



Convênio Produto Empresarial

CÂMARA MUNICIPAL DE ITAGUAÍ

- + CLÁUSULA PRIMEIRA - QUALIFICAÇÃO DA CONTRATADA
- + CLÁUSULA SEGUNDA - QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE
- + CLÁUSULA TERCEIRA - DOS PRODUTOS COMERCIALIZADOS
- + CLÁUSULA QUARTA - FORMA DE CONTRATAÇÃO
- + CLÁUSULA QUINTA - ATRIBUTOS DO CONTRATO
- + CLÁUSULA SEXTA - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO
- + CLÁUSULA SÉTIMA - DA MOVIMENTAÇÃO CADASTRAL
- + CLÁUSULA OITAVA - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO
- + CLÁUSULA NONA - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS
- + CLÁUSULA DECIMA - EXCLUSÕES DE COBERTURA
- + CLÁUSULA DECIMA PRIMEIRA - DURAÇÃO DO CONTRATO
- + CLÁUSULA DECIMA SEGUNDA - PERÍODOS DE CARÊNCIA
- + CLÁUSULA DECIMA TERCEIRA - DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES
- + CLÁUSULA DECIMA QUARTA - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
- + CLÁUSULA DECIMA QUINTA - MECANISMOS DE REGULAÇÃO
- + CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE
- + CLÁUSULA DÉCIMA SETIMA - REAJUSTE
- + CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA - FAIXAS ETÁRIAS
- + CLÁUSULA DÉCIMA NONA - REGRAS GERAIS DA SUSPENSÃO E RESCISÃO
- + CLÁUSULA VIGÉSIMA - DAS REGRAS SOBRE A NOTIFICAÇÃO POR INADIMPLÊNCIA À PESSOA NATURAL CONTRATANTE DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE E AO BENEFICIÁRIO QUE PAGA A MENSALIDADE DIRETAMENTE À OPERADORA
- + CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA - DISPOSIÇÕES GERAIS
- + CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA - OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA
- + CLÁUSULA VIGESIMA TERCEIRA - ELEIÇÃO DE FORO

30

9/2

pa

Cláusula 1. Qualificação da Conveniente

- 1.1 **A OPLAN SAÚDE OPERADORA DE PLANOS DE SAÚDE LTDA** é uma operadora de planos de saúde, classificada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS na modalidade de Medicina de Grupo, com área de atuação Grupo de Municípios, inscrita no CNPJ sob o nº. 13.816.250/0001-46, registrada na ANS sob o nº 41822-6, situada à Estrada Ari Parreiras nº 201, Centro, Itaguaí, RJ, CEP: 23.815-54, doravante denominada simplesmente **CONVENIENTE**

Cláusula 2. Qualificação da Concedente

- 2.1. **CÂMARA MUNICIPAL DE ITAGUAÍ**, inscrita no CNPJ sob o nº 27.216.274/0001-79, com sede, à Rua Amelia Louzada nº277, BAIRRO: Centro, Rio de Janeiro – CEP: 23.815-180, doravante denominada simplesmente **CONCEDENTE**, na qualidade de ESTIPULANTE acordam:

Cláusula 3. Dos Produtos Comercializados pela Operadora

NOME COMERCIAL DO PLANO	NÚMERO DE REGISTRO ANS	ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO	SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL
COSTA VERDE EMPRESARIAL	493.141/22-6	Enfermaria	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia

Cláusula 4. Do Produto e sua Forma de Convênio

- 4.1. O produto conveniado pela CONVENIENTE está devidamente especificado na proposta de adesão, descrita na Cláusula Segunda, item 2.1, a qual faz parte integrante deste convênio.

- 4.2. A forma de convênio de todos os produtos acima descritos é **COLETIVO EMPRESARIAL**, que é aquela que oferece assistência médica à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação societária ou empregatícia descritas na ANS

557/22, e cujo beneficiários mantenham relação conveniada com a CONVENENTE, cujas segmentações assistenciais serão as descritas na tabela acima.

4.3. Todos os produtos que tenham a segmentação hospitalar têm como acomodação padrão Enfermaria.

4.3.1. Havendo indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos credenciados pelo plano, é garantido ao consumidor o acesso à acomodação, em nível superior, sem ônus adicional, até que haja disponibilidade.

4.4. Todos os produtos serão com abrangência geográfica Grupo de Municípios no Estado do Rio de Janeiro: Itaguaí, Seropédica, Mangaratiba e Angra dos Reis.

Cláusula 5. Atributos do Convênio

5.1. Pelo presente instrumento e na melhor forma de direito, de um lado, a parte devidamente identificada na **PROPOSTA DE ADESÃO CONVENIADA**, parte integrante fundamental deste convênio, doravante denominada simplesmente CONVENETE e de outro lado, a CONCEDENTE já devidamente qualificada nos instrumentos, tem justa e acordada a prestação de assistência médica, conforme observados os direitos dos produtos conveniados, na forma das cláusulas e condições a seguir.

5.2. O presente convênio tem por objetivo a prestação continuada de serviços na forma de Plano Privado de Assistência à Saúde médico-hospitalar, conforme previsto no inciso I, art. 1º da Lei 9.656/98, abrangendo a cobertura descrita na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, CID 10, as especialidades definidas pelo Conselho Federal de Medicina, bem como no Rol de Procedimentos Médicos editados pela ANS, vigente à época do evento, aos Beneficiários regularmente inscritos, na forma e condições deste instrumento, desde que a CONTRATANTE esteja sediada e/ou estabelecida nos municípios constantes na área de abrangência conforme cláusula Quarta deste instrumento.



5.3. Em caso de não vir a existir cobertura da referida assistência, por ausência de cobertura obrigatória no Rol de procedimentos vigente à época, o beneficiário assume o ônus financeiro pelo tratamento.

5.4. O presente convênio é bilateral, gerando direitos e obrigações para as partes, conforme dispõe o Código Civil Brasileiro, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor, é regido pela lei 9.656/1998 e regulamentação setorial vigente.

Cláusula 6. Condições de Admissão

6.1. Para efeito deste convênio, conforme disposto da RN ANS 557/22, o plano coletivo empresarial se destina a ao atendimento dos beneficiários vinculados que mantenham vínculo com a CONVENIENTE da seguinte forma:

- a) Pessoas vinculadas à pessoa jurídica contratante que mantenha relação empregatícia ou estatutária, de acordo com as condições previstas neste convênio, doravante denominado BENEFICIÁRIO titular.
- b) Servidores e administradores da pessoa jurídicas conveniente.
- c) Demitidos e aposentados que tenham sido a ela vinculados anteriormente, ressalvado o disposto no caput dos artigos 30 e 31 da lei 9.656/1998.
- d) Agentes políticos
- e) Trabalhadores temporários
- f) Estagiários e menores aprendizes
- g) Grupo Familiar conforme regra descrita no item 6.2.
- h) Cônjuge ou companheiro dos empregados e demais vínculos acima referidos.

6.2. Beneficiários Dependentes - aqueles indicados pelo beneficiário titular e que tenha grau de parentesco e dependência econômica com o mesmo, podendo ser incluso somente no mesmo plano do titular, conforme regras de datas descritas na cláusula 6.3, mediante a comprovação das qualidades abaixo indicadas:



6.2.1. O cônjuge ou companheiro, comprovada a relação estável pelos documentos pertinentes, respeitado o conceito de família, previsto no art. 226 parágrafo 3º da Constituição da República Federativa do Brasil;

6.2.2. Os filhos, enteados do titular, todos com até 18 (dezoito) anos incompletos ou, se estudantes universitários, até 24 (vinte e quatro) anos incompletos;

6.2.3. Filhos do companheiro, enteados, tutelados, menores sob guarda por força de decisão judicial, ambos com até 18 anos incompletos ou, se estudantes universitários, até 24 (vinte e quatro) anos incompletos;

6.2.4. O recém-nascido, filho natural ou adotivo, menores de 12 (doze) anos, todos do **beneficiário titular**, terá assegurada inscrição como Dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência e sendo vedada qualquer alegação de doença ou lesão pré-existente, ou aplicação de cobertura parcial temporária ou agravo, desde que seja inscrito no prazo máximo de trinta dias do nascimento ou da adoção, com a apresentação da documentação comprobatória. Se o plano for hospitalar com obstetrícia, é assegurada a inscrição do recém-nascido, filho natural ou adotivo, desde que a inscrição seja feita no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou da adoção. Neste caso, se o responsável legal tiver cumprido todos os prazos de carências (máximo de 180 dias), o filho será isento do cumprimento de carências. Caso o responsável legal não tenha cumprido o prazo (máximo de 180 dias), o filho deverá cumprir a carência pelo período que ainda falta ser cumprido pelo representante legal.

6.2.5. A extinção definitiva dos efeitos da adoção confere a CONVENIENTE o direito de exclusão do BENEFICIÁRIO do plano contratado.

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

6.3. Regras de datas para inclusão de titulares e dependentes sem carência:

6.3.1. 30 (trinta) dias da assinatura deste convênio;

6.3.2. 30 (trinta) dias da data de renovação deste convênio;

6.4. Poderão ocorrer inclusões não descritas no item 6.1, devendo para tanto, ser elaborado termo aditivo específico, o qual fará parte integrante deste convênio.

6.5. Todos os beneficiários deverão preencher a Proposta de Adesão ao Convênio, **Declaração de Saúde** e a carta de orientação da ANS, para os titulares e respectivos dependentes. Cada dependente deverá assinar a sua declaração de saúde e em caso de maiores de 12 anos a assinatura deverá ser do respectivo dependente e do titular responsável.

6.6. Documentos obrigatórios:

6.6.1. CPF (independentemente da idade);

6.6.2. Cartão Nacional de Saúde (CNS) emitido e validado pelo Sistema Único de Saúde – SUS.

6.7. A CONCEDENTE poderá solicitar à CONVENIENTE, a qualquer tempo, os documentos comprobatórios de vínculo sindicalizado, como por exemplo, a carteira profissional, o CAGED, inscrição no FGTS, os documentos que comprovem o grau de parentesco dos dependentes, certidão de sentença de adoção, entre outros, cabendo a CONVENIENTE, em 48 horas, enviar a CONCEDENTE os documentos solicitados.

6.8. A operadora se resguarda o direito de não aceitar a proposta quando forem identificadas irregularidades.

6.9. A implantação do convênio para todos os efeitos legais, somente se concretizará com a assinatura da proposta e a correta entrega de todos os documentos solicitados.

6.10. A CONVENIENTE quando do cadastramento, deverá indicar os nomes e classificação dos BENEFICIÁRIOS, sejam eles titulares ou dependentes diretos, bem como a respectiva data de nascimento e o grau de parentesco.

30



Cláusula 7. Da Movimentação Cadastral

7.1. Todos os beneficiários titulares vinculados à CONVENENTE e seus respectivos dependentes poderão ser inscritos, respeitando-se as definições estabelecidas na Cláusula Sexta – Condições de Admissão.

7.2. Nenhuma indicação ou solicitação de inclusão de beneficiário terá valor sem a prévia autorização escrita, em papel timbrado da CONVENETE, previamente aprovado pela CONCEDENTE.

7.3. A CONVENETE se responsabiliza pela solicitação de inclusão e exclusão de BENEFICIARIOS, bem como pelo envio da documentação correspondente, sem a qual a CONCEDENTE não poderá proceder com a movimentação cadastral.

7.4. Não serão permitidas inclusões de beneficiários que estejam cumprindo aviso prévio ou que não comprovem o vínculo de elegibilidade com a CONVENENTE.

7.5. As movimentações deverão ser solicitadas e entregues à CONVENETE até 20 (vinte) dias antes do vencimento da próxima fatura. As solicitações entregues após este prazo serão processadas somente para a fatura do mês posterior, data a partir da qual serão prestados a assistência e os benefícios constantes deste instrumento, cumprindo-se as carências eventualmente aplicáveis.

7.6. O BENEFICIÁRIO incluído no curso do convênio somente terá direito à cobertura, nos termos e limites do plano escolhido, a partir do primeiro dia útil posterior à movimentação cadastral que a tiver incluído, devendo ser observados os prazos de carência na respectiva cláusula.

7.7. A CONVENENTE se responsabiliza pela solicitação de inclusão e exclusão de BENEFICIÁRIO, bem como pelo envio da documentação correspondente, sem a qual a CONCEDENTE não poderá proceder com a movimentação cadastral.

Cláusula 8. Condições da Perda da Qualidade de Beneficiário

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

8.1.1. Perda da qualidade de beneficiário titular:

- a) Pela rescisão do presente convênio;
- b) Pela perda do vínculo com a pessoa jurídica CONVENENTE;
- c) Fraude praticada pelo beneficiário titular, apurada de acordo com a legislação vigente.

8.1.2. Perda da qualidade de beneficiário dependente:

- a) Pela perda da condição de dependência prevista nas condições gerais deste contrato;
- b) A pedido do beneficiário titular;
- c) Fraude praticada pelo beneficiário dependente, apurada de acordo com a legislação vigente.
- d) Pela rescisão do presente contrato;
- e) Pela perda do vínculo do titular com a pessoa jurídica CONVENENTE.

8.2. Caberá tão somente à pessoa jurídica COCONVENENTE solicitar a suspensão ou exclusão de beneficiários.

8.3. A CONCEDENTE só poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência da pessoa jurídica CONVENENTE nas seguintes hipóteses:

- a) Fraude apurada de acordo com a legislação vigente;
- b) Por perda do vínculo do titular com a pessoa jurídica CONVENENTE, ou de dependência, previstos neste convênio;
- c) a pedido do beneficiário; e
- d) por inadimplência do beneficiário que paga a mensalidade do plano coletivo diretamente à operadora.

8.3.1. No caso de extinção do convênio ou do mesmo se encontrar no decurso do prazo de denúncia prévia de extinção, não será permitida qualquer movimentação cadastral até o efetivo cancelamento do mesmo.

20
12/2

Cláusula 9. Coberturas e Procedimentos Garantidos

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

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

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

9.4. Os atendimentos urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional;

9.5. A cobertura dos atendimentos nos casos de planejamento familiar, de que trata o inciso III do artigo 35-C da lei 9656/1998, previstos no Anexo I da RN 192/2009.

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

COBERTURAS CONFORME O PLANO ESCOLHIDO NA PROPOSTA DE ADESÃO.

COBERTURAS AMBULATORIAIS:

p



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

- a) Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, aptas a atender as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM;
- b) Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação;
- c) Cobertura dos procedimentos de fisioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigente à época do evento, em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente;
- d) Consultas e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo, de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, conforme indicação do médico assistente.
- e) Psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, que poderão ser realizados tanto por psicólogos como por médico devidamente habilitado, conforme indicação do médico assistente;
- f) Atendimento às emergências psiquiátricas, assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídios e autoagressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes.
- g) Psicoterapia de crise, entendida como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, com duração máxima de doze semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência e podendo ser limitada a doze sessões por ano de contrato não cumulativas.
- h) Os seguintes procedimentos, considerados especiais:

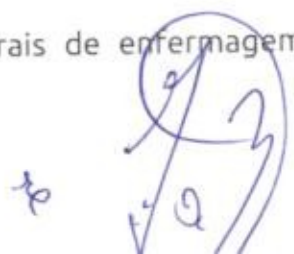
- i. Hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;



- ii. Quimioterapia oncológica ambulatorial;
 - iii. Radioterapia ambulatorial;
 - iv. procedimentos de hemodinâmica ambulatorial;
 - v. Hemoterapia ambulatorial;
 - vi. Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.
- i) Psicoterapia de crise, entendida como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, com duração máxima de doze semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência e podendo ser limitada a doze sessões por ano de contrato não cumulativas.
- J) Medicamentos registrados/regularizados na ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos para a segmentação ambulatorial;
- K) Cobertura para todos os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, relacionados, ou não, com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho, devidamente respeitadas as segmentações contratadas.

COBERTURAS HOSPITALARES:

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

- a) Internações hospitalares clínicas e/ou cirúrgicas, bem como o acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional, na indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou contratados pelo plano, admitindo-se a exclusão dos procedimentos obstétricos nos planos sem cobertura obstétrica;
 - b) Cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente.
 - c) Despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem, exceto quando em caráter particular, e alimentação;
 - d) Toda e qualquer taxas, incluindo materiais utilizados;
- 

- e) Remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no convênio, em território brasileiro;
- f) O BENEFICIÁRIO terá direito à cobertura de despesas de acompanhante, no caso de paciente menor de 18 (dezoito) anos e com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente;
- g) Exames complementares indispensáveis ao controle da evolução da doença e à elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais e transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar.
- h) Os seguintes procedimentos, considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:
 - i. Hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
 - ii. Quimioterapia oncológica ambulatorial, como definida no artigo 14, VIII, "b", da RN 167/2008;
 - iii. Todos os procedimentos de radioterapia descritos no rol de procedimentos e eventos da ANS, vigente para todas as segmentações ambulatorial e hospitalar.
 - iv. Hemoterapia;
 - v. Nutrição enteral ou parenteral;
 - vi. Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no rol de procedimentos e eventos da ANS, vigente à época do evento;
 - vii. Embolizações e radiologia intervencionista;
 - viii. Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
 - ix. Procedimentos de fisioterapia listados no Rol de procedimentos e eventos em Saúde vigente à época do evento;
 - x. Cirurgia plástica reparadora quando efetuada para restauração de órgãos e funções conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

- xi. Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer;
- xii. Cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções conforme Rol de procedimentos e eventos em Saúde vigente à época do evento;
- xiii. Cobertura de transplantes de rins e córneas e dos transplantes autólogos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, bem como as despesas com os procedimentos necessários à realização do transplante, incluindo, quando couber: despesas assistenciais com doadores vivos, medicamentos utilizados durante a internação, acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção, despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde – SUS, sendo admitida a exclusão de medicamentos de manutenção.
- xiv. Na hipótese de realização dos referidos transplantes, o associado deverá, obrigatoriamente, estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs, sujeitando-se aos critérios de fila única de espera e de seleção;
- xv. As garantias de assistência para procedimentos hospitalares na modalidade de hospital-dia, em internação de curta permanência, ficarão sujeita aos critérios do médico assistente.

COBERTURA OBSTÉTRICAS.

9.9. Coberturas para os seguintes procedimentos:

- a) Procedimentos relativos ao pré-natal e à assistência ao parto e puerpério;
- b) Cobertura de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, e pós-parto imediato;
- c) Cobertura assistencial ao recém-nascido, filho (a) natural ou adotivo (a) do BENEFICIÁRIO, conforme regra descrita na Cláusula Sexta, item IV.

COBERTURA PARA SAÚDE MENTAL EM UNIDADES DA REDE CREDENCIADA PELA CONTRATADA:

30



9.10. Ao BENEFICIÁRIO serão asseguradas as coberturas das despesas relativas à saúde mental correspondente ao tratamento de todos os transtornos psiquiátricos codificados no CID-10.

9.11. A cobertura hospitalar garantirá por ano de vigência do convênio:

- a) Custeio integral de pelo menos 30 (trinta) dias de internação, não cumulativos em hospital psiquiátrico ou em unidade ou em enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise
- b) Custeio integral de, pelo menos, 15 (quinze) dias de internação, por ano de contrato, não cumulativos, em hospital geral, para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização.
- c) Cobertura de todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos, aí incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto infligidas.
- d) Nas internações psiquiátricas o custeio parcial excepcionalmente poderá ser fixado a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação, por ano de contrato, com a coparticipação do CONVENETE de 50% (cinquenta por cento) das despesas médico-hospitalares, observados os tetos estabelecidos nos normativos da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vigentes à época;
- e) A cobertura do tratamento em regime de hospital-dia deverá se dar de acordo com as diretrizes estabelecidas nos normativos vigentes.
- f) Cobertura de 8 (oito) semanas anuais de tratamento em regime de hospital-dia para os portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise.
- g) Cobertura de 180 (cento e oitenta) dias por ano de contrato, para tratamento em regime de hospital-dia para os diagnósticos F00 à F09, F20 à F29, F70 à F79 e F90 à F98, relacionados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e problemas relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde.

20



Cláusula 10. Exclusões da Cobertura

10.1. Para fins de aplicação do art. 10 da Lei de nº. 9.656/98, consideram-se EXCLUÍDOS E NÃO COBERTOS pelo PLANO, os seguintes serviços e procedimentos:

- a) Tratamentos ilícitos ou antiéticos assim definidos sob o aspecto médico ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- b) Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- c) Tratamento de inseminação artificial;
- d) Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados;
- e) Atendimento domiciliar, incluindo aluguel de equipamentos e similares para tratamento domiciliar, materiais e medicamentos para tratamento domiciliar, serviços de enfermagem domiciliar e remoção domiciliar, exceto nos casos de internação domiciliar oferecida pela operadora em substituição à internação hospitalar.
- f) Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
- g) Quaisquer atendimentos em casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- h) Procedimentos Clínicos ou Cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
- i) **Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;**
- j) Tratamentos em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- k) Atendimento em domicílio dos USUÁRIOS;
- l) Cirurgias plásticas em geral, com finalidade estética;
- m) Transplantes, não listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- n) Especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.
- o) Cobertura para consultas para a emissão de laudos para academia, esportes em geral e exames para fins de concurso público

Cláusula 11. Duração do Convênio

11.1. O presente Convênio vigorará pelo prazo de 24 (vinte e quatro) meses, contados da data da assinatura deste contrato

11.2. O convênio será renovado automaticamente, por prazo indeterminado, ao término da vigência inicial, sem cobrança de qualquer taxa ou outro valor no ato da renovação, salvo manifestação formal em contrário por qualquer uma das partes, mediante aviso prévio de 90 (noventa) dias anteriores ao seu vencimento.

11.3. Considera-se início de vigência a data da assinatura deste convênio.

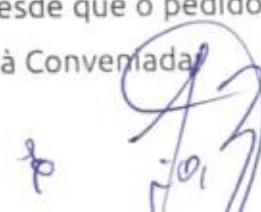
Cláusula 12. Períodos de Carência

12.1. Carência é o período de tempo ininterrupto, que mesmo após a contratação do plano, o beneficiário não tem direito ao atendimento a algumas coberturas.

12.2. As coberturas previstas pelo plano conveniado somente passam a vigorar depois de cumpridos os prazos de carência a seguir descritos, contados a partir da assinatura da proposta de adesão por parte do usuário:

- a) 24 (vinte e quatro) Horas – Urgência e Emergência
- b) 30 (trinta) Consultas Eletivas
- c) 30 (trinta) - Exames Simples.
- d) 180 (cento e oitenta) Dias – Exames Complementares.
- e) 180 (cento e oitenta) Dias – Terapias especiais em atendimento multidisciplinar
- f) 180 (cento e oitenta) Dias - Internações Cirúrgicas Eletivas
- g) 300 (trezentos) Dias – Partos a termo.
- h) 720 (setecentos e vinte) dias – Cobertura Parcial Temporária

12.3. Não será exigido o cumprimento dos períodos de carências nos convênios com número de participantes igual ou superior a 30 (trinta) usuários, desde que o pedido de ingresso do titular e seus dependentes no plano, seja formalizado à Conveniada.



- a) Em até 30 dias da celebração do convênio; ou
- b) Em até 30 dias da vinculação do titular à pessoa jurídica Contratante.

Havendo negociação para redução dos prazos de carências já relacionados no item 6.1, esta deverá ser feita em aditivo específico para o tema, o qual fará parte integrante deste convênio.

Cláusula 13. Doenças e Lesões Pre-Existentes

13.1. Doenças ou Lesões Preexistentes são aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.

13.2. O beneficiário deverá informar à CONCEDENTE, quando expressamente solicitado na documentação contratual por meio do Formulário de Declaração de Saúde, o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes à época da adesão ao presente convênio, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou rescisão unilateral do convênio, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656/1998.

13.3. 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.

13.4. 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 ou referenciados pela CONCEDENTE, sem qualquer ônus para o beneficiário.

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

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

13.7. Na hipótese de Cobertura Parcial Temporária, a CONCEDENTE somente poderá suspender a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta tecnologia e os procedimentos de alta complexidade, quando relacionados exclusivamente à Doença ou Lesão Preexistente.

13.8. 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.

13.9. É vedada à CONCEDENTE a alegação de Doença ou Lesão Preexistente decorridos 24 (vinte e quatro) meses da data da celebração do convênio ou da adesão ao plano privado de assistência à saúde.

13.10. Nos casos de Cobertura Parcial Temporária, findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme a segmentação CONCEDENTE e prevista na Lei nº 9.656/1998.

13.11. O Agravo será regido por Aditivo específico, cujas condições serão estabelecidas entre as partes, devendo constar menção expressa a percentual ou valor do Agravo e período de vigência do Agravo.

13.12. Sendo 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 CONCEDENTE deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao beneficiário através de Termo de Comunicação ao Beneficiário e poderá solicitar abertura de processo administrativo junto a ANS,

quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do beneficiário à Cobertura Parcial Temporária.

13.13. Instaurado o processo administrativo na ANS, à CONCEDENTE caberá o ônus da prova.

13.14. A CONCEDENTE 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.

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

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

13.17. Após julgamento, e acolhida à alegação da CONCEDENTE, 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 CONCEDENTE, bem como será excluído do convênio.

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

Cláusula 14. Atendimentos de Urgência e Emergência

14.1. É obrigatória por parte da CONCEDENTE a cobertura do atendimento nos casos de:

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

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

14.2. A CONCEDENTE garantirá os atendimentos decorrentes de acidentes pessoais, sem restrições, depois de decorridas 24 (vinte e quatro) horas de vigência do convênio.

14.3. A cobertura será prestada por 12 (doze) horas ou, caso surja a necessidade de internação, por período inferior, para:

- I. Os atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, durante o cumprimento dos períodos de carência;
- II. Os atendimentos de urgência e emergência, quando efetuados no decorrer dos períodos de carência para internação; e
- III. Os casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia ou procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças ou lesões preexistentes.

14.4. Após cumpridas as carências, haverá cobertura dos atendimentos de urgência e emergência desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções.

14.5. A CONCEDENTE garantirá os atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, limitados às primeiras doze horas, nos planos com cobertura obstétrica durante os cumprimentos dos períodos de carência, e nos planos sem cobertura obstétrica.

DA REMOÇÃO

14.6. A remoção do paciente será garantida pela OPERADORA nas seguintes hipóteses, desde que mediante o consentimento do próprio beneficiário ou de seu responsável, e após autorização do médico assistente, conforme determinação da RN ANS 490/22:

- I. De hospital ou serviço de pronto-atendimento vinculado ao Sistema Único de Saúde - SUS, localizado dentro da área de atuação do produto contratado, para hospital cooperado, referenciado, credenciado, e da rede própria da operadora, vinculados ao plano de saúde do beneficiário;
- II. De hospital ou serviço de pronto-atendimento privado não cooperado, não referenciado, não credenciado ao plano de saúde do beneficiário, e não pertencente à rede própria da operadora, localizado dentro da área de atuação do produto contratado, para hospital cooperado, referenciado, credenciado, e da rede própria da operadora, vinculados ao plano de saúde do beneficiário;
- III. De hospital ou serviço de pronto-atendimento cooperado, referenciado, credenciado, e da rede própria da operadora, vinculados ao plano de saúde do beneficiário, localizado dentro da área de atuação do produto contratado, para hospital cooperado, referenciado, credenciado, e da rede própria da operadora, vinculados ao plano de saúde do beneficiário, apenas quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos para continuidade de atenção ao beneficiário na unidade de saúde de origem;
- IV. De hospital ou serviço de pronto-atendimento público ou privado não cooperado, não referenciado, não credenciado ao plano de saúde do beneficiário, e não pertencente à rede própria da operadora, localizado fora da área de atuação do produto contratado pelo beneficiário, para hospital cooperado, referenciado, credenciado, e da rede própria da operadora, vinculados ao plano de saúde do beneficiário apto a realizar o devido atendimento, apenas nos casos em que o evento que originou a necessidade do serviço tenha ocorrido dentro da área de atuação do produto do beneficiário e na indisponibilidade ou inexistência de prestador conforme previsto nos arts. 4º, 5º e 6º, da Resolução Normativa - RN nº 259, de 17 de junho de 2011;
- V. e de hospital ou serviço de pronto-atendimento cooperado, referenciado, credenciado, e da rede própria da operadora, vinculados ao plano de saúde do beneficiário, localizado dentro da área de atuação do produto contratado, para hospital cooperado, referenciado, credenciado, e da rede própria da operadora, vinculados ao plano de saúde do beneficiário, nos casos em que houver previsão contratual para atendimento em estabelecimento de saúde específico.

14.6.1. Na hipótese de internação nas unidades hospitalares credenciadas pela CONCEDENTE não pertencentes à Rede Própria de atendimento, será sempre facultada à CONCEDENTE a remoção do beneficiário da CONVENIENTE para uma unidade hospitalar própria, a qualquer momento desde o início da internação ou da sua entrada na unidade de pronto socorro ou pronto atendimento, desde que haja condições técnicas que garantam a segurança do paciente e que seja realizada de acordo com a legislação vigente, em especial normas do Ministério da Saúde e do CFM.

DA REMOÇÃO PARA O SUS:

14.7. À CONCEDENTE caberá o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento.

14.8. A CONCEDENTE 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.

14.8.1. Quando não puder haver remoção por risco de vida, o CONVENIENTE e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a CONCEDENTE desse ônus.

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

Cláusula 15. Mecanismos de Regulação

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO

15.1. Nenhum atendimento ao serviço previsto neste convênio será realizado sem a apresentação do Cartão de Identificação do beneficiário fornecida e expedida pela CONCEDENTE para os beneficiários cadastrados no Plano, acompanhada de cédula de identidade dos mesmos ou, inexistindo tal documento, outro que surta efeitos similares, exceto nos casos de urgência e emergência.

15.2. O beneficiário, no extravio do Cartão, para obter uma 2ª (segunda) via, comunicará o fato imediatamente à CONCEDENTE, arcando com as despesas da confecção de outra via.

15.3. Cessa a responsabilidade do beneficiário a partir da comunicação do extravio do cartão de identificação.

AUTORIZAÇÕES PRÉVIAS

15.4. Para a realização dos procedimentos contratados será necessária a obtenção de AUTORIZAÇÃO PRÉVIA através de GUIA, exceto consultas e os casos caracterizados como urgência e emergência, respeitando-se os prazos previstos na legislação vigente sobre o tema da Agência nacional de Saúde Suplementar – ANS;

15.5. A guia / senha de autorização tem validade de 30 (trinta) dias, decorrido o prazo e o procedimento não foi realizado, a guia deverá ser revalidada.

15.6. O pedido médico deverá ser apresentado à Central de Emissão de Guias da CONCEDENTE que emitirá resposta pelo profissional avaliador no prazo da RN ANS 566/22 ou outra que venha a substituir, a contar da data da solicitação à CONCEDENTE, ou em prazo inferior, quando caracterizada a urgência.

15.7. Os procedimentos deverão ser solicitados pelo médico-assistente ou cirurgião-dentista em formulário específico e disponibilizado pela CONCEDENTE, ou quando não credenciado, em Receituário, contendo dados do BENEFICIÁRIO, descrição dos exames e especificação de acordo com CID.

DA JUNTA MÉDICA

15.8. A CONCEDENTE garante, no caso de situações de divergência médica, a definição do impasse através de junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo beneficiário, por médico da operadora e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais nomeados.

15.9. Cada uma das partes pagará os honorários do profissional que nomear, exceto se o médico-assistente escolhido pelo beneficiário pertencer à rede credenciada ou própria da CONCEDENTE, que nesse caso, arcará com os honorários de ambos os nomeados. A remuneração do terceiro desempatador deverá ser paga pela operadora.

SERVIÇOS PRÓPRIOS E REDE CREDENCIADA

15.10. Será fornecida ao beneficiário uma relação contendo os dados dos prestadores de serviços próprios e credenciados pela CONCEDENTE, obedecidas as regras que disciplinam o atendimento dos mesmos, sendo que os beneficiários com mais de 60 (sessenta anos), as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até 05 (cinco) anos possuem privilégios na marcação de consultas, exames e qualquer outros procedimentos em relação aos demais beneficiários.

15.11. A relação contendo os dados dos prestadores de serviços próprios e credenciados da CONCEDENTE terá suas atualizações disponíveis na sede da CONCEDENTE, através do serviço de teleatendimento ou por meio da internet.

15.12. A inclusão como contratado, referenciado ou credenciado, de qualquer entidade hospitalar, implica compromisso para com os consumidores quando a sua manutenção ao longo da vigência do convênio, conforme regras abaixo:

- a) A substituição da entidade hospitalar seja por outra equivalente e mediante comunicação aos consumidores e a ANS com trinta dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo, os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor;
- b) Nos casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, a CONCEDENTE arcará com a transferência do beneficiário para outro estabelecimento equivalente, sem ônus adicional, garantindo-lhe a continuação da assistência;

- c) Na hipótese de a substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer por vontade da CONCEDENTE durante período de internação do beneficiário, o hospital estará obrigado a manter a internação e a CONCEDENTE a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério do médico assistente, na forma do convênio;
- d) Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, a operadora deverá solicitar à ANS autorização expressa.

DO REEMBOLSO

15.13. Será garantido ao Beneficiário o reembolso das despesas decorrentes dos atendimentos de urgência e emergência ocorridos na área de abrangência geográfica de cobertura do convênio sempre que não for possível a utilização dos serviços de prestadores da rede assistencial deste plano, no prazo previsto na cláusula 15.16 abaixo.

15.14. O reembolso terá como base a **tabela AMB 92, de acordo com o valor estipulado pela Associação Médica Brasileira e reajustado periodicamente, com CH 0,60.**

15.15. O beneficiário terá o prazo máximo de doze (doze) meses da data do evento para solicitar o reembolso, devendo para tanto apresentar à CONCEDENTE os seguintes documentos:

- a) Carteira de Identidade
- b) CPF
- c) Carteira do Plano
- d) Nota Fiscal
- e) Relatório do Evento Cirúrgico
- f) Ficha Anestésica
- g) Comprovante do efetivo desembolso da despesa
- h) Relatório médico referente a internação,
- i) Resumo de alta,
- j) Ficha da cirurgia assinada e carimbada pelo cirurgião responsável
- k) Ficha de anestesiologia assinada e carimbada pelo anestesista responsável
- l) Termo de consentimento informado e assinado para a realização de procedimentos cirúrgicos e invasivos

- m) Em caso de parto cesariana a autorização materna para a realização do procedimento
- n) Em caso de esterilização cirúrgica feminina ou masculina, anexas os documentos afins

15.16. O reembolso será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento da documentação completa pela CONCEDENTE, e seu valor não poderá ser inferior ao praticado por esta junto à rede assistencial do presente plano.

DO REGIME DE PORTA DE ENTRADA

15.17. Todos os produtos conveniados pelo beneficiário estão sujeitos ao regime de porta de entrada para a cobertura médica, nos termos do Art. 4º da norma CONSU nº 8, ou outra que venha a substituir.

15.18. As internações hospitalares serão realizadas no Hospital Geral de Itaguaí. Os BENEFICIÁRIOS internados em outros hospitais da rede credenciada serão comunicados e transferidos tão logo exista condições médicas assim avaliado pela auditoria da CONCEDENTE.

15.19. As cirurgias eletivas serão direcionadas para a equipe cirúrgica indicada pela CONCEDENTE.

15.20. Todo o serviço de oncologia será direcionado para a rede própria da CONCEDENTE.

Cláusula 16. Formação de Preço e Mensalidade

16.1. O valor a ser pago pela cobertura assistencial CONCEDENTE é pré-estabelecido, na Proposta De Adesão ao Contrato Coletivo Empresarial sendo esse valor per capita R\$ XXX.

16.2. A responsabilidade pelo desconto em folha de pagamento da contraprestação pecuniária e da coparticipação, quando for o caso, será da pessoa jurídica CONVENIENTE.

[Handwritten signature]

16.3. A CONVENIENTE obriga-se a efetuar os descontos e repassá-los à CONCEDENTE, em pré-pagamento, os valores relacionados na Proposta de Admissão, por beneficiário, para efeito de inscrição e mensalidade, através de desconto em folha de pagamento do BENEFICIÁRIO TITULAR.

16.4. As mensalidades serão pagas até seus respectivos vencimentos, conforme acordado na proposta de Admissão.

16.5. O vencimento da fatura mensal será calculado 10 (dez) dias após a data de assinatura do convênio.

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

16.7. As faturas emitidas pela CONCEDENTE serão baseadas na comunicação de movimentação de pessoal enviada pela CONVENIENTE até a data final estabelecida neste instrumento. A fatura se baseará nos dados disponíveis, realizando-se os acertos nas faturas subsequentes.

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

16.9. Ocorrendo impontualidade no pagamento da mensalidade assim como do valor referente a coparticipação, conforme estipulado nesta cláusula, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso, além de multa de 2% (dois por cento).

16.10. A CONCEDENTE não poderá fazer distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no convênio e aqueles a este já vinculado.



Cláusula 17. Reajuste

17.1. Considera-se reajuste qualquer variação positiva na contraprestação pecuniária, inclusive quando decorrente de revisão ou reequilíbrio econômico-atuarial do convênio.

REAJUSTE FINANCEIRO

17.2. Nos termos da legislação vigente, o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do Índice IPCA-Planos de Saúde, visando manter o equilíbrio econômico-financeiro do convênio. Este será apurado no período de 12 (doze) meses consecutivos, anteriores à data base de aniversário considerado como data-base de aniversário o mês de assinatura do Convênio, sem prejuízo da aplicação do reajuste por sinistralidade.

17.3. Na hipótese de descontinuidade do índice estabelecido, será estipulado novo índice mediante instrumento específico.

REAJUSTE POR SINISTRO

17.4. Além do reajuste financeiro, os preços das mensalidades serão ainda reajustados levando em consideração a sinistralidade da carteira.

17.5. Caso nova legislação venha a admitir o reequilíbrio econômico-atuarial do convênio, este será reavaliado, quando o nível de sinistralidade da carteira ultrapassar o índice (Sm) de 75% (setenta e cinco por cento), cuja base (S) é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 (doze) meses consecutivos, anteriores à data base de aniversário considerado como data-base de aniversário o mês de assinatura do Convênio. Neste caso, para o cálculo do percentual de reajuste será aplicada a seguinte fórmula:

$$R = ((S/Sm)-1)*100$$

Onde:

R= Percentual de Reajuste

S= Sinistralidade apurada no período (Mínimo de 12 meses)

Sm= Meta de Sinistralidade expressa em contrato dividida por 100 (cem).

17.6. Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, previsto no item 17.4, este deverá ser procedido de forma complementar ao especificado no item 17.2 e na mesma data, de forma a garantir a anualidade dos reajustes.

17.7. Caso o sinistro convênio ultrapasse 85% (oitenta e cinco por cento), a CONCEDENTE promoverá a recomposição financeira do contrato até esta meta, sem prejuízo do reajuste a ser aplicado em acordo com o indicado nesta cláusula.

REAJUSTE POR FAIXA ETÁRIA:

17.8. Em havendo alteração de faixa etária de qualquer beneficiário inscrito no presente Contrato, a mensalidade será reajustada, automaticamente, no mês subsequente ao da ocorrência, de acordo com os percentuais da tabela acima, que se acrescentarão sobre o valor da última da mensalidade, observadas a seguintes condições, conforme art. 3º, incisos I e II da RN 563/22:

- I. O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária;
- II. A variação acumulada entre a sétima e a décima faixa não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

17.9. Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária não se confundem com o reajuste financeiro anual.

17.10. Em se tratando de preço percapta, não haverá a mudança de faixa etária citado no item 17.7, incidindo sobre o convênio apenas os reajustes Financeiro e por Sinistro.

REAJUSTE POOL DE RISCO

17.11. Caso o presente convênio, na época de apuração para reajustes, possua menos de 30 (trinta) beneficiários inscritos, será agrupado com todos os demais convênios

coletivos da carteira da CONCEDENTE que se encontrarem nessa situação, formando o denominado POOL DE RISCO.

17.12. Se o convênio principal for agregado ao agrupamento de convênios coletivos com até 29 (vinte e nove) beneficiários, citados na cláusula anterior, o grupo beneficiado deverá ser constituído por no mínimo 02 (dois) e no máximo 29 (vinte e nove) beneficiários, número esse necessário para a manutenção do convênio, ser-lhe-á aplicado o mesmo reajuste para todos os convênios coletivos que formam este agrupamento.

17.13. A quantidade de beneficiários estabelecida para avaliar se o convênio será agregado ao agrupamento será verificada na data de sua assinatura, e anualmente reavaliada, no mês de aniversário deste convênio, para, conforme o caso mantê-lo ou excluí-lo do agrupamento.

17.14. Se este convênio não for agregado na data de sua assinatura ou for excluído do agrupamento no mês de seu aniversário, ser-lhe-á aplicado, no seu aniversário subsequente, o reajuste conforme os critérios estabelecidos no item 17.3 e 17.4.

17.15. Os reajustes efetuados serão comunicados à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), e divulgados no Portal Corporativo da operadora na Internet, em até 30 (trinta) dias após a sua aplicação, conforme determinado pela legislação em vigor.

REGRAS GERAIS:

17.16. Os valores das mensalidades relativas às inclusões de BENEFICIARIOS TITULARES e respectivos Dependentes, independentemente da data de ingresso no plano, serão reajustados quando do aniversário do convênio, unificando-se as respectivas tabelas.

17.17. Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano em um determinado convênio.



17.18. Nenhum convênio poderá receber reajuste em periodicidade inferior a 12 (doze) meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de migração e adaptação do convênio à Lei 9656/98.

17.19. Os reajustes efetuados serão comunicados à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), conforme determinado pela legislação em vigor.

Cláusula 18. Faixas Etárias

18.1. As tabelas de preços dos produtos foram fixadas em função da idade do beneficiário inscrito, de acordo com as seguintes faixas etárias e conforme os percentuais de reajustes incidentes em cada uma delas:

18.2. Os beneficiários com mais de 59 (cinquenta e nove) anos de idade estarão isentos do aumento decorrente de modificação por faixa etária, permanecendo apenas a aplicação do reajuste financeiro anual na forma prevista neste convênio.

Cláusula 19. Regras gerais da suspensão e rescisão

19.1. O atraso no pagamento da mensalidade, pela CONVENENTE, por um período superior a 10 (dez) dias, independentemente de notificação ou interpelação, implicará na suspensão automática do direito do(s) BENEFICIÁRIO(S) TITULAR(ES) e de seus DEPENDENTES a qualquer cobertura.

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

- I. Prática de fraude comprovada;
- II. Inadimplência por período superior a 30 (trinta) dias cumulativos, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do convênio.
- III. Se qualquer das partes infringir as cláusulas do presente instrumento.

19.3. Antes de completado o período inicial de 12 (doze) meses, a rescisão do convênio poderá ser solicitada por qualquer das partes, observadas as seguintes condições:

- a) quando motivada por uma das hipóteses previstas acima, sem qualquer ônus.
- b) imotivadamente, sujeitando a parte que solicitou a rescisão ao pagamento de multa no valor de 60% (sessenta por cento) das mensalidades restantes para se completar este período.

19.4. Após o período de 12 (doze) meses, contados da data de início de sua vigência, o presente convênio poderá ser denunciado imotivadamente, a qualquer tempo, por qualquer das partes, mediante aviso prévio por escrito, com antecedência mínima de 90 (noventa) dias.

19.5. A notificação por inadimplência poderá ser realizada pelos seguintes meios:

- I - correio eletrônico (e-mail) com certificado digital ou com confirmação de leitura;
- II - mensagem de texto para telefones celulares via SMS ou via aplicativo de mensagens com criptografia de ponta a ponta;
- III - ligação telefônica gravada, de forma pessoal ou pelo sistema URA (unidade de resposta audível), com confirmação de dados pelo interlocutor;
- IV - carta, com aviso de recebimento (AR) dos correios, não sendo necessária a assinatura da pessoa natural a ser notificada; ou preposto da operadora, com comprovante de recebimento assinado pela pessoa natural a ser notificada.

Cláusula 20. Das regras sobre a notificação por inadimplência à pessoa natural conveniente de plano privado de assistência à saúde e ao beneficiário que pagar a mensalidade do plano coletivo diretamente à operadora

20.1. Essas regras estão adstritas à notificação por inadimplência de pessoa natural conveniente de plano de saúde individual ou familiar, ao empresário individual conveniente de plano coletivo empresarial, ao ex-empregado aposentado ou demitido, que, nos termos dos arts. 30º e 31º da Lei nº 9.656/1998, se mantiver no plano coletivo conveniado pelo ex-empregador, aos beneficiários vinculados a convênio de autogestão ou aos beneficiários vinculados a convênio coletivo por adesão em que realizem o pagamento diretamente à Operadora ou através de Administradora de Benefícios.

20.2. Definições:

I - Pessoa natural conveniente: pessoa natural que celebra o convênio diretamente com a operadora de planos privados de assistência à saúde, independentemente do tipo de contratação do plano, e é responsável pelo pagamento da mensalidade do plano de saúde, podendo ou não estar vinculada ao convênio como beneficiária.

II - Beneficiário que pagar a mensalidade do plano coletivo diretamente à operadora: pessoa natural vinculada ao plano de saúde como beneficiária, titular ou dependente, que paga a mensalidade do plano coletivo diretamente à operadora, mesmo que haja uma pessoa jurídica conveniente.

III - Pessoa natural a ser notificada: pessoa natural que deverá receber a notificação por inadimplência, podendo ser a pessoa natural conveniente ou o beneficiário que pagar a mensalidade do plano diretamente à operadora.

20.2.1. A distinção entre pessoa natural conveniente e beneficiário se encontra no fato que a pessoa natural conveniente pode não estar vinculada ao convênio como beneficiária, mas é a responsável pelo pagamento da mensalidade do plano de saúde.

20.3. A operadora deverá realizar a notificação por inadimplência até o quinquagésimo dia do não pagamento como pré-requisito para a exclusão do beneficiário ou a rescisão unilateral do convênio por iniciativa da operadora, motivada por inadimplência.

20.4. Será considerada válida a notificação recebida após o quinquagésimo dia de inadimplência se for garantido, pela operadora, o prazo de 10 (dez) dias, contados da notificação, para que seja efetuado o pagamento do débito.

20.5. Os dias de pagamento em atraso de mensalidades já quitadas não serão contados como período de inadimplência para fins de exclusão do beneficiário ou rescisão do convênio.



20.6. Para que haja a exclusão do beneficiário ou a rescisão unilateral do convênio por inadimplência, deve haver, no mínimo, duas mensalidades não pagas, consecutivas ou não.

20.7. O período de inadimplência não será considerado válido para fins de exclusão do beneficiário ou suspensão ou rescisão unilateral do convênio quando a operadora der causa ao atraso, seja pela não disponibilização do boleto de pagamento válido, seja deixando de proceder o desconto em folha ou em débito em conta corrente, em desacordo com o convênio, devendo sempre comprovar que tomou todas as medidas necessárias para possibilitar o pagamento da mensalidade pelo beneficiário.

20.8. Cabe à operadora a comprovação inequívoca da notificação sobre a situação de inadimplência, demonstrando a data da notificação pela pessoa natural a ser notificada.

20.9. A exclusão do beneficiário ou a rescisão unilateral do convênio por iniciativa da operadora por motivo de inadimplência somente poderá ocorrer após decorrido o prazo de 10 (dez) dias ininterruptos a partir da data da notificação e se o débito não tiver sido pago nesse prazo.

20.10. Caso a inadimplência ou o valor do débito seja questionado à operadora pela pessoa natural a ser notificada dentro do prazo disposto na cláusula 20.9, a operadora deverá responder o questionamento concedendo novo prazo de 10 (dez) dias para o pagamento do débito em aberto, se houver.

20.11. A operadora poderá realizar negociação e o parcelamento do débito em aberto definindo as consequências de eventual inadimplemento da negociação com cláusulas claras e de fácil compreensão, inclusive prevendo a possibilidade de exclusão do beneficiário ou rescisão do convênio, respeitando os prazos de notificação da cláusula 20.3.

20.12. A notificação por inadimplência poderá ser realizada pelos meios elencados na cláusula 19.5.



20.13. Para a notificação por inadimplência, devem ser usadas as informações cadastradas no banco de dados da operadora, fornecidas pelo conveniente ou pela pessoa natural a ser notificada.

20.14. A notificação realizada por SMS ou aplicativo de mensagens para celulares prevista no inciso II da cláusula 19.5, somente será válida se o destinatário responder a notificação confirmando a sua ciência.

20.15. Após esgotadas as tentativas de notificação por todos os meios previstos na cláusula 19.5, que estejam disponíveis no cadastro de cada beneficiário, a operadora poderá excluir o beneficiário ou suspender ou rescindir unilateralmente o convênio por inadimplência, decorridos 10 (dez) dias da última tentativa, desde que comprove que tentou notificar por todos esses meios.

20.16. De forma complementar aos meios anteriormente elencados, a notificação por inadimplência poderá ser feita em área restrita da página institucional da operadora na Internet e/ou por meio de aplicativo da operadora para dispositivos móveis, desde que a notificação somente seja acessível por meio de login e senha pessoais.

20.17. O beneficiário deverá manter as informações cadastrais atualizadas.

20.18. A notificação por inadimplência deve conter, no mínimo, as seguintes informações:

- a) a identificação da operadora de plano de assistência à saúde, com nome, endereço e número de registro da operadora na ANS;
- b) a identificação da pessoa natural a ser notificada e dos beneficiários vinculados que poderão perder o plano de saúde por inadimplência, com nome e número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF);
- c) a identificação do plano privado de assistência à saúde conveniado, com nome e número de registro do plano na ANS;
- d) o valor exato e atualizado do débito na data de emissão da notificação;
- e) o período de atraso com indicação das competências em aberto e do número de dias de inadimplemento constatados na data de emissão da notificação;



f) a forma e o prazo para o pagamento do débito para a reversão da inadimplência; e
g) os meios de contato disponibilizados pela operadora para o esclarecimento de dúvidas pela pessoa natural a ser notificada.

20.19. Na alínea "f", a forma de pagamento oferecida deve ser, no mínimo, a usualmente utilizada para o pagamento das mensalidades, e o prazo deve ser de, no mínimo, 10 (dez) dias a partir da notificação.

20.20. Serão admissíveis na notificação outras informações, tais como as possibilidades de inscrição do devedor em cadastros restritivos de crédito e de cobrança da dívida e da possibilidade de imputação de novas contagens de carência e de cobertura parcial temporária, desde que sejam factíveis, não se apresentem em número excessivo ou em linguagem técnica e complexa que possa confundir ou desvirtuar o escopo da notificação, e não denotem um tom de constrangimento ou ameaçador.

20.21. Em qualquer meio de notificação utilizado pela operadora, a notificação por inadimplência deve seguir fielmente todo o conteúdo disposto na cláusula 20.18, com exceção dos meios previstos nos incisos II e III na cláusula 19.5, nos quais o conteúdo poderá estar resumido, sendo indispensável informar o nome da operadora, as competências das mensalidades não pagas, e um canal de atendimento da operadora para esclarecimento de dúvidas e reversão da inadimplência.

20.22. Na cobrança de mensalidade em atraso, poderá ser imputada multa de, no máximo, 2% (dois por cento) sobre o valor do débito em atraso e/ou juros de mora de, no máximo, 1% (um por cento) ao mês (0,033 ao dia) pelos dias em atraso, sem prejuízo da correção monetária, desde que previstos em contrato.

Cláusula 21. Disposições Gerais

21.1. Integra a este convênio, para todos os fins de direito, a Proposta de Adesão Contratual devidamente assinada pelo (a) CONVENIENTE, as fichas de adesão conforme regra descrita na Cláusula Sexta, o Cartão Individual de Identificação, a Declaração de Saúde do titular e dependentes e a Carta de Orientação ao Beneficiário, o Manual de

Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS) e o Guia de Leitura Contratual (GLC), Entrevista Qualificada e Exame Médico quando for o caso.

21.2. O (A) CONVENENTE reconhece expressamente que seu vínculo contratual é apenas com a CONCEDENTE.

21.3. CONVENENTE, por si e por seus beneficiários dependentes, autoriza a CONCEDENTE a prestar todas as informações cadastrais solicitadas pelos órgãos de fiscalização da assistência à saúde, respeitados os normativos referentes ao sigilo médico.

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

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

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

21.7. Ocorrendo a perda ou extravio do CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO, quando este for físico, o (a) CONVENENTE deverá informar, por escrito, o fato à CONCEDENTE, para o cancelamento ou, quando for o caso, a emissão de segunda via sendo que o cancelamento só terá validade quando reconhecido por escrito, pela CONCEDENTE.

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

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

21.10. As reclamações ou sugestões sobre qualquer um dos serviços prestados deve ser encaminhado por escrito à CONCEDENTE.

21.11. Serão adotadas as seguintes definições:

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

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

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

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

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

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

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

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

CARÊNCIA: período corrido e ininterrupto, contado a partir da data de início da vigência do convênio, durante o qual o CONVENIENTE paga as contraprestações pecuniárias, mas ainda não tem acesso a determinadas coberturas previstas no convênio.

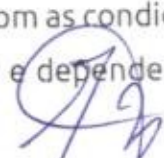
CID-10: é a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10ª revisão.

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

COPARTICIPAÇÃO: é a participação na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário diretamente à operadora, após a realização de procedimento.

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

DEPENDENTE: Beneficiário de plano privado de assistência à saúde cujo vínculo com a operadora depende da existência do vínculo de um beneficiário titular. Pessoa física com vínculo familiar com o beneficiário titular do plano de saúde, de acordo com as condições de elegibilidade estabelecidas no convênio. No plano individual, titular e dependentes



devem estar no mesmo plano. Nos planos coletivos, titulares e dependentes podem estar no mesmo plano ou em planos diferentes de acordo com o estabelecido pela pessoa jurídica CONveniente.

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

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

DOENÇA OU LESÃO PREEXISTENTE: aquela que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.

DOENÇA PROFISSIONAL: é aquela adquirida em consequência do trabalho.

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

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

FRANQUIA: é o valor financeiro a ser pago pelo beneficiário diretamente ao prestador da rede credenciada ou referenciada no ato da utilização do serviço, por não ser responsabilidade contratual da operadora.

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

MENSALIDADE: contraprestação pecuniária paga pelo CONVENIENTE à operadora.

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

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

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

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

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

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

21.12. As Partes convenientes se obrigam a garantir que o titular dos dados deve ter acesso facilitado a todas as informações relevantes sobre o tratamento dos seus dados, apresentando apresentar de forma clara, adequada e ostensivas informações sobre a finalidade específica da operação, dentre outros, devendo, proativamente, minimizar as chances de o titular ter dúvidas quanto ao tratamento de seus dados, o que se faz a partir do uso de uma linguagem simples, direta e no idioma do próprio titular.

21.13. As Partes se obrigam a obter o consentimento e autorização direta do titular para tratamento de seus dados pessoais pelos titulares, como uma forma de expressão da manifestação de vontade do titular de forma livre, informada e inequívoca, pela qual ele concorda com as operações de tratamento com finalidades determinadas que lhe seja apresentada.

21.14. Cabem as Partes o ônus de comprovar que adotaram as ferramentas e estratégias necessárias para garantir que o consentimento foi dado na forma da lei com transparência, de forma clara e inequívoca, não sendo necessário, entretanto, qualquer prova da efetiva compreensão dos titulares sobre as informações que fundaram seu consentimento.



21.15. Caso as informações fornecidas ao titular tenham conteúdo enganoso ou abusivo ou não tenham sido apresentadas previamente, o consentimento será considerado nulo, não autorizando, portanto, o tratamento dos dados pessoais.

21.16. O titular tem o direito de revogar o consentimento a qualquer tempo, mediante manifestação expressa e por meio de procedimento gratuito e facilitado, quando será encerrada qualquer operação de tratamento que fosse exclusivamente fundada no consentimento do titular e, ainda que não seja possível continuar a coleta dos dados pessoais sem que haja o consentimento ou outra base legal que o autorize, a utilização dos dados anterior à revogação continua válida, sendo seu armazenamento possível apenas na hipótese de o titular não exigir também a eliminação dos dados ao revogar seu consentimento.

21.17. Caso haja qualquer mudança no tratamento dos dados pessoais que não seja compatível com o consentimento original, seja em relação à finalidade da operação com dados pessoais, à sua forma e duração ou ainda ao compartilhamento destes dados, a Parte que proceder em tal mudança deverá informar ao titular, com destaque de forma específica do teor das alterações, podendo o titular, revogar seu consentimento previamente concedido caso discorde da alteração.

21.18. As partes ficam obrigadas a confidencialidade no tratamento de dados pessoais em qualquer operação que seja realizada com o intuito de possibilitar a promoção da proteção da vida ou da incolumidade física do titular ou de terceiros, principalmente quando esta finalidade envolva inevitavelmente o tratamento de dados pessoais sensíveis, como dados referentes às condições de saúde dos titulares.

21.19. As partes se obrigam aos princípios da transparência e da necessidade que devem ser observados enquanto balizas para que a premissa da proteção à vida não ensejando a coleta desnecessária ou abusiva de dados pessoais, devendo ser realizado apenas o tratamento do mínimo necessário de dados pessoais para a persecução das finalidades mencionadas.

21.20. As Partes declaram-se cientes e concordam, bem como adotarão todas as medidas para deixar seus parceiros, Colaboradores e clientes também cientes, e que em

decorrência do presente Instrumento poderão ter acesso, utilizarão, manterão e processarão, eletrônica e manualmente, informações e dados prestados pelos titulares ("Dados Protegidos"), exclusivamente para fins específicos de prestação dos serviços médicos ambulatoriais.

21.21. As Partes declaram-se cientes dos direitos, obrigações e penalidades aplicáveis constantes da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei 13.709/2018) ("LGPD"), e obrigam-se a adotar todas as medidas razoáveis para garantir, por si, bem como seu pessoal, colaboradores, empregados e subcontratados que utilizem os Dados Protegidos na extensão autorizada na referida LGPD.

21.22. As Partes devem dar ciência aos seus parceiros sobre a LGPD e garantir que possuem todos os consentimentos e avisos necessários para permitir a transferência legal de dados pessoais dos titulares para o exercício dos serviços ora conveniados.

21.23. As Partes obrigam-se a manter o mais completo e absoluto sigilo sobre quaisquer dados, documentos, informações técnicas, comerciais ou pessoais que venham a ter conhecimento, acesso, ou que lhes venha a ser confiados, não podendo, sob qualquer pretexto, direta ou indiretamente, divulgar, revelar, reproduzir, utilizar ou dar conhecimento de tais informações a terceiros, sem o expresso consentimento dos titulares, ressalvados os casos definidos em lei ou por expressa determinação judicial, subsistindo a obrigação de sigilo e confidencialidade prevista nesta cláusula mesmo após sua vigência, por prazo indeterminado.

21.24. Para os fins de interpretação deste Convênio, serão aplicadas as disposições da Lei nº 13.709/2018, a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais – LGPD, inclusive suas definições.

21.25. As Partes comprometem-se a tratar Dados Pessoais para o atingimento do escopo deste convênio em conformidade com a legislação de proteção de dados, inclusive, mas não limitada à Lei nº 13.709/2018, a Lei Geral de Proteção de Dados – LGPD.



21.26. Em caso de dano decorrente de descumprimento da legislação de proteção de dados, e/ou de descumprimento dos termos deste Convênio, a Parte culpada indenizará a outra Parte por quaisquer perdas, danos, obrigações, responsabilidades, custos e despesas, incluindo honorários advocatícios, custas judiciais, juros e multas em que a Parte inocente tenha incorrido.

21.27. O presente Convênio não gera qualquer tipo de exclusividade entre as partes, podendo a Contratante contratar outro prestador de serviço durante a vigência deste Convênio.

21.28. Salvo disposição expressa por escrito em contrário, nenhuma das Partes será responsável pelo não cumprimento do presente Convênio quando verificada a ocorrência de Caso Fortuito ou Força Maior.

21.29. Quaisquer tributos, vigentes ou que vierem a ser criados e que incidirem direta ou indiretamente sobre a prestação de serviços, objeto do presente, correrão por conta da Concedente.

21.30. As Partes obrigam-se por si, por seus sócios, diretores, funcionários, prepostos e/ou pessoal conveniente, a guardar o mais completo e absoluto sigilo em relação a todas e quaisquer informações relacionadas às atividades da outra Parte, das quais venham a ter conhecimento ou acesso em razão da prestação dos serviços objeto deste Convênio, inclusive o próprio Convênio, não podendo, sob qualquer pretexto, utilizá-las para si, divulgar, revelar, reproduzir ou delas dar conhecimento a terceiros, sem a prévia e expressa autorização por escrito da outra Parte, responsabilizando-se, em caso de descumprimento das obrigações assumidas nesta Cláusula, por eventuais perdas e danos e demais cominações legais. As obrigações assumidas nesta Cláusula subsistirão à extinção do Convênio, por qualquer motivo, pelo prazo de 05 (cinco) anos.

21.31. Cada uma das partes é a única e exclusiva responsável pelos contratos de trabalho de seus empregados e subcontratados, inclusive nos eventuais inadimplementos trabalhistas em que possa incorrer, não podendo ser arguida solidariedade da outra parte, nem mesmo responsabilidade subsidiária, não existindo qualquer vínculo empregatício entre os empregados e subcontratados de uma parte com a outra, seja a

que título for, respondendo cada uma delas, inclusive, pelas condenações que vier a sofrer. Cada parte selecionará, sob sua inteira responsabilidade, como única empregadora, a mão de obra que julgar necessária à execução das etapas pelas quais seja responsável na execução dos serviços objeto deste instrumento, obrigando-se a cumprir com todas as exigências trabalhistas e previdenciárias, decorrentes dessa contratação, pagando os respectivos encargos, declarando, sob as penas da lei, que não utiliza, em nenhuma hipótese, mão de obra infantil em sua cadeia produtiva, inclusive em suas relações com fornecedores e parceiros.

21.32. Este Convênio somente poderá ser alterado por meio de Termo Aditivo celebrado entre as Partes.

21.33. O presente convênio é celebrado em caráter irrevogável e irretratável, obrigando não só as partes convenientes, como também seus herdeiros e sucessores, a qualquer título, e não pode ser objeto de cessão ou transferência, no todo ou em parte, sem a prévia e expressa concordância da outra parte.

21.34. A abstenção do exercício de qualquer direito conferido às Partes ou a demora ou não aplicação das penalidades previstas neste Convênio será considerada ato de mera tolerância e não implicará novação ou renúncia ao respectivo direito, podendo as Partes exercê-lo a qualquer momento.

21.35. Se qualquer disposição deste Contrato for julgada nula, ilegal ou inexecutável, por tribunal competente, tal nulidade, ilegalidade ou inexecutabilidade não afetará qualquer outra disposição aqui contida, devendo tal disposição ser reajustada consoante a intenção das Partes extraída da interpretação geral deste Convênio.

21.36. O presente instrumento não estabelece entre as Partes nenhuma forma de sociedade, vínculo empregatício ou responsabilidade solidária ou conjunta, mantendo-se cada uma com sua autonomia jurídica e econômica própria e independência dos centros decisórios e respondendo cada uma delas por todas as obrigações de seus funcionários, dentre as quais, as trabalhistas, fiscais, parafiscais, previdenciárias, securitárias e demais verbas cabíveis em virtude de lei.

21.37. Fica expressamente vedado à Concedente, salvo em caso de autorização expressa da Conveniente, a utilização dos termos deste Instrumento em divulgação ou publicidade, bem como o uso do nome, marca e logomarca da Conveniente, para qualquer finalidade e em qualquer meio de comunicação, quer seja na mídia impressa, escrita, falada ou eletrônica, incluindo-se, porém, sem se limitar, a publicação em portfólio de produtos e serviços, links, etc., sendo que a sua infração poderá ensejar a rescisão automática deste Instrumento, a critério da Conveniente, além de sujeitar-se a Concedente, ao pagamento da multa contratual e perdas e danos que forem apuradas.

21.38. As partes acordam que os presentes instrumentos, bem como suas alterações, poderão ser firmados por meio eletrônico, podendo ser utilizada a assinatura digital, por meio da certificação de Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira (ICP-Brasil), ou qualquer outra, desde que permita a validação da integridade e autoria do documento (conforme Medida Provisória n. 2.200-2/2001); sendo certo que o presente instrumento terá natureza de contrato eletrônico.

21.39. A Concedente declara para todos os fins que o seu representante legal (incluir o nome do representante legal), inscrito no CPF/MF sob o nº (incluir CPF do representante legal), endereço eletrônico (incluir endereço eletrônico do representante), possui amplos poderes de representação, podendo, para tanto, firmar o presente Convênio sem quaisquer ressalvas.

Cláusula 22. Obrigações da CONCEDENTE

22.1 Sem prejuízo de quaisquer outras obrigações previstas no presente instrumento e na legislação em vigor, a Contratada se obriga a:

- I. Garantir elevado padrão técnico-profissional dos Serviços prestados;
- II. Responsabilizar-se por eventuais prejuízos causados à Conveniente, e/ou à terceiros, provocados por atos dolosos ou culposos, por negligência, imprudência, imperícia ou irregularidades cometidas durante a prestação dos Serviços contratados;

- III. Responsabilizar-se por quaisquer perdas e danos causados à Conveniente e/ou a terceiros em virtude de ações ou omissões relacionadas à prestação dos serviços e/ou à execução do presente Convênio;
- IV. Em decorrência deste convênio, sob nenhuma hipótese ou em qualquer situação, se presumirá a eventual existência de qualquer vínculo empregatício ou obrigações de caráter trabalhista e previdenciário entre Concedente e Conveniente, nem a Concedente será fiadora das obrigações e encargos da Conveniente, a qual, assume neste ato, integral responsabilidade por tais obrigações inclusive nas esferas Cível e Penal;
- V. Fica expressamente convencionado que, na hipótese de a Conveniente ser autuada, notificada, intimada ou condenada, na condição de responsável ou co-responsável, por qualquer obrigação atribuível a Concedente no limite do objeto do presente convênio, inclusive demandas judiciais de clientes da Conveniente, ou na hipótese de que, essas obrigações, a critério das autoridades competentes, possam vir a ser imputadas ao Conveniente, sejam elas de natureza fiscal, trabalhista, previdenciária, cível ou criminal voltados a Concedente, sua prestação de serviço, e seu pessoal, pelo período de vigência deste contrato, mesmo após o término dele, e sempre nos limites das obrigações e responsabilidades aqui assumidas pelo objeto do presente convênio, a Conveniente dará formal e imediato conhecimento a Concedente, que adotará as providências cabíveis para exclusão do Conveniente do polo passivo de qualquer obrigação ou de processos, acaso existam. Caso a Conveniente venha a arcar com tais despesas processuais, inclusive honorários advocatícios, indenizações (sejam provenientes de condenações judiciais ou não), quer decorrentes de reclamação cível ou trabalhista, a Concedente, deverá reembolsar o Conveniente na quantia por ele comprovadamente despendida, no prazo de 30 (trinta) dias úteis, e não o fazendo, a mesma será acrescida de multa não compensatória de 2% (dois por cento), de juros de mora de 1% (um por cento) ao mês e correção monetária a ser apurada pelo índice IGPM/FGV;
- VI. A Conveniente poderá, a qualquer tempo e independentemente de notificação à Concedente ou do exercício de outros direitos e medidas previstas no presente Convênio, a seu exclusivo critério, (i) reter parte ou a totalidade dos pagamentos devidos à Concedente em virtude do Convênio e/ou de quaisquer outros negócios jurídicos (independentemente de formalização por instrumento escrito) entre as Partes ou (ii) compensar eventuais valores correspondentes a perdas e danos (incluindo, mas não se limitando aos lucros



cessantes) e custos de qualquer natureza, verificados ou iminentes, com o Preço ou outros valores devidos pela Conveniente à Concedente, sem prejuízo de outras medidas previstas neste Convênio:

- 1) Caso a Conveniente seja, a qualquer tempo, autuada, notificada, citada, intimada ou mesmo condenada em razão de obrigação atribuível à Concedente;
- 2) Caso haja descumprimento ou atraso no cumprimento de quaisquer obrigações pela CONCEDENTE, a qualquer título; e
- 3) Caso seja verificada a existência ou indícios de débitos fiscais, trabalhistas e/ou previdenciários da Concedente, incluindo, mas não se limitando às contribuições ao INSS, não recolhidos pela Concedente e que possam resultar em penalidades e cobranças à Conveniente.

- VII. Em caso de descumprimento, pela Concedente, de qualquer obrigação com base neste Convênio, esta incorrerá em multa não compensatória equivalente a 20% (vinte por cento) do valor total deste Convênio (fixo ou estimado), sem prejuízo do pagamento de indenização por danos causados em decorrência do descumprimento e rescisão do presente instrumento, a exclusivo critério da Conveniente.

Cláusula 23. Eleição de Foro

As partes elegem o foro central da comarca da Capital do Rio de Janeiro para os casos de litígios ou pendências judiciais, renunciando a qualquer outro por mais privilegiado que seja.

Itaguaí, 10 de Junho de 2025.

CÂMARA MUNICIPAL DE ITAGUAÍ - PRESIDENTE FABIANO JOSE NUNES

Valéria Jéssica G. Soares
OPLAN SAÚDE OPERADORA DE PLANOS DE SAÚDE LTDA

Testemunhas:

1) *Rafael de F. Rocha*
Nome: *Rafael de F. Rocha*
CPF: *092428077-88*

2) *Leandro de Brito Cavalcanti*
Nome: *Leandro de Brito Cavalcanti*
CPF: *073137967-05*