

CAPÍTULO III - CONDIÇÃO ESPECÍFICA DE CONTRATAÇÃO DE PLANO DE SAÚDE

Esta Condição Específica de Contratação de Plano de Saúde é parte integrante e indissolúvel do **CONTRATO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL NA SEGMENTAÇÃO AMBULATORIAL E/OU HOSPITALAR COM OU SEM OBSTETRÍCIA PEQUENAS E MÉDIAS EMPRESAS – PME (09.2022.001)**.

1. CARACTERÍSTICAS DOS PLANOS

Nome do Plano	Número de Registro na ANS	Coparticipação	Segmentação	Acomodação
POP HUMANIZA EMPRESARIAL	488.858/21-8	Sim	Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia	Coletiva

2. PADRÃO DE ACOMODAÇÃO

2.1. O padrão de acomodação de cada plano observará sempre aquele previsto na tabela constante no item 1. CARACTERÍSTICAS DOS PLANOS da presente Condição Específica:

(a) Acomodação Coletiva: quarto não privativo de até 02 (dois) leitos. Havendo indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos referenciados, é garantido ao Beneficiário o acesso à acomodação em nível superior, sem custo adicional;

(b) Acomodação Individual: apartamento com quarto e banheiro privativos e com direito a um acompanhante.

3. ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA

3.1. A abrangência geográfica observará sempre as características específicas de cada um dos planos contratados, observadas as especificações constantes na tabela a seguir no que diz respeito às localidades em que serão garantidas as coberturas assistenciais:

Nome do Plano	Número de Registro na ANS	Abrangência Geográfica
POP HUMANIZA EMPRESARIAL	488.858/21-8	<u>Grupo de Municípios:</u> Alvorada/RS, Cachoeirinha/RS, Campo Bom/RS, Canoas/RS, Eldorado do Sul/RS, Esteio/RS, Glorinha/RS, Gravataí/RS, Guaíba/RS, Nova Santa Rita/RS, Novo Hamburgo/RS, Porto Alegre/RS, Sapiranga/RS, Sapucaia do Sul/RS, São Leopoldo/RS, Viamão/RS.

4. MECANISMO DE REGULAÇÃO

4.1. Mecanismos de Regulação – Coparticipação

4.1.1. Observada a tabela constante no item 1. CARACTERÍSTICAS DOS PLANOS da presente Condição Específica, para os planos com coparticipação será devido pela Contratante em favor da Contratada para a realização de cada um dos procedimentos a seguir indicados o pagamento de coparticipação, a qual será cobrada juntamente com o faturamento mensal:

PROCEDIMENTOS	VALOR DA COPARTICIPAÇÃO	Observações
Consultas Eletivas/Urgência (Rede Própria CCG Saúde)	R\$ 20,00	Sem limitador
Consultas Eletivas/Urgência (Rede Externa Credenciada)	R\$ 20,00	-
Consulta/Sessão de Psicologia (Rede Própria CCG Saúde)	R\$ 20,00	Sem limitador
Consulta/Sessão de Psicologia (Rede Externa Credenciada)	R\$ 20,00	-
Consulta/Sessão de Fisioterapia Ambulatorial	R\$ 10,00	Sem limitador
Exames Simples	R\$ 5,00	Limite de R\$ 50,00 por guia de autorização
Exames de Alta Complexibilidade	R\$ 50,00	Limite de R\$ 150,00 por guia de autorização
Quimioterapia	40% da Tabela praticada para remuneração dos serviços médicos	Limitador de R\$ 200,00 por ciclo.
Radioterapia	40% da Tabela praticada para remuneração dos serviços médicos	Limitador de R\$ 200,00 por ciclo.
Hemodiálise	40% da Tabela praticada para remuneração dos serviços médicos	Limitador de R\$ 200,00 por ciclo.

(*) A classificação dos exames/terapias pode ser consultada no portal ou na Central de Atendimento da **CONTRATADA**.

(**) Limite Máximo de Cobrança por beneficiário / mês - exceto internação

4.1.2. Será garantida a isenção da cobrança da coparticipação no caso de consulta de retorno, desde que realizada pelo mesmo especialista, no período de 30 (trinta) dias da última consulta.

4.1.3. O valor máximo de coparticipação observará a legislação vigente à época da contratação e a tabela prevista no item 4.1.1 acima, observadas as atualizações dos valores de acordo com o critério de reajuste previsto em contrato.

4.1.4. Os procedimentos/eventos para os quais será devida a coparticipação pela CONTRATANTE serão aqueles previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e, por ventura

procedimentos/eventos extra-Rol desde que previstos para o plano contratado, sendo certo que os valores de coparticipação previstos serão reajustados anualmente na mesma data base de reajuste das contraprestações pecuniárias mensais, observado o índice financeiro previsto nas Condições Gerais do Contrato.

4.2. Mecanismos de Regulação – Porta de Entrada

4.2.1. Consultas prioritariamente nos Centros Clínicos próprios da **CONTRATADA**. Quando não houver disponibilidade das especialidades básicas nos Centros Clínicos próprios, as consultas serão realizadas nos consultórios credenciados por meio do Autorizador, sempre respeitando os municípios previstos na abrangência geográfica do plano contratado.

4.2.1.1. As consultas com médicos das demais especialidades somente poderão ser realizadas nos Centros Clínicos ou na Rede Credenciada, desde que seja precedida de consulta realizada em especialidade básica nos Centros Clínicos ou na Rede Credenciada, mediante Autorizador.

4.2.1.2. Exames complementares e terapias, quando solicitados por médicos da rede própria ou credenciada da **CONTRATADA** ou indicados pela mesma para esta finalidade, mediante guia de autorização emitida nos Centros Clínicos próprios ou pelo Departamento de Internação da **CONTRATADA**;

4.2.1.3. A rede de prestadores (consultórios, serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento e hospitais) observará exclusivamente aquela relativa ao plano contratado e ao qual Beneficiário esteja vinculado conforme informações divulgadas no portal da **CONTRATADA** na internet (www.ccgsaude.com.br);

4.2.1.4. Internações em hospitais e maternidades da Rede Própria ou Credenciada da **CONTRATADA**, com os médicos por ela indicados para esta finalidade, com padrão de acomodação compatível com aquele previsto para o plano contratado e mediante guia de autorização prévia emitida pelo Departamento de Internação da **CONTRATADA**.

4.2.1.5. Quando não houver rede própria a **CONTRATADA** poderá oferecer rede credenciada em substituição à mesma, sendo facultado à **CONTRATADA** o direito de voltar a oferecer rede própria quando houver a disponibilidade na área de abrangência geográfica do plano contratado.

4.3. Mecanismos de Regulação – Autorização Prévia

4.3.1. A todos os produtos do presente instrumento serão aplicadas as regras de autorização prévia, conforme as regras e condições a seguir discriminadas.

4.3.2. As solicitações pelo médico assistente de internações clínicas e cirúrgicas, exames complementares e terapias, devem ser submetidos à autorização prévia pelo Departamento de Regulação da **CONTRATADA**, que analisará e emitirá as respectivas respostas dentro dos prazos previstos pela legislação e regulamentação vigentes.

4.3.3. A solicitação de autorização prévia e sua respectiva resposta serão viabilizadas via Portal (www.ccgsaude.com.br) na área logada do beneficiário, ou nos Centros Clínicos próprios da **CONTRATADA**.

4.3.4. A análise de autorização dos procedimentos e eventos cobertos e previstos neste Contrato e, solicitados pelo médico assistente, serão submetidos à Segunda Opinião Médica, visando melhor elucidação diagnóstica e a segurança do paciente.

4.3.4.1. A Segunda Opinião Médica poderá ser realizada de forma documental ou presencial, a critério do profissional auditor da **CONTRATADA**.

4.3.4.2. Na hipótese de indicação de Segunda Opinião presencial pelo profissional auditor, o Beneficiário estará obrigado a comparecer em consulta agendada para este fim, sob pena de restar prejudicada a análise para fins de autorização do procedimento solicitado.

4.3.5. As hipóteses de contraindicação do procedimento solicitado, após análise da Segunda opinião, serão submetidas a Junta Médica e/ou Odontológica, para definição do impasse.

4.3.5.1. A Junta Médica e/ou Odontológica será constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo Beneficiário, por profissional da **CONTRATADA** e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da **CONTRATADA**.

4.3.5.2. A escolha de comum acordo do profissional desempatador observará as regras da legislação e regulamentação vigentes à época do procedimento.

4.3.5.3. A critério profissional desempatador, a Junta Médica e/ou Odontológica poderá ser documental ou presencial, ou ainda conter solicitação de exames complementares.

4.3.5.4. Sendo indicada a junta presencial ou a realização de exames complementares, é obrigatório o comparecimento do beneficiário para este fim, sob pena de restar prejudicada a análise do profissional desempatador e, consequentemente, a conclusão da Junta e a autorização do procedimento.

4.3.6. Os impasses quanto a indicação de materiais especiais, órteses ou próteses também serão sanados via o processo da Junta Médica e/ou Odontológica.

4.3.6.1. O profissional assistente, solicitante do procedimento submetido a Junta Médica e/ou Odontológica, deverá justificar clinicamente a indicação das órteses, próteses ou dos materiais especiais – OPME necessários à execução dos procedimentos e, oferecer, pelo menos, 3 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas.

4.3.6.2. A **CONTRATADA** instaurará Junta Médica e/ou Odontológica quando o profissional assistente não indicar as 3 (três) marcas ou nas hipóteses em que discordar das marcas indicadas, após análise da Segunda Opinião.

4.3.7. A **CONTRATADA** se obrigará ao parecer do profissional desempatador, seja pela cobertura ou pela não realização do procedimento solicitado, sem prejuízo de consenso com o profissional assistente em relação à conduta clínica.

4.4. Mecanismos de Regulação – Gerenciamento de Ações em Saúde

4.4.1. As solicitações de internações clínicas e cirúrgicas, procedimentos ou exames efetuados por profissional não pertencente à Rede Própria ou Credenciada da **CONTRATADA** poderão ser autorizadas, após análise prévia do pedido pelo Departamento Médico da **CONTRATADA** e observadas as regras contratuais de Segunda opinião e Junta Médica, contudo o procedimento será exclusivamente realizado por profissionais credenciados e na Rede Própria ou Credenciada da **CONTRATADA**.

4.4.2. Nos planos relacionados nesta Condição Específica os atendimentos relativos às especialidades abaixo relacionadas estarão sujeitos a **Direcionamento** exclusivamente a profissional e prestador da Rede Própria ou Credenciada disponibilizados no momento da autorização do procedimento:

- a) Ortopedia (cirurgias ortopédicas eletivas);
- b) Oncologia;
- c) Procedimentos eletivos na especialidade de Buco Maxilo Facial;
- d) Cirurgias Gástricas eletivas;
- e) Acompanhamento de Gestação de Risco;
- f) Cardiologia (Cirurgias Cardiovasculares eletivas);
- g) Neurocirurgias eletivas;
- h) Otorrinolaringologia (procedimentos eletivos);
- i) Internação de Urgência e Emergência.

4.4.2.1. O direcionamento à profissional e/ou estabelecimento de saúde conforme item 4.4.1. não dispensa a análise prévia de autorização pela **CONTRATADA**, de acordo com as coberturas contratadas.

4.4.2.2. A **CONTRATADA** poderá realizar o **Direcionamento** exclusivamente a profissional e prestador da Rede Própria ou Credenciada nas hipóteses de terapias multidisciplinares que envolvam sessões de fonoaudiologia, psicoterapia e terapia ocupacional.

5. REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA

5.1. A variação do preço em razão da alteração da faixa etária somente incidirá quando o Beneficiário completar a idade limite abaixo prevista, sendo o reajuste aplicado no mês subsequente, conforme faixas etárias e percentuais constante da tabela abaixo:

FAIXAS ETÁRIAS	Variação %
0 a 18 anos	0,00%
19 a 23 anos	34,98%
24 a 28 anos	18,18%
29 a 33 anos	0,00%
34 a 38 anos	0,00%
39 a 43 anos	18,77%
44 a 48 anos	30,00%
49 a 53 anos	30,00%
54 a 58 anos	30,00%
59 anos ou +	44,13%

6. BENEFÍCIOS ADICIONAIS

6.1. Para os planos previstos na presente Condição Específica serão disponibilizados os Benefícios Adicionais a seguir:

6.1.1. Clube de Vantagens e Benefícios – Exclusivo clube de vantagens e benefícios com descontos nas áreas de alimentação, lazer, saúde e bem-estar, medicamentos e outros.

6.1.2. Centro de Oncologia – Ala de Oncologia – Os Beneficiários terão à disposição uma moderna e exclusiva ala especializada no atendimento oncológico e quimioterápico, com equipe médica multidisciplinar especializada que proporciona todo o suporte e segurança aos pacientes.

6.1.3. Medicina Preventiva – A **CONTRATADA** disponibilizará aos beneficiários, um conjunto de programas pioneiros que promove a qualidade de vida e o bem-estar dos beneficiários por meio da adoção de hábitos saudáveis. Entre os programas desenvolvidos pela **CONTRATADA**, destacam-se os seguintes:

- a) Medicina Preventiva (Qualivida);
- b) Programa de Gestação Segura;
- c) Preventiva Premiada;
- d) Programa de Apoio ao Paciente com Doenças Crônicas;
- e) Programa de Assistência ao Idoso;
- f) Casos de Alta Complexidade.

6.1.3.1. As informações sobre disponibilidade dos programas em cada localidade, bem como demais informações, podem ser obtidas no portal da **CONTRATADA** na internet (www.ccgsaude.com.br) e através dos canais de atendimentos divulgados no referido portal.

7. DISPOSIÇÕES GERAIS

7.1. Aplicam-se a este plano as demais cláusulas e Condições Gerais do Contrato de Assistência à Saúde – **09.2022.001** – Coletivo Empresarial na Segmentação Ambulatorial e/ou Hospitalar com ou sem Obstetrícia, devidamente registrado em Cartório de Registro de Títulos e Documentos da Cidade de São Paulo e disponível no portal da **CONTRATADA**: www.ccgsaude.com.br.