Quality V.3 AMORVILLE.pdf

(SHA256):8dc1c421e330e488f56a35405b2979b97749601719dc655e28c8f0b3077b9e75

(SHA512):4cf9baf23b1d42099039ba4c0bdab44d71d8f747a1310ef8c5cee3f697bcf683685704d7ed7f29464b7482a2e22d06803fbbeef707b19fee9c7af7ce339af4c1

Esse log pertence **única e exclusivamente** aos documentos de HASH acima

Esse documento está assinado e certificado pela D4Sign

PROPOSTA COMERCIAL

Nº 06092023-002

Quality
pró saúde

**ASSOCIACAO DOS MORADORES DO
CONDOMINIO VILLE DE MONTAGNE -
AMORVILLE**



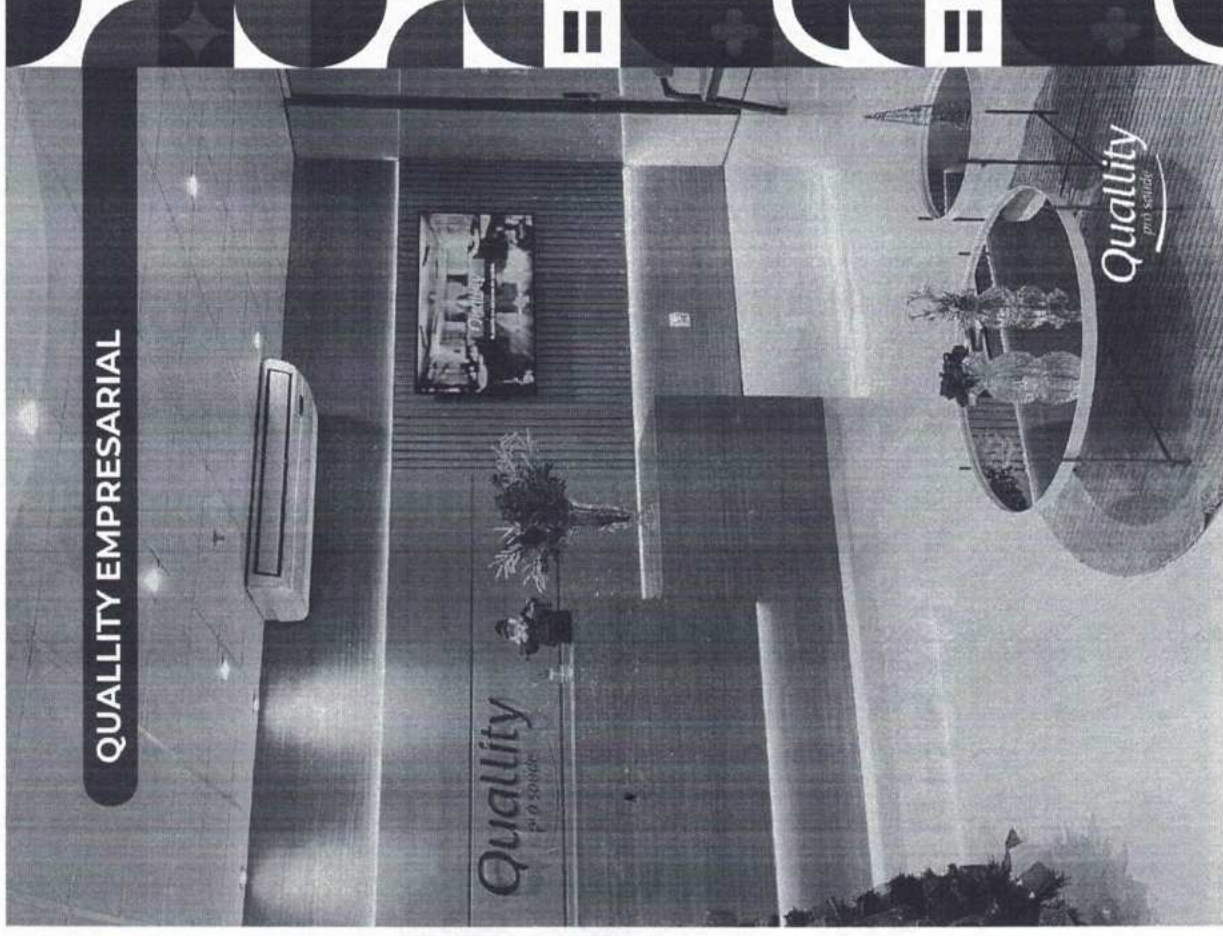
ANS nº 418170

+ SOBRE A QALLITY

A Quallity Pró Saúde nasceu em Brasília com a proposta de ser um sistema de saúde que tem a **qualidade** como sua grande prioridade e diretriz. É por conta disso que **a gente conhece o que faz e quem faz**.

Cuidar do povo brasileiro é como cuidar da nossa própria família. Há **mais de 20 anos** no mercado, temos o orgulho de ser a única operadora de saúde a comercializar um plano ambulatorial de qualidade.

Temos como filosofia oferecer um atendimento diferenciado, proporcionando, sobretudo, **tranquilidade, honestidade e eficácia** para tratar de um bem tão precioso como a saúde.



QUALLITY EMPRESARIAL

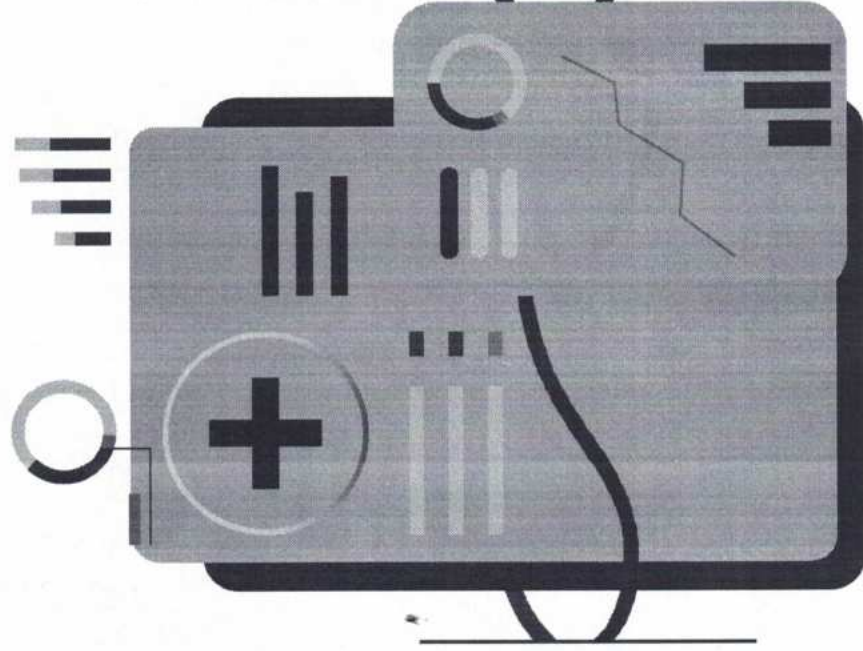
Quallity
PRÓ SAÚDE

+ SOBRE A QUALITY

Por ser uma operadora devidamente registrada na ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, sob o registro 418170, garante a cobertura sem limitação de todo o rol de procedimentos para os planos comercializados, vigente na Resolução Normativa nº 465/2021.

Visando qualidade para nossos beneficiários, a nossa rede conta com **mais de 300 empresas credenciadas bem distribuídas em todo o DF e Entorno**, para atender a todas as suas necessidades.

QUALITY EMPRESARIAL



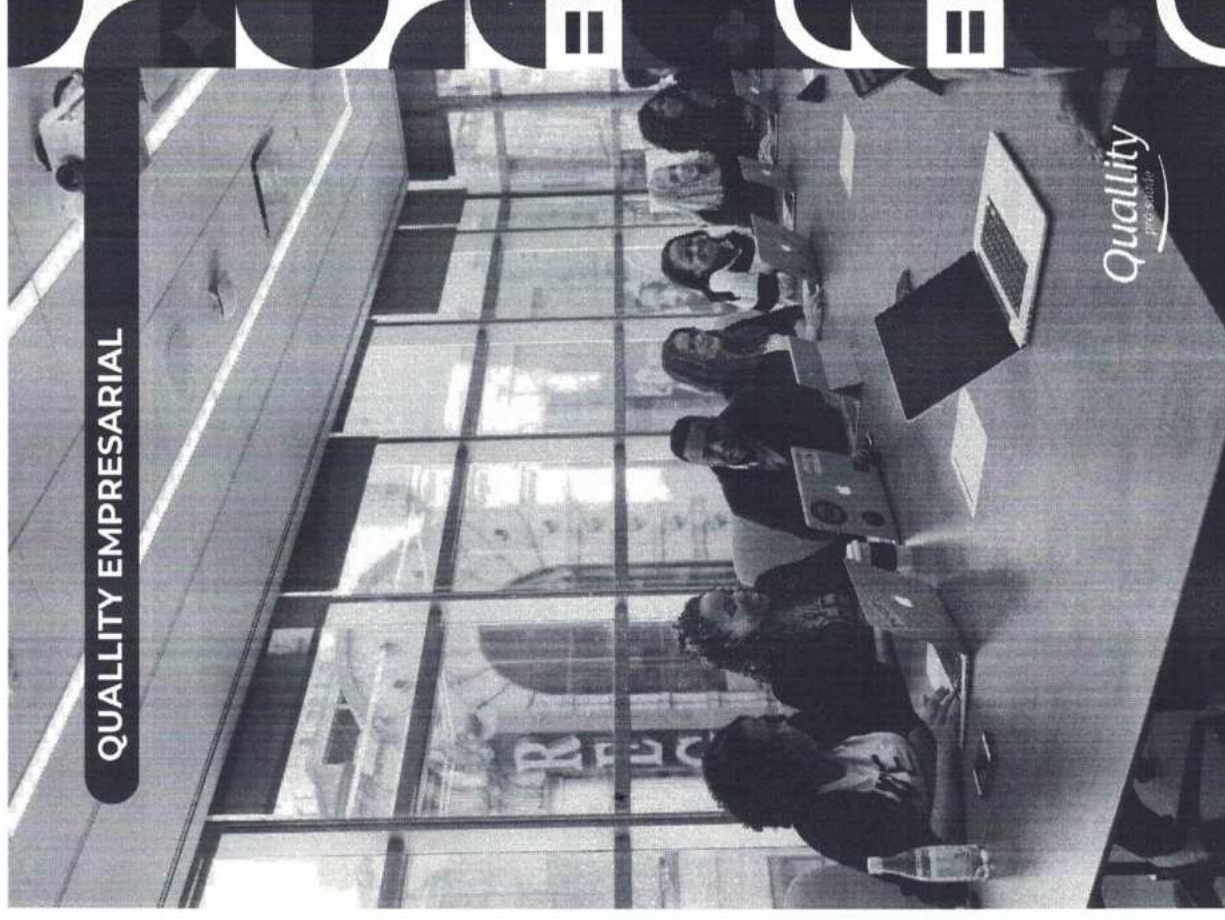
Quality
pro saúde

+ POR QUE TER UMA BOA POLÍTICA DE BENEFÍCIOS?

- Reter, atrair e motivar funcionários;
- Trazer **mais relevância** para a empresa;
- Destacar-se em relação a concorrência;
- Gerar satisfação e lealdade no colaborador;
- Investir em benefícios que gerenciem os riscos à saúde e atendem às necessidades do colaborador **umenta a resiliência do negócio** e das pessoas.

QUALITY EMPRESARIAL

Quality
EMPRESARIAL



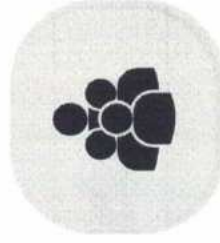
+ QUALITY + VOCÊ

Nós buscamos o melhor quando o assunto é saúde para as empresas, por isso apresentamos uma proposta para prestação de serviços **Ambulatorial, Completo e Odontológico** através do Plano Privado de Assistência à Saúde de contratação coletiva empresarial.

Queremos oferecer a você empresário, um preço justo e uma assistência de qualidade com ampla rede credenciada em Brasília e Entorno.



**+DE 300 EMPRESAS
CREDENCIADAS**



**+DE 80.000
BENEFICIÁRIOS**



**+DE 10 ANOS
NO MERCADO**

QUALITY EMPRESARIAL

The infographic displays 12 benefits of the Prê Hospitalar de urgência e emergência - UTI Móvel service, arranged in a grid. Each benefit is represented by an icon in a dark square, followed by a text box containing the description. The benefits are:

- Hospitais de primeira linha**: Represented by an icon of a star with the number 1.
- Ampla rede credenciada e qualificada**: Represented by an icon of a building with a plus sign.
- Redução máxima de carência**: Represented by an icon of a hand holding a heart.
- Descontos exclusivos para medicamentos em redes de farmácia parceira**: Represented by an icon of a pharmacy bottle with a crossed-out circle.
- Plano odontológico que cabe no seu bolso**: Represented by an icon of a tooth.
- Orientação Médica de emergência por telefone 24h**: Represented by an icon of a bed with a plus sign.
- Cobertura integral do rol da ANS**: Represented by an icon of a medical cross.
- Atendimento Médico Prê Hospitalar de urgência e emergência - UTI Móvel**: Represented by an icon of a mobile unit with a plus sign.
- Autorização de exames e agendamento de consultas via Whatsapp**: Represented by an icon of a speech bubble with a plus sign.
- Pioneira no segmento ambulatorial no DF**: Represented by an icon of a plus sign inside a circle.
- Aplicativo Quality Pró Saúde**: Represented by an icon of a smartphone.
- Atendimento Humanizado**: Represented by an icon of two hands shaking.

Quality
pro santé

QUALITY EMPRESARIAL

CONVÊNIO QUALITY O MELHOR DE BRASÍLIA AGORA NAS MELHORES FARMÁCIAS

Na hora da compra, apresente a sua
carteirinha Quality e ganhe descontos

MEDICAMENTOS DE

MARCA TARJADOS

A PARTIR DE

20%

DE DESCONTO

MEDICAMENTOS DE

GENÉRICOS TARJADOS

A PARTIR DE

40%

DE DESCONTO

**DESCONTOS
DE ATÉ 25%**

DESCONTOS PROGRESSIVOS
EM COSMÉTICOS, PERFUMARIA
E HIGIENE PESSOAL,
ATRAVÉS DO PROGRAMA
DE RELACIONAMENTO

Quality
pró saúde

DROGASIL

Raia
Droga

UNÍVERS
Gestão em Saúde

QualiSign SCS (Ltda) - 1213-4155-8254 - 0212-8332-8000 - Para conhecer as vantagens consulte o site <http://www.quali.com.br>
Documento assinado eletronicamente, conforme MP 2.200-2/01, Art. 10º, §2.

UTI MÓVEL

vida♥
emergências médicas

- + Atendimento Pré-Hospitalar de urgência e emergência
- + Orientação Médica por Telefone
- + Agendamentos de Remoções

UTI MÓVEL

vida♥
emergências médicas

- + Atendimento Pré-Hospitalar de urgência e emergência
- + Orientação Médica por Telefone
- + Agendamentos de Remoções

- UTI MÓVEL**
- vida**♥
emergências médicas
- + Atendimento Pré-Hospitalar de urgência e emergência
 - + Orientação Médica por Telefone
 - + Agendamentos de Remoções

CENTRAL DE ATENDIMENTO
(61) 3248-3030

CENTRAL DE ATENDIMENTO
(61) 3248-3030

Quality
pró saude

Quality
pró saude

+ QUALITY DENTAL

O benefício odontológico vem ganhando relevância entre aqueles mais procurados pelas empresas, gerando conforto e segurança para seus colaboradores.

O Quality Dental é a melhor opção em soluções odontológicas para a sua empresa:

QUALITY EMPRESARIAL



+ QUALITY DENTAL

VANTAGENS

- Valor acessível;
- Carteirinha Virtual;
- Aplicativo Quality Dental;
- Atendimento 24 horas;
- Contratação online e sem burocracia;
- Ampla rede credenciada;
- Distribuídas no Distrito Federal e entorno.

COBERTURA

- | | |
|--|--|
|  Urgência/Emergência; |  Cirurgias; |
|  Radiologia; |  Odontopediatria; |
|  Consultas; |  Periodontia; |
|  Ortodontia; |  Endodontia; |
|  Dentística; |  Prótese Dental. |

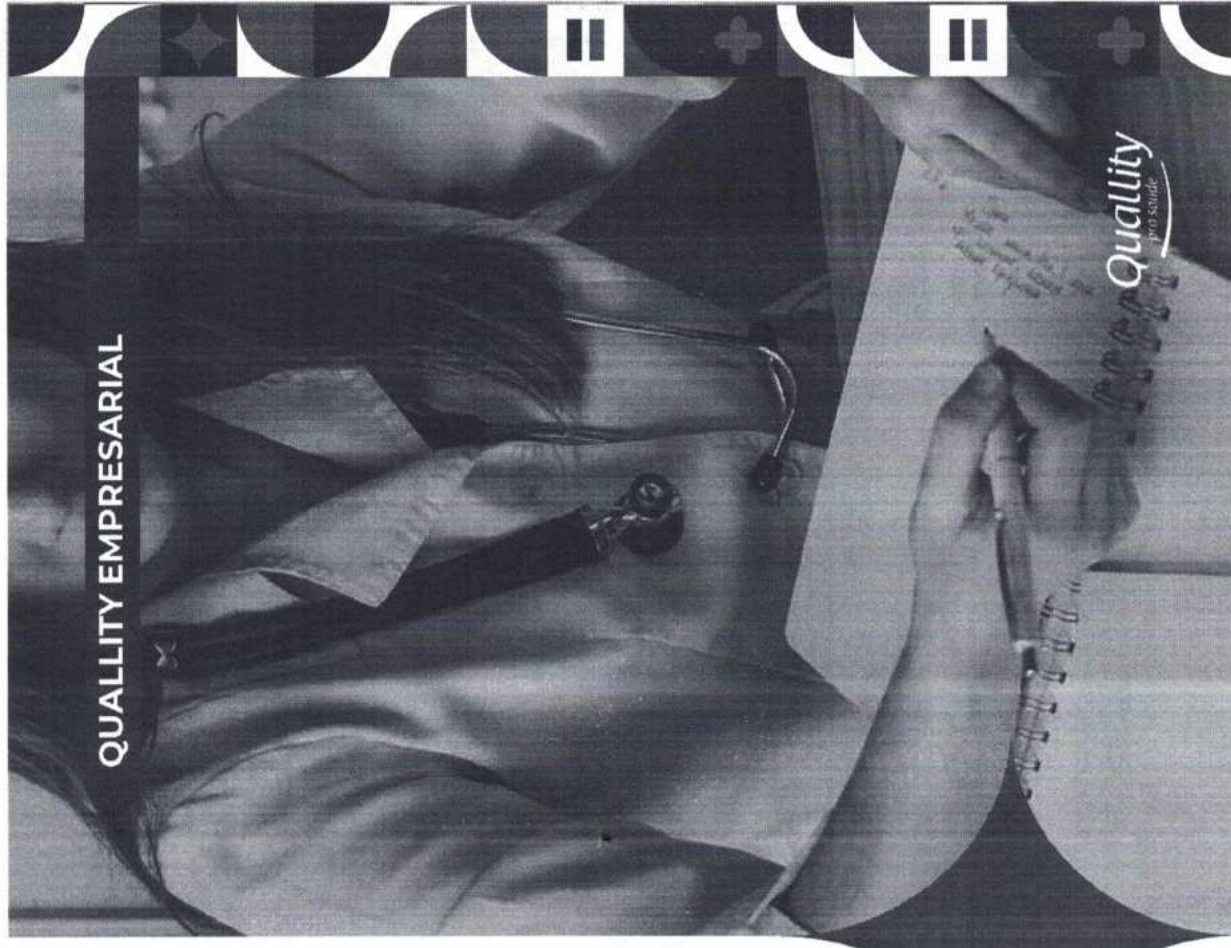
MEDICINA OCUPACIONAL

A empresa que optar em aderir ao nosso produto terá a Medicina Ocupacional gratuitamente, desde que seja feita adesão compulsória de todos os funcionários vinculados ao CNPJ.

Medicina Ocupacional é responsável por:

- Criar e manter uma cultura preventcionista;
- Controlar e reduzir os índices de acidentes de trabalho e de doenças profissionais;
- Cumprir a legislação trabalhista vigente no tocante à saúde e segurança no trabalho.
- Gerenciar a Saúde Ocupacional de acordo com as necessidades da empresa.
- Proteger legalmente a sua empresa de acordo com as Normas Regulamentadoras do Ministério do Trabalho.

***Verifique as demais condições**



CONTRATAÇÃO DA MEDICINA OCUPACIONAL

Para a contratação da Medicina Ocupacional, é de responsabilidade da **CONTRATANTE** informar a operadora **no ato do fechamento do contrato**.

1. **Elaboração do Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional (PCMSO)** com médico coordenador do PCMSO conforme exigência da NR – 07 válido por 1 (um) ano para a empresa;
2. **ASO – Atestado de Saúde Ocupacional** (admissional, demissional, periódico, mudança de função, retorno ao trabalho);
3. **Elaboração do Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA)** realizado por Engenheiro de Segurança do Trabalho, com registro de ART no CREA/DF, conforme exigência da NR – 09 válido por 1 (um) ano;

+ NOSSA PROPOSTA

Preço **LINEAR**, para os produtos completos, com acomodação enfermaria, formatados com base no perfil apresentado na tabela abaixo:

FAIXA ETÁRIA	VIDAS DO PERFIL	Master Life (Enf. sem Coparticipação)	VALOR DE MENSALIDADE	Master Green EC (Enfermaria com Coparticipação)	VALOR DE MENSALIDADE	Master Green ES (Enfermaria sem Coparticipação)	VALOR DE MENSALIDADE
0 - 18	6		R\$ 2.689,80		R\$ 2.656,56		R\$ 2.966,28
19 - 23	2		R\$ 896,60		R\$ 885,52		R\$ 988,76
24 - 28	7		R\$ 3.138,10		R\$ 3.099,32		R\$ 3.460,66
29 - 33	3		R\$ 1.344,90		R\$ 1.328,28		R\$ 1.483,14
34 - 38	10	R\$ 448,30	R\$ 4.483,00	R\$ 442,76	R\$ 4.427,60	R\$ 494,38	R\$ 4.943,80
39 - 43	8		R\$ 3.586,40		R\$ 3.542,08		R\$ 3.955,04
44 - 48	7		R\$ 3.138,10		R\$ 3.099,32		R\$ 3.460,66
49 - 53	6		R\$ 2.689,80		R\$ 2.656,56		R\$ 2.966,28
54 - 58	1		R\$ 448,30		R\$ 442,76		R\$ 494,38
59 ou mais	1		R\$ 448,30		R\$ 442,76		R\$ 494,38
TOTAL	51		R\$ 22.863,30		R\$ 22.580,76		R\$ 25.213,38



*Adesão Médico + Dental, na contratação o dental sai por **R\$13,90**

Preço **LINEAR**, para os produtos completos, com acomodação apartamento, formatados com base no perfil apresentado na tabela abaixo:

*Adesão Médico + Dental, na contratação o dental sai por **R\$13,90**

TABELA DE COPARTICIPAÇÕES:

PROCEDIMENTOS	VALORES
CONSULTAS ELETIVAS	R\$ 15,00
CONSULTAS EM PRONTO SOCORRO	R\$ 35,00
PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE CONFORME ROL	R\$ 95,00
CIRURGIAS	R\$ 135,00
TERAPIA SIMPLES	R\$ 15,00
PROCEDIMENTOS SIMPLES (ATÉ R\$70,00)	R\$ 6,00
PROCEDIMENTOS COMPLEMENTARES (DE R\$70,01 ATÉ R\$300,00)	R\$ 20,00
PROCEDIMENTOS ESPECIAIS (ACIMA DE R\$300,00)	R\$ 30,00
INTERNAÇÕES	R\$ 400,00
DEMAIS PROCEDIMENTOS	R\$ 38,00

+ CONDIÇÕES DE FECHAMENTO DE CONTRATO:

Preço válido para adesão **compulsória** do perfil etário apresentado;

Contratos com grupos de beneficiários em número **igual ou maior a 30 (trinta) vidas**, não poderá ser exigido o cumprimento de prazos de carências;

Não cumprirão carências os beneficiários que aderirem ao plano nos primeiros 30 (trinta) dias da data de vigência, assim como aqueles funcionários/dependentes incluídos até 30 (trinta) dias da data de contratação ou data do evento;

+ REGRAS PARA VALIDAÇÃO DA PROPOSTA APRESENTADA:

- Conforme perfil etário apresentado, **não constam, para efeito de precificação, beneficiários afastados e/ou em tratamento de alto custo** (quimioterapia, radioterapia, hemodiálise, autismo, dentre outros), e caso sejam identificados beneficiários nessas condições, esta proposta perde seu valor comercial, sendo necessário um novo cálculo atuarial.
- Somente para **funcionários CLT**.
- Para manutenção dos custos apresentados, a variação do número de vidas (inclusão e exclusão de beneficiários) **não pode passar de 10% do número total que foi precificado**.

corretravivbem.adm@gmail.com

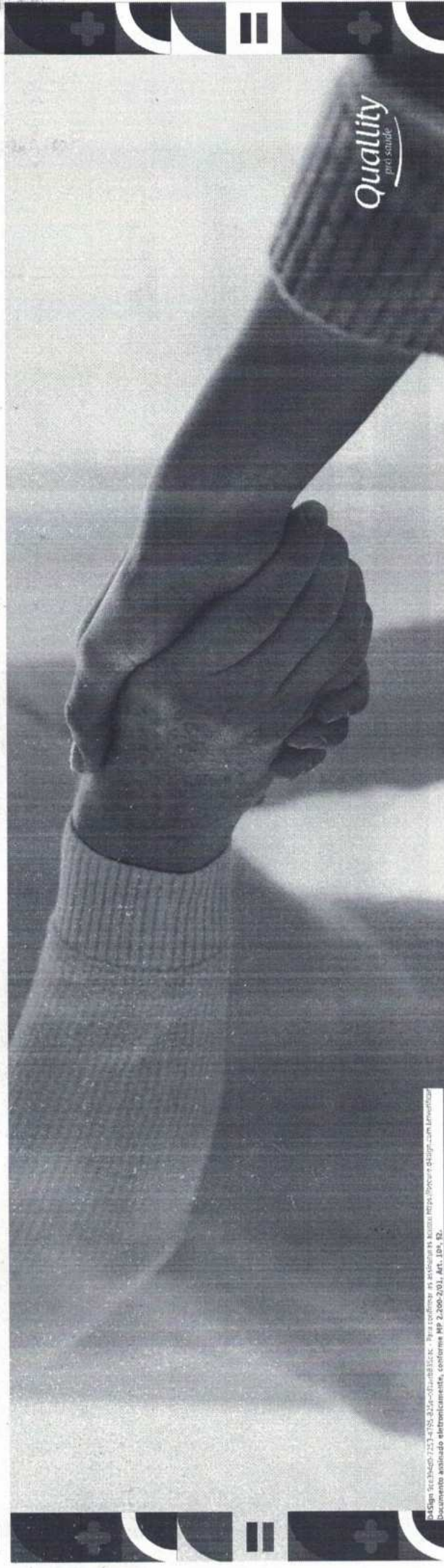
Assinado



D4Sign

**+ PROPOSTA VÁLIDA
ATÉ O DIA 06/10/2023**

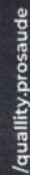
Esta proposta comercial é parte integrante do contrato empresarial, onde deverá ser assinada juntamente com o contrato. Na expectativa das decisões desta diretoria.



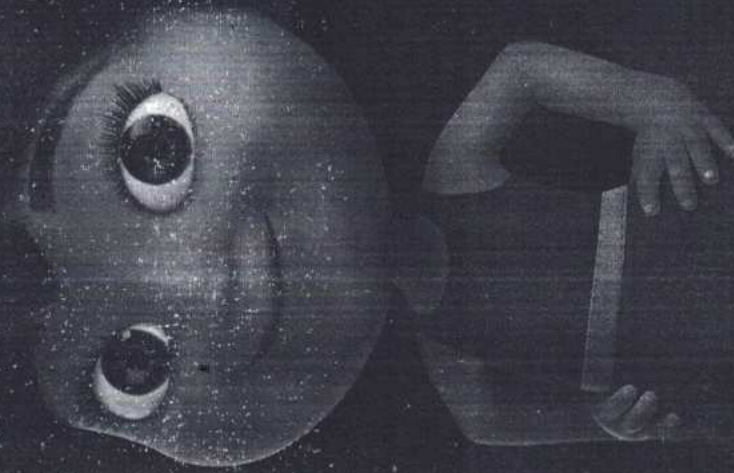
QUALITY

Atenciosamente, Douglas de Azevedo
Coordenador Comercial e Relacionamento Empresarial
E-mail: cotacao@qualityprosaude.com.br

Contato – (61) 981928103.
E-mail: viverbemsegurosf@gmail.com



Quality





Gabrielli Ville de Montagne <gabrielli@villedemontagne.org.br>

Fwd: Fwd: Fwd: SOLICITAÇÃO DE ESCLARECIMENTOS

1 mensagem

Amorville | Ville de Montagne <amorville@villedemontagne.org.br>

3 de novembro de 2023 às 13:06

Para: Gabrielli Ville de Montagne <gabrielli@villedemontagne.org.br>, Beatriz Targino - Ville de Montagne <beatriz@villedemontagne.org.br>

----- Forwarded message -----

De: **Cotação** <cotacao@quallityprosaude.com.br>

Date: sex., 3 de nov. de 2023 às 12:00

Subject: Re: Fwd: Fwd: SOLICITAÇÃO DE ESCLARECIMENTOS

To: <amorville@villedemontagne.org.br>

Cc: Viver bem Seguros <viverbemsegurosdf@gmail.com>, rodrigo.rugue@quallityprosaude.com.br <rodrigo.rugue@quallityprosaude.com.br>

Prezada Gabrielli, boa tarde!

As informações sobre as isenções de carências estão presentes no contrato.

6.3 Nos termos da Resolução Normativa nº 195/09, quando o número de Beneficiários inscritos neste Contrato for igual ou superior a 30 (trinta), não será exigido o cumprimento dos períodos de carência estipulados neste Contrato, desde que o Beneficiário formalize o pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias da data da assinatura deste Contrato ou de sua vinculação à CONTRATANTE.

6.4 A exigência do cumprimento dos períodos de carência voltará a vigorar para as novas adesões se houver redução de Beneficiários para um número inferior a 30 (trinta) Beneficiários.

Atenciosamente,

Douglas de Azevedo
Coordenador de Relacionamento
Empresarial
(61) 3044-4412 Ramal - 4446
www.quallityprosaude.com.br

Quallity
pro saúde

----- Forwarded message -----

De: **Amorville | Ville de Montagne** <amorville@villedemontagne.org.br>

Date: sex., 3 de nov. de 2023 às 11:02

Subject: SOLICITAÇÃO DE ESCLARECIMENTOS

To: <rodrigo.rugue@quallityprosaude.com>, <cadastroempresarial@quallitypro-saude.com.br>, <viverbemsegurosdf@gmail.com>, Beatriz Targino - Ville de Montagne <beatriz@villedemontagne.org.br>, Francisco Ville de Montagne <francisco@villedemontagne.org.br>

Prezados,

A Associação dos Moradores do Condomínio Ville de Montagne vem por meio deste, solicitar esclarecimentos sobre a inserção da Carência, tendo em vista o contrato em análise ter mais de 30 vidas.

Gostaríamos que se possível, constar no contrato a informação que não possui carência.

Ressaltamos que a assinatura não foi realizada até o presente momento, tendo em vista a falta desta informação no contrato.

**Atenciosamente,
Gabrielli C, Vieira
Gerente Financeiro
ADM-AMORVILLE**