

CCG POP - ADEÇÃO AMBULATORIAL PD II
CONTRATO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE Nº 485.146/20-3
Plano Ambulatorial c/Odontológico c/Coparticipação.

CARACTERÍSTICAS GERAIS DO CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE
QUALIFICAÇÃO DAS PARTES

DA CONTRATADA

OPERADORA: **CENTRO CLÍNICO GAÚCHO LTDA.**, Registro na ANS sob nº **39.280-4**, classificada como Medicina de Grupo, com endereço em Porto Alegre, com Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica nº **00.773.639/0001-00**, neste ato representado por seus sócios, no fim assinados, doravante designado **CCG SAÚDE**.

DA CONTRATANTE

RAZÃO SOCIAL: _____
NOME FANTASIA (se houver) _____
CNPJ: _____ Inscrição Estadual: _____
Endereço: _____, Nº _____
Complemento: _____, Bairro: _____, CEP: _____, Cidade/UF: _____
Representante Legal: _____
CPF nº: _____, Cargo: _____, Contato: _____.

I – ATRIBUTOS DO CONTRATO

CLÁUSULA PRIMEIRA – OBJETO DO CONTRATO

O presente contrato tem por objetivo a prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais de saúde na forma de Plano Privado de Assistência à Saúde prevista no inciso I, do art. 1º, da Lei 9.656/98, visando a Assistência Médica Hospitalar com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, conforme o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela ANS, vigente à época do evento.

1.1. A área de abrangência geográfica do presente contrato é estadual, de acordo com ANEXO (“DISPOSIÇÕES GERAIS”), parte integrante deste contrato.

II – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

CLÁUSULA SEGUNDA - DOS BENEFICIÁRIOS DO CONTRATO:

Pessoas aptas a utilizar os serviços:

2.1. O plano de saúde coletivo por adesão é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à CONTRATANTE, por relação **com pessoas jurídicas de caráter profissional associativo, classista ou setorial:**

- a) Conselhos profissionais e entidades de classe, nos quais seja necessário o registro para o exercício da profissão;
- b) Sindicatos, centrais sindicais e respectivas federações e confederações;

- c) Associações profissionais legalmente constituídas;
- d) Cooperativas que congreguem membros de categorias ou classes de profissões regulamentadas;
- e) Caixas de assistência e fundações de direito privado que se enquadrem nas disposições desta resolução;
- f) Entidades previstas na Lei nº 7.395, de 31 de outubro de 1985, e na Lei nº 7.398, de 4 de novembro de 1985;

2.2. Serão considerados beneficiários da prestação de serviços o titular, associados à CONTRATANTE, podendo ainda, serem inscritos pelo titular seus dependentes, assim constituídos:

- a) O cônjuge;
- b) O companheiro, havendo união estável na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial;
- c) Os filhos, netos e enteados, ambos com até 40 (quarenta) anos incompletos (39 anos, 11 meses e 29 dias);
- d) Os tutelados ou curatelados e os menores sob a guarda (*mediante decisão judicial*);

2.2.1. A adesão do grupo familiar dependerá da participação do titular no plano de saúde.

2.3. Cadastramento de beneficiários:

Para uso dos benefícios previstos neste contrato, é indispensável o cadastramento prévio dos beneficiários titulares e dependentes junto ao CENTRO CLÍNICO GAÚCHO:

- 2.3.1. Haverá cobertura contratual ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, ou do seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, independente do cadastramento, sendo condicionadas as carências já cumpridas pelo beneficiário titular, sendo vedada qualquer alegação de DLP ou aplicação de CPT ou Agravo;
- 2.3.2. No caso de inscrição, do recém-nascido (filho natural ou adotivo) do beneficiário, dentro do prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento/adoção, este ingressará no plano com as mesmas carências já cumpridas, até a data da inscrição, pelo titular;
- 2.3.3. No caso de inscrição de filho adotivo, até 12 (doze) anos de idade, haverá aproveitamento das carências já cumpridas pelo beneficiário adotante;
- 2.3.4. O prazo para apresentação da documentação comprobatória da condição de universitário, a fim de aproveitar o cumprimento de carência e CPT, será de 30 (trinta) dias a contar da data que completar a maioridade prevista no item 2.2 letra "c".

2.4. As inclusões se efetivarão dentro do mês de sua comunicação, sendo observado o prazo máximo de 05 (cinco) dias úteis contados do recebimento da solicitação para o cadastramento. Neste período, o beneficiário poderá usufruir dos serviços contratados mediante a apresentação de documento com foto, acompanhado de autorização da CONTRATANTE. Na hipótese da utilização de eventuais atendimentos antes desse prazo, a CONTRATANTE autorizará estes para débito do CENTRO CLÍNICO GAÚCHO.



- 2.5. A CONTRATANTE fornecerá a relação nominal dos beneficiários que deverão ser vinculados ao plano e os enviará em formulários, apropriados, a serem fornecidos pelo CENTRO CLÍNICO GAÚCHO.
- 2.5.1. Será necessária a comprovação para o CENTRO CLÍNICO GAÚCHO da dependência dos familiares designados em relação aos seus associados, conforme item 2.2 e 2.3 do presente contrato;
- 2.5.2. É obrigatório o vínculo associativo profissional, classista ou setorial entre o beneficiário titular e a CONTRATANTE, sendo que o CENTRO CLÍNICO GAÚCHO reserva no direito de exigir documentação comprobatória.
- 2.6. A CONTRATANTE informará, mensalmente, ao CENTRO CLÍNICO GAÚCHO em formulários próprios, o efetivo mensal do corpo social e seus dependentes.
- 2.6.1. O efetivo mensal será calculado com base no número de beneficiários cadastrados pela CONTRATANTE.
- 2.7. As adesões dos beneficiários titulares e dependentes serão automáticas na data da contratação do plano ou para as adesões posteriores, no ato da vinculação do beneficiário a CONTRATANTE;
- 2.7.1. Os beneficiários cadastrados posteriormente a contratação do plano ou após 30 (trinta) dias de sua vinculação a CONTRATANTE, deverão cumprir os prazos de carências estipuladas neste contrato, observando também, os critérios e prazos para cobertura parcial temporária, doenças e/ou lesões preexistentes.
- 2.8. É de responsabilidade do(a) CONTRATANTE manter atualizado os seus dados cadastrais, bem como dos beneficiários titulares e dependentes (endereço, telefone, documentação, dentre outras), mediante o envio de documentação comprobatória. O CONTRATANTE também fica obrigado a fornecer, a qualquer momento, informações para atualizar ou complementar os dados junto à CENTRO CLÍNICO GAÚCHO, de forma a dar cumprimento às obrigações perante o órgão regulador do setor

III – COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

CLÁUSULA TERCEIRA - COBERTURA E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

Serão garantidos pelo CENTRO CLÍNICO GAÚCHO todos os procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS.

- 3.1. Coberturas assistenciais contratadas, para todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde e Rol de Procedimentos e Eventos vigente à época do evento.
- 3.2. É garantido pelo plano, consultas médicas e odontológicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, em unidade da rede referenciada pela contratada, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.
- 3.3. Exames, atendimentos e procedimentos listados no “Rol de Procedimentos” da Lei 9656/98, quando solicitados/realizados por médicos/serviços próprios, contratados, particular, SUS ou credenciados pelo CENTRO CLÍNICO GAÚCHO.
- 3.4. Cobertura de consultas/sessões com as especialidades de nutrição, fonoaudiologia, psicologia e



terapia ocupacional 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.

- 3.5. 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.
- 3.6. A cobertura de 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 psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme indicação do médico assistente.
- 3.7. Atendimentos nos casos de planejamento familiar, incluindo:
- a) atividades educacionais;
 - b) consultas de aconselhamento para planejamento familiar;
 - c) implante de dispositivo intra-uterino (diu) hormonal incluindo o dispositivo.
- 3.8. A participação de profissional médico anestesiológista nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento terá sua cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínica e conforme plano de saúde contratado.
- 3.9. É assegurado o atendimento ao beneficiário dentro da área da segmentação e da área de abrangência do CENTRO CLÍNICO GAÚCHO.
- 3.9. Atendimentos na especialidade de Psiquiatria nas seguintes condições:
- a) Atendimento as emergências - situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros (incluídas as ameaças de tentativas de suicídio e auto agressão) e/ ou riscos de danos morais e patrimoniais;
 - b) Cobertura para transtornos psiquiátricos em situação de crise;
 - c) Atendimento intensivo prestado por profissional de saúde mental, com duração máxima de 12 (doze) semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência e podendo ser limitada a 12 (doze) sessões por ano de contrato, não cumulativas.
- 3.11. Tratamento básico médico, com número ilimitado de consulta, cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente;
- 3.12. Tratamento de transtornos psiquiátricos codificados na Classificação Estatística de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde – CID 10, da OMS e Rol de Procedimentos e Eventos da ANS, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas, estão obrigatoriamente cobertos.

IV – EXCLUSÕES DE COBERTURA

CLÁUSULA QUARTA – DAS EXCLUSÕES

Procedimentos, consultas ou exames não cobertos por este instrumento.

- 4.1. Excluem-se do presente contrato:



- a) Estão excluídos da cobertura deste contrato, todos os procedimentos não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época da solicitação, assim como, os procedimentos distintos da segmentação contratada de acordo com a proposta de adesão em anexo; e
- b) Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, que são aqueles que empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país, sendo considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina – CFM ou pelo; ou ainda, cujas indicações não constem da bula/manual registrada na ANVISA (OFF LABEL);
- c) Consultas domiciliares, bem como, o fornecimento de medicamentos e equipamentos para tratamento domiciliares;
- d) Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como a aplicação de órteses e próteses para o mesmo fim;
- e) Qualquer tipo de inseminação artificial;
- f) Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- g) Tratamento em clínica de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internação que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- h) Medicamentos e materiais importados não nacionalizados, isto é, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA;
- i) Medicamentos e vacinas ministrados ou utilizados fora do regime de internação ou de atendimento ambulatorial de urgência ou emergência;
- j) Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, bem como exames e medicamentos não reconhecidos pelos órgãos governamentais competentes nem por sociedades médico científicas brasileiras;
- l) Qualquer atendimento em caso de calamidade pública, atos da natureza, comoções internas, guerras e revoluções, quando declaradas pela autoridade competente;
- m) Cirurgias plásticas em geral (exceto as reparadoras) para:
 - 1- correção de lesão proveniente de acidente pessoal ocorrido na vigência do contrato; e/ou.
 - 2- correção de lesão decorrente de tratamento cirúrgico de neoplasia maligna que se tenha manifestado após o início da vigência do contrato, estando a cobertura sujeita à comprovação, mediante laudo anatomopatológico da lesão.
- n) Logopedia;
- o) Enfermagem em caráter particular seja em hospital ou em residência, mesmo que as condições do paciente exijam cuidados especiais ou extraordinários;
- p) Fornecimento de órtese e prótese e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
- q) PCMSO (Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional);
- r) Consultas médicas, exames e outros procedimentos que não tenham vínculo com a investigação de sintomas relacionados diretamente com o diagnóstico e tratamento (Ex: check-up, concursos públicos, para fins de práticas esportivas);
- s) Os serviços que não constarem no “Rol de Procedimentos” da Lei 9656/98, devidamente atualizado;
- t) Internações hospitalares;
- u) Procedimentos de diagnóstico e terapêutica em hemodinâmica que demandem internação e apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e similares;



- v) Procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que, embora prescindam de internação, demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior 12 (doze) horas, ou serviços como de recuperação pós-anestésica, UTI, CETIN e similares;
- w) Procedimentos que exijam forma de anestesia diversa da anestesia local, sedação ou bloqueio;
- x) Quimioterapia oncologia intra-tecal ou que demande internação;
- y) Procedimentos de radioterapia para a segmentação hospitalar;
- z) Nutrição enteral ou parenteral;
- aa) Embolizações e radiologia intervencionista;
- bb) Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior, ou fora da área geográfica de abrangência;
- cc) Despesas médicas e odontológicas efetuadas antes do cumprimento das carências ou sem a autorização prévia, quando se fizer necessária;
- dd) Disfunção de ATM (articulação temporo-mandibular);
- ee) Atendimento fora da rede credenciada, salvo nos casos de urgência ou emergência;
- ff) Terapias baseadas nos métodos ABA, DENVER e BOBATH;
- gg) Procedimentos realizados fora da área de abrangência geográfica estabelecida neste contrato;
- hh) Renovação de restaurações sem indicação clínica; e fornecimento, aluguel e aquisição de equipamentos e aparelhos ortodônticos;

4.2. O CENTRO CLÍNICO GAÚCHO poderá prestar quaisquer serviços excluídos/não cobertos pelo presente contrato, mediante débito para a EMPRESA, desde que, previamente autorizado pela mesma.

V- DURAÇÃO DO CONTRATO

CLÁUSULA QUINTA – DA VALIDADE E RESCISÃO DO CONTRATO

Período de Vigência;

- 5.1. O prazo de validade do presente contrato será de 12 (doze) meses a contar da data da sua assinatura.
- 5.2. Na renovação do contrato, prevalecerão, para todos os fins, as condições, normas, coberturas e limitações já previstas, sem que haja nova cobrança de taxas, despesas ou a incidência de períodos adicionais de carências.
- 5.3. Após o período de 12 (doze) meses contratados, o presente contrato poderá ser rescindido, a qualquer tempo, por qualquer uma das partes, mediante aviso prévio por escrito, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.
- 5.4. Em caso de rescisão contratual solicitada pelo CENTRO CLÍNICO GAÚCHO, será disponibilizado aos beneficiários a manutenção do plano de saúde mediante a migração para plano de saúde individual que esteja com comercialização ativa pelo CENTRO CLÍNICO GAÚCHO, com as mesmas coberturas, conforme tabela de valores mensais do plano individual vigente.

VI – PERÍODOS DE CARÊNCIA

CLÁUSULA SEXTA - DAS CARÊNCIAS



6.1. Os prazos de carências serão estipulados a partir do início da vigência do presente contrato para os usuários inscritos no seu início, e a partir da data de inclusão para os posteriormente inscritos, sendo vinculados aos seguintes prazos:

- a) 24 (vinte e quatro) horas para urgência e emergência;
- b) 30 (trinta) dias para consultas básicas eletivas;
- c) 30 (trinta) dias para exames simples, análises clínicas e radiografias;
- d) 60 (sessenta) dias para endoscopia, ecografias, densitometria, eletromiografia, teste ergométrico, fisioterapia, tomografias, ressonâncias, cintilografias, nutricionista, fonoaudiologia, psicologia, terapia ocupacional e acupuntura;
- e) 90 (noventa) dias para procedimento ambulatorial;
- f) 180 (cento e oitenta) dias para radioterapia e quimioterapia;
- g) 180 (cento e oitenta) dias para exames e procedimentos de alta complexidade, procedimentos cirúrgicos e invasivos e procedimentos que demandem estrutura de bloco cirúrgico.

6.2. As carências citadas na cláusula acima, não será exigida desde que o beneficiário ingresse no plano em até 30 de sua vinculação à CONTRATANTE ou formalize seu pedido de inclusão em até 30 (trinta) dias da data de aniversário do contrato.

VII – DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

CLÁUSULA SETIMA – DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

7.1. Doença ou lesão preexistente (DLP) é aquela em que o beneficiário saiba ser portador no momento da contratação do plano de saúde.

7.2. Cobertura Parcial Temporária (CPT) é a suspensão, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC) e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças e lesões preexistentes.

7.3. O beneficiário deverá preencher, no momento da contratação, declaração de saúde (documento anexo a este contrato), conforme disposto na Resolução Normativa nº 162, de 17 de outubro de 2007 da ANS.

7.3.1. Sendo constatada pelo CENTRO CLÍNICO GAÚCHO, a existência de lesão ou doença preexistente que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, uso de leitos de alta tecnologia ou procedimentos de alta complexidade, será oferecido a seguinte alternativa ao beneficiário:

- a) Cobertura Parcial Temporária, cujo prazo será no máximo 24 (vinte e quatro) meses, a contar da inclusão do beneficiário. Findado o prazo, a cobertura do plano passará a ser integral, não cabendo qualquer tipo de agravo por doença ou lesão preexistente.

7.4. Será considerado como comportamento fraudulento a omissão de doença ou lesão preexistente de conhecimento prévio do beneficiário.

7.4.1. Alegada a existência de doença ou lesão preexistente não declarada pelo beneficiário no preenchimento da proposta de adesão, o usuário será imediatamente comunicado pelo

- CENTRO CLÍNICO GAÚCHO, caso o beneficiário não concorde com a alegação, o CENTRO CLÍNICO GAÚCHO encaminhará a documentação pertinente para a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS para investigação, sem prejuízo das medidas judiciais cabíveis;
- 7.4.2. Durante o período de análise e investigação da DLP pela ANS, por vontade do beneficiário, poderá este realizar o procedimento pretendido normalmente, sem prejuízo de posterior responsabilização, inclusive judicial e criminal;
- 7.4.3. Se ao término do processo investigatório pela ANS, for constatada a omissão do beneficiário em relação às doenças ou lesão preexistentes, este deverá ressarcir, integralmente, ao CENTRO CLÍNICO GAÚCHO, as despesas decorrentes do procedimento realizado.

VIII – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

CLÁUSULA OITAVA – URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

8.1. Atendimento de Urgência e Emergência:

Para efeitos desta cobertura, entende-se como atendimento de emergência aquele que implicar em risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente. Como atendimento de urgência entende-se aquele resultante de acidente pessoal ou de complicações no período gestacional.

- 8.1.1. Para os casos de urgência e emergência o CENTRO CLÍNICO GAÚCHO garantirá a assistência médica que atuará no sentido da preservação da vida, órgãos e funções;
- 8.1.2. Quando o atendimento de urgência e emergência for efetuado no decorrer dos períodos de carência, este deverá abranger cobertura igualmente àquela fixada para no plano ambulatorial, não garantindo, portanto, cobertura para internação;
- 8.1.3. O atendimento de urgência decorrente de acidente pessoal, será garantido, sem restrições, depois de decorridas 24 (vinte e quatro) horas da vigência do contrato;
- 8.1.4. O beneficiário terá a garantia de atendimento limitado as primeiras 12 (doze) horas, durante processo gestacional ou até que ocorra a necessidade de internação, nos casos que o beneficiário estiver em cumprimento de Cobertura Parcial Temporária – CPT e que resulte a necessidade de eventos cirúrgicos e procedimentos de alta complexidade relacionados a doenças e lesões preexistentes. Caso isso ocorra será cessada a responsabilidade financeira do CCG, sendo garantido ao beneficiário a remoção para o Sistema Único de Saúde (SUS);
- 8.1.5. Serão garantidos os atendimentos de urgência e emergência, limitando as primeiras 12 (doze) horas ou até que ocorra a necessidade de internação.

8.2. Nos casos de urgência e emergência em que o usuário, não puder utilizar os serviços rede própria do CCG Saúde ou rede externa credenciada dentro da abrangência geográfica contratada, serão reembolsadas as despesas cobertas pelo plano contratado, observando-se os locais de redes credenciadas.

8.2.1. Para obtenção do reembolso, o usuário deverá enviar ao CENTRO CLÍNICO GAÚCHO aos originais dos seguintes documentos:

- a) Recibo discriminado da despesa;
- b) Relatório/atestado do médico assistente que comprove a urgência/emergência.

8.2.2. O valor a ser reembolsado nas urgências e emergências não será inferior ao valor praticado pela operadora junto à rede de prestadores do respectivo plano;



- 8.2.3. O beneficiário tem o prazo de 01 (um) ano para apresentar a documentação acima listada contados da data do evento;
- 8.2.4. O reembolso será utilizado no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados após o protocolo da documentação acima solicitada.

8.3. Remoção:

Nos casos comprovadamente necessários, indicado pelo médico assistente, será garantida a cobertura da remoção para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites da abrangência geográfica deste contrato:

- a) Para outra unidade de atendimento da rede do plano, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente;
- b) Para uma unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, nos casos em que o beneficiário ainda estiver cumprindo período de carências para internação;
- c) Para uma unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, nos casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças e Lesões Preexistentes.

8.3.1. Nestes casos, são aplicáveis as seguintes regras:

- a) Caberá ao CENTRO CLÍNICO GAÚCHO o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente (dentro da área de abrangência estipulado em contrato) para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento;
- b) Nos casos em que o beneficiário não estiver sendo atendido na unidade de atendimento do CENTRO CLÍNICO GAÚCHO e que não possa haver remoção por risco de vida, o beneficiário e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, a operadora desse ônus;
- c) Na remoção, o CENTRO CLÍNICO GAÚCHO disponibilizará ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS;
- d) Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade que não seja pertencente ao SUS, a operadora estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

IX – MECANISMO DE REGULAÇÃO

CLÁUSULA NONA - DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS

Área de abrangência e locais de atendimento.

- 9.1. Os beneficiários deverão consultar com o médico clínico geral que irá encaminhá-lo, se necessário, para o especialista da rede própria ou credenciada.

- 9.2. Os beneficiários somente serão encaminhados para a rede externa credenciada, na falta da especialidade na rede própria CCG Saúde, ou para fins e cumprimento dos prazos determinados na RN 259/11 da ANS.
- 9.3. É obrigatório à apresentação da Cédula de Identificação para usufruir dos atendimentos e recursos deste Contrato, acompanhados de um documento de identificação, com foto, tanto nas unidades próprias, quanto nos serviços credenciados.
- 9.4. Os atendimentos e serviços deste Contrato serão executados preferencialmente pelas unidades/clínicas próprias do CENTRO CLÍNICO GAÚCHO, nas localidades de abrangência do produto.
- 9.4.1. O CENTRO CLÍNICO GAÚCHO oferecerá ao beneficiário uma relação contendo os dados dos prestadores de serviços próprios e credenciados, obedecendo as regras que disciplinam o atendimento, sendo que os beneficiários com mais de 60 (sessenta) anos, as gestantes, lactantes e crianças até 05 (cinco) anos possuem privilégios na marcação de consulta, exames e qualquer outros procedimentos em relação aos demais associados;
- 9.4.2. A relação contendo os dados dos prestadores de serviços próprios e credenciados da CONTRATADA terá suas atualizações disponíveis na sede do CENTRO CLÍNICO GAÚCHO, através do serviço Relacionamento com o Cliente ou por meio da internet;
- 9.4.3. Para aqueles contratos em que há co-participação do beneficiário no momento da consulta, poderá RECONSULTAR, com o mesmo médico e/ou especialidade, sem a necessidade de efetuar novamente o pagamento, dentro do prazo máximo de 15 (quinze) dias;
- 9.4.3.1. NÃO HAVERÁ RECONSULTAS nas seguintes especialidades: nutricionista; fonoaudiologia; psicologia; oftalmologia; psiquiatria; odontológica; fisioterapia e; acupuntura.
- 9.4.4. O CENTRO CLÍNICO GAÚCHO se reserva, outrossim, o direito de modificar, extinguir ou realizar novos convênios de credenciamento de profissionais, clínicas e pronto socorros, mantendo sempre o seu alto padrão técnico e informando à EMPRESA;
- 9.4.5. Na hipótese da substituição de estabelecimento hospitalar por outro equivalente, o CENTRO CLÍNICO GAÚCHO comunicará a CONTRATANTE e a Agência Nacional de Saúde – ANS, no prazo de 30 (trinta) dias de antecedência.
- 9.5. Ausência nas consultas, exames e sessões previamente agendados:
As consultas, exames e sessões marcadas poderão ser cancelados através do telefone da central da marcação de consultas, até às 18 (dezoito) horas do dia anterior a consulta;
- 9.5.1. A cada consulta ou exame agendado e não desmarcado, implicará na cobrança de taxa no valor de R\$30,00 (trinta reais)) por consulta e/ou exame;
- 9.5.2. As sessões de fisioterapia agendadas que não forem desmarcadas com antecedência implicará na cobrança de taxa no valor de R\$10,00 (dez reais);
- 9.5.3. A cobrança da taxa será acrescida no valor da fatura mensal enviada a CONTRATANTE;
- 9.5.4. Os valores relativos a faltas consultas, exames e sessões previamente agendados serão reajustados anualmente pelo CENTRO CLÍNICO GAÚCHO, devendo a CONTRATANTE ser informada previamente acerca dos novos valores;
- 9.5.5. Em caso de falta injustificada do profissional em que o beneficiário não pode ser comunicado em tempo hábil, existirá o reembolso do mesmo valor por parte do CENTRO CLÍNICO

GAÚCHO, devendo o mesmo solicitar junta à unidade que haveria atendimento, sendo este realizado no prazo máximo de até 15 (quinze) dias.

9.6. **Autorização prévia:**

Para realização de exames, apoio diagnóstico, procedimentos especiais, tratamentos, atendimentos e demais procedimentos ambulatoriais cobertos pelo plano, faz-se necessária, após solicitação do médico assistente, a obtenção prévia de guia de autorização.

9.7. **Rotina para obtenção guia:**

9.7.1. A resposta à solicitação de autorização prévia do procedimento será dada, no prazo disposto na RN 395 da ANS, a partir do momento da solicitação, ou um prazo inferior, quando caracterizada urgência.

9.8. Os serviços de diagnósticos, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais podem ser solicitados pelo médico assistente, não podendo haver restrição aos não pertencentes à rede própria ou contratualizada da operadora.

9.9. A definição de impasses de divergências médicas será definida através de junta médica, utilizando-se os critérios previstos na Resolução Normativa nº 424 de 2017 da ANS.

9.10. Haverá cobrança no valor de R\$ 10,00 (dez reais), referente à segunda via do Cartão de Identificação, que será confeccionado sempre que houver necessidade, mediante solicitação da CONTRATANTE. A primeira via do Cartão de Identificação é fornecida pelo CCG gratuitamente.

9.11. Haverá o pagamento de coparticipação **nos procedimentos listados no ANEXO ("DISPOSIÇÕES GERAIS")**, **parte integrante deste contrato**, por parte dos beneficiários vinculados a este contrato, nos valores descritos na tabela, devendo o pagamento ser faturado junto a CONTRATANTE, de acordo com a tabela de comercialização:

9.11.1. Os exames e procedimentos de alta complexidade são definidos pela ANS através do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, atualizado a cada dois anos, e atualmente vigente pela Resolução Normativa nº 428 de 2017 da ANS.

PROCEDIMENTOS	COPARTICIPAÇÃO
Consultas eletivas/Urgência (Rede Própria CCG Saúde)	ANEXO
Consulta/sessão de Psicologia (Rede Própria CCG Saúde)	ANEXO
Consulta/sessão de Psicologia (Rede Externa Credenciada)	ANEXO
Consulta/sessão de Fisioterapia Ambulatorial	ANEXO
Exames Simples Ambulatorial	ANEXO
Exames de Alta Complexidade Ambulatorial	ANEXO
Quimioterapia Ambulatorial	ANEXO
Radioterapia Ambulatorial	ANEXO
Hemodiálise	ANEXO

9.11.2. Não haverá o pagamento de coparticipação para consultas odontológicas.

X – FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

CLÁUSULA DÉCIMA – FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

- 10.1. Após o fechamento do efetivo mensal que será enviado pela CONTRATANTE, o CENTRO CLÍNICO GAÚCHO enviará fatura referente aos atendimentos realizados no mês, sendo de responsabilidade da CONTRATANTE o pagamento da fatura referente à totalidade de beneficiários inscritos ressalvados os casos previstos nos art. 30 e 31 da Lei 9656/98 e Resoluções Normativas da ANS.
- 10.1.1 Caso o início de vigência ou exclusão do beneficiário do plano se dê em data diversa, a cobrança da mensalidade será realizada através de pro rata, de acordo com a data de início ou fim de cobertura do BENEFICIÁRIO, sendo os valores processados na próxima fatura.
- 10.2. A EMPRESA efetuará a quitação mensal, pelo número de beneficiários vinculados a empresa, sendo os valores determinados de acordo com a faixa etária de cada usuário.
- 10.2.1. Após a data de vencimento das faturas, incidirão: multa de 2% (dois por cento) sobre o valor do débito em atraso, juros de mora de 1,0% (um por cento) ao mês, atualizado monetariamente, pela variação do INPC;
- 10.2.2. **O não recebimento da fatura mensal ou outro instrumento de cobrança não desobriga o usuário de efetuar o seu pagamento no prazo de vencimento mensal.** uma vez que a CONTRATANTE poderá emití-lo no site e/no aplicativo do CENTRO CLÍNICO GAÚCHO.
- 10.2.3. O CENTRO CLÍNICO GAÚCHO poderá, independente de notificação extrajudicial e/ou judicial, em caso de inadimplência, informar o nome do CONTRATANTE nos órgãos de restrição ao crédito.
- 10.2.4. O CENTRO CLÍNICO GAÚCHO poderá efetuar a cobrança das parcelas vencidas e não pagas por meio extrajudicial ou judicial, diretamente ou através de terceiros. Em caso de cobrança por terceiros, a CONTRATANTE arcará com honorários no percentual máximo de 20% (vinte por cento) para cobrança extrajudicial ou judicial, calculados sobre valor do débito atualizado, conforme disposto na cláusula 10.2.1.
- 10.3. Taxa de Implantação:
Para cumprimento das despesas de Taxas de Implantação, referentes à confecção da Cédula de Identificação, cadastramento e fornecimento de Manual de Instruções, a CONTRATANTE efetuará o pagamento de R\$ 15,00 (quinze reais), sobre o valor pago por cada beneficiário inscrito no plano, de acordo com as faixas etárias decorrentes;
- 10.3.1. O valor cobrado será acrescido na primeira fatura mensal da CONTRATANTE;
- 10.3.2. A cada nova admissão, será cobrado, a título de Taxa de Implantação, o mesmo valor de R\$ 15,00 (quinze reais), por beneficiário.
- 10.4. Não haverá distinção quanto ao valor da prestação entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles a este já vinculado.
- 10.5. A CONTRATANTE reconhece que os valores estabelecidos neste contrato são líquidos e certos, legitimando emissão de faturamento mensal, em conformidade com esta Cláusula e procedimento executivo nos casos de inadimplência com a inclusão, então, dos juros legais e as despesas processuais, advocatícias e demais cominações legais.
- 10.6. Caso o contrato apresente sinistralidade superior a 150% (cento e cinquenta por cento) dentro do mês, por três meses consecutivos, a diferença do quarto mês em diante será apurada e cobrada

juntamente na fatura mensal da CONTRATANTE. Caso a diferença apurada seja duas vezes maior ou mais do que o valor da fatura mensal, a quitação da diferença poderá ser realizada de forma parcelada, em até 10 (dez) parcelas, com acréscimo de correção monetária pelo IGP-M e juros de 1% (um por cento) ao mês.

XI – REAJUSTE:

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DO REAJUSTE QUANDO O CONTRATO POSSUIR 30 OU MAIS BENEFICIÁRIOS

- 11.1. A atualização dos valores dos custos mensais será efetuada anualmente, no mês de aniversário do plano, pela variação do I-GPM, sendo aplicada a todos os usuários ativos no contrato, independentemente da idade.
- 11.1.1. O percentual reajustado será informado a ANS até 30 (trinta) dias após a data da aplicação;
- 11.1.2. Independentemente da data de inclusão dos usuários, os valores de suas contraprestações terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário (vigência) do contrato.
- 11.2. O contrato não poderá ser reajustado em periodicidade inferior à 12 (doze) meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária, migração e adaptação do contrato à Lei 9656/98.
- 11.3. O valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice eleito pela operadora que será apurado no período de 12 (doze) meses consecutivos, e o tempo de antecedência em meses da aplicação do reajuste em relação à data-base de aniversário, considerada esta o mês de assinatura do contrato.
- 11.4. Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será negociado de comum acordo entre as partes, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base 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 considerada como o mês de assinatura do contrato.
- 11.5. Nos casos de aplicação de reajuste por sinistralidade, o mesmo será procedido de forma complementar ao especificado no item 12.3 e nas mesmas datas.
- 11.6. Independentemente da data de inclusão dos usuários, os valores de suas contraprestações terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência do presente contrato, entendendo-se esta como data base única.
- 11.7. Acima de 100 beneficiários: No caso de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será negociado de comum acordo entre as partes, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base o percentual de 75% (setenta e cinco por cento) da sinistralidade do plano, apurada no período de 12 (doze) meses consecutivos, anteriores a data base de aniversário considerada como o mês de assinatura do contrato.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DO REAJUSTE QUANDO O CONTRATO POSSUIR MENOS DE 30 BENEFICIÁRIOS



- 12.1. Para fins de cálculo do percentual de reajuste, nos termos da RN 309 da ANS, a empresa CONTRATANTE que no mês de aniversário do contrato, obtiver menos de 30 (trinta) beneficiários cadastrados no plano, fará parte do grupo chamado **"Pool de Risco"**.
- 12.2. Para cálculo do índice de reajuste das empresas pertencentes ao Pool de Risco, será realizado o agrupamento do índice de sinistralidade de toda a carteira de clientes da Operadora que possuírem quantidade de beneficiários inferior a 30 (trinta) vidas, somado ao índice INPC, sendo o percentual total divulgado no site a partir do mês de maio de cada ano.
- 12.3. A avaliação de reajuste é feita partindo-se do pressuposto de equilíbrio na relação contratual, através da seguinte fórmula:
- $$R = (1 + R^1) \times (1 + R^2) - 1$$
- Onde:
- R¹ indica a recomposição econômico-financeira do Pool de Risco, apurada pela sinistralidade acumulada no período analisado.*
- R² indica a recomposição do valor da moeda (inflação) para o período, através do índice INPC*
- 12.4. Esse mesmo percentual de reajuste será aplicado no valor da mensalidade como também, no valor correspondente a taxa de coparticipação, se houver.
- 12.5. A quantidade de beneficiários vinculados ao contrato será apurada anualmente no mês de seu aniversário.
- 12.6. O percentual de reajuste calculado para o agrupamento será aplicado no mês de aniversário do contrato no período do mês de maio ao mês de abril do ano subsequente, imediatamente posterior ao período de cálculo do reajuste.
- 12.7. Será calculado um valor único de percentual de reajuste para o agrupamento ao qual está agregado o contrato.
- 12.8. O percentual de reajuste aplicado ao agrupamento será divulgado pelo contratado em seu endereço eletrônico na internet (www.centroclinicogaucha.com.br), bem como na fatura e boleto de cobrança remetida à CONTRATANTE, anualmente, até o primeiro dia útil do mês de Maio.

XIII – FAIXAS ETÁRIAS

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DAS FAIXAS ETÁRIAS:

Valores da taxa mensal;

- 13.1. Variação do preço em razão da faixa etária:

Havendo alteração de faixa etária de beneficiário inscrito no presente contrato, a contraprestação pecuniária será reajustada no mês subsequente ao da ocorrência, de acordo com os percentuais da tabela abaixo, que se acrescentarão sobre o valor da última da contraprestação pecuniária, observadas a seguintes condições, conforme determina o art. 3º, incisos I e II da RN 63/03:

Faixa Etária	Variação
Até 18 anos	0,00%
De 19 a 23	14,85%
De 24 a 28	9,38%
De 29 a 33	10,08%
De 34 a 38	8,31%
De 39 a 43	13,85%
De 44 a 48	27,22%
De 49 a 53	14,09%
De 54 a 58	38,11%
59 ou mais	35,75%

- 13.2. O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária.
- 13.3. A variação acumulada entre a sétima e a décima faixa não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.
- 13.4. A variação do valor da contraprestação pecuniária não poderá atingir o usuário com mais de 59 (cinquenta e nove) anos.
- 13.5. A variação do preço em razão da faixa etária, somente irá incidir quando o beneficiário completar a idade limite, razão pela qual o mesmo somente deve arcar com o valor a maior no mês subsequente ao do seu aniversário.

XIV – CONDIÇÕES DE PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – CONDIÇÕES DE PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO:

- 14.1. Compete à CONTRATANTE, na vigência deste Contrato, comunicar imediatamente as ocorrências de desassociação realizadas no período, bem como o recolhimento e a devolução das respectivas Cédulas de Identificação, sendo que caberá à CONTRATANTE solicitar a exclusão dos beneficiários.
- 14.2. O beneficiário titular poderá solicitar a sua exclusão ou de beneficiário dependente diretamente ao CCG que procederá de forma imediata com sua exclusão, sem chance de arrependimento, conforme previsto na RN 412/16 da ANS.
- 14.3. As solicitações de exclusões quando feitas pela CONTRATANTE devem conter a assinatura e o carimbo do representante legal da CONTRATANTE.
- 14.3.1. A CONTRATANTE será responsável pelos atendimentos prestados aos usuários excluídos, cujos nomes não tenham sido comunicados ao CENTRO CLÍNICO GAÚCHO, em tempo hábil, cabendo-lhe indenizar os seus custos;
- 14.3.2. Na falta de comunicação, em tempo oportuno, da inclusão ou da exclusão de beneficiários, a fatura se baseará nos dados disponível, sendo os eventuais acertos realizados na fatura subsequente.

14.4. O CENTRO CLÍNICO GAÚCHO só poderá cancelar a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência da EMPRESA, nos seguintes casos:

- a) Fraude comprovada, mediante notificação formal ao beneficiário;
- b) Perda do vínculo do titular com a CONTRATANTE, ou de dependência, ressalvado o disposto nos art. 30 e 31 da Lei 9656/98; ou
- c) Agressão verbal ou física aos colaboradores do CENTRO CLÍNICO GAÚCHO.

14.4.1. Para todos esses casos, haverá a comunicação formal da decisão à CONTRATANTE pelo CENTRO CLÍNICO GAÚCHO.

XV – RESCISÃO/SUSPENSÃO

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – RESCISÃO/SUSPENSÃO:

- 15.1. Ocorrendo à rescisão nenhum pagamento ou indenização caberá à parte, tendo o CENTRO CLÍNICO GAÚCHO unicamente direito ao recebimento das importâncias concernentes aos serviços realmente prestados até aquela data, ressalvado o prazo de aviso prévio.
- 15.2. O presente contrato poderá ainda, ser rescindido pelo CENTRO CLÍNICO GAÚCHO nas hipóteses de fraude ou não pagamento da taxa mensal, por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivo ou não, a cada doze meses de vigência do contrato, cabendo ao CENTRO CLÍNICO GAÚCHO notificar a EMPRESA, comprovadamente, até o trigésimo dia da inadimplência.
- 15.3. A omissão de informações ou fornecimento de informações incorretas ou inverídicas pela EMPRESA contratante, para auferir vantagens próprias ou para seus usuários é reconhecida como violação ao contrato, permitindo ao CENTRO CLÍNICO GAÚCHO realizar rescisão do contrato por fraude, desde que devidamente comprovada.
- 15.4. É vedada comercialização, pela CONTRATANTE, ou por terceiros, do presente Contrato, bem como a adição de valor a título de “sobre taxa”. Caso ocorra, qualquer das hipóteses, reserva-se o CENTRO CLÍNICO GAÚCHO o direito de cancelar o Contrato, mediante correspondência para a CONTRATANTE, sem cumprimento de aviso prévio ou qualquer indenização.
- 15.5. Na hipótese do não pagamento na data aprazada, a pós-transcorridos 15 (quinze) dias, o CENTRO CLÍNICO GAÚCHO suspenderá os atendimentos até a sua regularização.

XVI – PENALIDADES

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - PENALIDADES

- 16.1. As partes estão cientes desde já que o presente contrato foi elaborado à luz da legislação vigente, e de acordo com as resoluções normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.
- 16.2. Na hipótese do CENTRO CLÍNICO GAÚCHO sofrer qualquer penalidade de cunho pecuniário, independente de sua natureza, jurídica ou administrativa, em decorrência de descumprimento das cláusulas do presente contrato causado pela CONTRATANTE, a multa implicada à Operadora será repassada à CONTRATANTE.

- a) Fica a CONTRATANTE ciente desde já que o valor será integralizado na sua fatura mensal, podendo ser parcelado em até 10 (dez) vezes, com parcela mínima de R\$ 1.000,00 (mil reais);
- b) Este contrato valerá como título executivo extrajudicial, caso haja descumprimento dos termos previstos no parágrafo acima e demais dispositivos deste contrato;
- c) Na eventual recusa da CONTRANTE em cumprir com o estabelecido na alínea "a", além do previsto na alínea "b", o CENTRO CLÍNICO GAÚCHO reserva o direito de rescindir o presente contrato, sem aviso prévio;
- d) O CENTRO CLÍNICO GAÚCHO não poderá ser demandado em ações que a CONTRATANTE esteja como parte no polo passivo.

XVII – DISPOSIÇÕES GERAIS

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – DISPOSIÇÕES GERAIS:

- 17.1. O CENTRO CLÍNICO GAÚCHO providenciará, junto à CONTRATANTE, a identificação dos usuários, fornecimento das cédulas de identificação, Manual de Orientações contendo a descrição dos locais de atendimento interno e credenciado, Manual para contratação de Plano de Saúde - MPS e Guia de Leitura Contratual - GLC.
- 17.2. Fazem parte do presente contrato quaisquer documentos entregues ao beneficiário que tratem de assuntos pertinentes ao plano de saúde. Dentre esses documentos, incluem-se: proposta de adesão, declaração de saúde, guia do beneficiário, guia de leitura contratual, etc.

XVIII – ELEIÇÃO DE FORO

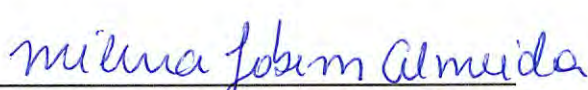
CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA – SUCESSÃO DE FORO

Eleições de foro competente;

- 18.1. Para dirimir as dúvidas e controvérsias resultantes deste Contrato, será competente o Foro da Comarca do CONTRATANTE. E, por assim se acharem justas e contratadas, firmam o presente em 02 (duas) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas representadas abaixo.

Porto Alegre, 16 de julho de 2020.

CONTRATANTE



CENTRO CLÍNICO GAÚCHO LTDA

TESTEMUNHAS:

Nome:

CPF:

Nome:

CPF:

2º R T D

2º REGISTRO DE TÍTULOS E DOCUMENTOS
Rua Gen. Câmara, 236 - 4º andar - 90010-230
Porto Alegre/RS - Fone: (51) 3212-6392
Valter Luís Cervo - Oficial de Registros

PROTOCOLO: Nº 114865 - Livro A-13, Fls. 193, em 16/07/2020.
REGISTRO: Nº 109313 - Livro B-335, Fls. 54 F, em 16 de julho
de 2020.



Álvaro Francisco Cervo - Registrador Substituto

Total: R\$ 87,60 + R\$ 7,40 = R\$ 95,00
Registro s/ valor (Integral): R\$ 65,40 (0452.04.1800001.20201 = R\$ 3,30)
Digitalização: R\$ 27,20 (0452.03.1400002.08804 = R\$ 2,70)
Processamento eletrônico: R\$ 5,00 (0452.01.1800001.41943 = R\$ 1,40)