

CCG MULTI - INDIVIDUAL AMBULATORIAL SC I

CONTRATO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE Nº 485.864/20-6

Plano Ambulatorial 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

NOME: _____
RESPONSÁVEL FINANCEIRO: _____
CPF: _____ PROFISSÃO _____
Endereço: _____, Nº _____
Complemento: _____, Bairro: _____, CEP: _____, Cidade/UF: _____
Endereço Eletrônico (E-mail): _____
Celular 1: _____, Celular 2: _____.

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 Ambulatorial 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 Individual/Familiar é aquele que oferece cobertura da atenção prestada para a livre adesão de beneficiários, pessoas naturais, com ou sem grupo familiar.
- 2.2. A extinção do vínculo do titular do plano familiar não extingue o contrato, sendo assegurado aos dependentes já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, com a assunção das obrigações decorrentes.

Página 1 de 14

- 2.3. O disposto no item anterior não se aplica às hipóteses de rescisão unilateral do contrato por fraude ou não-pagamento da mensalidade, previstas no inciso II do art. 13 da Lei nº 9.656, de 1998.
- 2.4. Serão considerados beneficiários da prestação de serviços o titular, 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);
- 2.5. Cadastramento de beneficiários:
- 2.5.1. Para uso dos benefícios previstos neste contrato, é indispensável o cadastramento prévio dos beneficiários dependentes pelo beneficiário titular junto ao CCG SAÚDE.
 - 2.5.2. Haverá cobertura contratual ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do titular, 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;
 - 2.5.3. 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;
 - 2.5.4. No caso de inscrição de filho adotivo, até 12 (doze) anos de idade, haverá aproveitamento das carências já cumpridas pelo beneficiário adotante.
- 2.6. 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 CCG SAÚDE, 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 CCG SAÚDE 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, 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 CCG SAÚDE.
- 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 CCG SAÚDE.
- 3.10. 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;
- k) Qualquer atendimento em caso de calamidade pública, atos da natureza, comoções internas, guerras e revoluções, quando declaradas pela autoridade competente;
- l) Cirurgias plásticas em geral (exceto as reparadoras) para:
 - l.1) correção de lesão proveniente de acidente pessoal ocorrido na vigência do contrato; e/ou.
 - l.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.
- m) Logopedia;
- n) Enfermagem em caráter particular seja em hospital ou em residência, mesmo que as condições do paciente exijam cuidados especiais ou extraordinários;
- o) Fornecimento de órtese e prótese e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
- p) PCMSO (Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional);

- q) 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);
- r) Os serviços que não constarem no “Rol de Procedimentos” da Lei 9656/98, devidamente atualizado;
- s) Internações hospitalares;
- t) 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;
- u) 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;
- v) Procedimentos que exijam forma de anestesia diversa da anestesia local, sedação ou bloqueio;
- w) Quimioterapia oncologia intra-tecal ou que demande internação;
- x) Procedimentos de radioterapia para a segmentação hospitalar;
- y) Nutrição enteral ou parenteral;
- z) Embolizações e radiologia intervencionista;
- aa) Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior, ou fora da área geográfica de abrangência;
- bb) Despesas médicas efetuadas antes do cumprimento das carências ou sem a autorização prévia, quando se fizer necessária;
- cc) Disfunção de ATM (articulação temporo-mandibular);
- dd) Atendimento fora da rede credenciada, salvo nos casos de urgência ou emergência;
- ee) Terapias baseadas nos métodos ABA, DENVER e BOBATH;
- ff) Procedimentos realizados fora da área de abrangência geográfica estabelecida neste contrato;
- gg) Cobertura as despesas com assistência odontológica de qualquer natureza, inclusive as relacionadas com acidentes.

4.2. O CCG SAÚDE poderá prestar quaisquer serviços excluídos/não cobertos pelo presente contrato, mediante autorização prévia do beneficiário titular, que estará ciente que deverá assumir o pagamento de todo e qualquer procedimento não garantido pelo plano contratado.

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.
 - 5.1.1. Na hipótese de rescisão antecipada do prazo previsto no item 5.1 será aplicada multa de 10% (dez por cento) sobre o valor das mensalidades restantes.
- 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, pelo beneficiário titular, sem qualquer ônus.
- 5.4. É vedada a suspensão ou a rescisão do contrato individual ou familiar por parte da operadora, salvo nas seguintes hipóteses:
- a) Inadimplência superior a 60 dias;
 - b) Fraude; e
 - c) Qualquer ato agressivo/lesivo contra a equipe da operadora ou beneficiários presentes nas instalações do plano ou rede credenciada.

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, 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, psicólogo, 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.

VII – DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

CLÁUSULA SÉTIMA – 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 CCG SAÚDE, 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 CCG SAÚDE, caso o beneficiário não concorde com a alegação, o CCG SAÚDE 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 CCG SAÚDE, 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 CCG SAÚDE 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 SAÚDE, 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 da 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 CCG SAÚDE 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 necessitar de internação hospitalar.
- 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 CCG SAÚDE 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 CCG SAÚDE 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 CCG SAÚDE 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 poderão consultar com médico especialista sem a necessidade de encaminhamento do clínico geral e de autorização prévia.
- 9.2. Os beneficiários poderão ser encaminhados disponível, na falta da especialidade na rede própria CCG SAÚDE ou rede externa credenciada, ou para fins e cumprimento dos prazos determinados na RN 259/11 da ANS.
- 9.3. É obrigatório à apresentação da Cédula de Identificação física ou virtual (App CCG SAÚDE) 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 nas localidades de abrangência do produto.
- 9.4.1. O CCG SAÚDE 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 CCG SAÚDE terá suas atualizações disponíveis na sede do CCG SAÚDE, 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; fisioterapia; acupuntura
- 9.4.4. O CCG SAÚDE 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 aos beneficiários;
- 9.4.5. Na hipótese da substituição de estabelecimento hospitalar por outro equivalente, o CCG SAÚDE 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 CCG SAÚDE, 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 CCG SAÚDE, 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 SAÚDE 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

Consultas eletivas/Urgência (Rede Externa Credenciada)	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

X – FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

CLÁUSULA DEZ – FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

10.1. Após o fechamento do efetivo mensal o CCG SAÚDE enviará boleto referente aos atendimentos realizados no mês, sendo de responsabilidade do Responsável Financeiro indicado neste contrato o pagamento do boleto referente à totalidade de beneficiários inscritos.

10.1.1. Após a data de vencimento do boleto, 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;

10.1.2. O não recebimento do boleto 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 CCG SAÚDE.

10.1.3. O CCG SAÚDE poderá, independente de notificação extrajudicial e/ou judicial, em caso de inadimplência, informar o nome do CONTRATANTE nos órgãos de restrição ao crédito.

10.1.4. O CCG SAÚDE 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 10.1.1.

10.2. 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 10% (dez por cento) sobre o valor pago por cada beneficiário inscrito no plano;

10.2.1. O valor cobrado será acrescido no primeiro boleto;

10.2.2. A cada nova adesão ao plano individual/familiar, será cobrado, a título de Taxa de Implantação, o mesmo valor previsto no item 10.2, por beneficiário.

10.3. 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.

XI – REAJUSTE:

CLÁUSULA ONZE – DO REAJUSTE

- 11.1. Nos termos da legislação vigente, o reajuste financeiro a incidir sobre o valor da mensalidade será anual, e terá como data-base de aniversário o mês de assinatura do Contrato, observado o limite máximo autorizado pela ANS, independentemente da idade.
- 11.2. Caso deixe de ser obrigatória a autorização da ANS para a aplicação do reajuste e, cumulativamente, não se estabeleça um percentual como limite máximo, o reajuste dar-se-á conforme regras vigentes a época.
- 11.3. Caso a nova legislação venha a estabelecer um período inferior a doze meses para o reajustamento, este será aplicado ao presente contrato.
- 11.4. O contrato não poderá ser reajustado em periodicidade inferior a 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.
- 11.5. 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.
- 11.6. Não haverá aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano contratado, com exceção dos reajustes por faixa etária.

XII – FAIXAS ETÁRIAS

CLÁUSULA DOZE – DAS FAIXAS ETÁRIAS:

Valores da taxa mensal;

- 12.1. 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 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	16,48%
De 24 a 28	16,24%
De 29 a 33	12,38%
De 34 a 38	7,95%
De 39 a 43	12,80%
De 44 a 48	29,95%
De 49 a 53	19,35%
De 54 a 58	49,01%
59 ou mais	30,63%

- 12.2. O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária.
- 12.3. A variação acumulada entre a sétima e a décima faixa não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.
- 12.4. A variação do valor da contraprestação pecuniária não poderá atingir o usuário com mais de 59 (cinquenta e nove) anos.
- 12.5. 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.

XIII – CONDIÇÕES DE CANCELAMENTO, EXCLUSÃO E PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

CLÁUSULA TREZE – CONDIÇÕES DE PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO:

- 13.1. O beneficiário titular poderá solicitar a sua exclusão ou de beneficiário dependente diretamente ao CCG SAÚDE que procederá de forma imediata com sua exclusão, sem chance de arrependimento, conforme previsto na RN 412/16 da ANS
- 13.2. O CCG SAÚDE só poderá cancelar a assistência à saúde do plano, sem a anuência do titular, nos seguintes casos:
- a) Fraude comprovada, mediante notificação formal ao beneficiário;
 - b) Perda do vínculo de dependência; ou
 - c) Agressão verbal ou física aos colaboradores do CCG SAÚDE.
- 13.3. Para todos esses casos além dos casos já mencionados neste contrato, haverá a comunicação formal da decisão pelo CCG SAÚDE, nos moldes previstos em lei.

XIV – RESCISÃO/SUSPENSÃO

CLÁUSULA QUATORZE – RESCISÃO/SUSPENSÃO:

- 14.1. O presente contrato poderá ainda, ser rescindido pelo CCG SAÚDE nas hipóteses de fraude ou não pagamento da taxa mensal, por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, a cada doze meses de vigência do contrato, cabendo ao CCG SAÚDE notificar ao beneficiário, comprovadamente, até o quinquagésimo dia da inadimplência.
- 14.2. A omissão de informações ou fornecimento de informações incorretas ou inverídicas pelo titular contratante, para auferir vantagens próprias ou para seus usuários é reconhecida como violação ao contrato, permitindo ao CCG SAÚDE realizar rescisão do contrato por fraude, desde que devidamente comprovada.

XV – DISPOSIÇÕES GERAIS

CLÁUSULA QUINZE – DISPOSIÇÕES GERAIS:

- 15.1. O CCG SAÚDE 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.

- 15.2. 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, carteirinha do plano e manual de orientações de uso do plano e da rede credenciada.

XVI – ELEIÇÃO DE FORO

CLÁUSULA DEZESSEIS – SUCESSÃO DE FORO

Eleições de foro competente.

- 16.1. 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, ____ de ____ de ____.

CONTRATANTE

Milena Fobim Almeida

CCG SAÚDE

TESTEMUNHAS:

Nome:

CPF:

Nome:

CPF:

3º REGISTRO DE TÍTULOS E DOCUMENTOS E CIVIL DAS PESSOAS JURÍDICAS DE PORTO ALEGRE
Rua General Andrade de Neves, 14 / Conj. 702 - CEP 90010-210 - Fone/Fax: (51) 3029.9296 - Porto Alegre / RS
MARCO ANTÔNIO DA SILVA DOMINGUES - Registrador
www.terceiroregistropoa.com.br

3º REGISTRO DE TÍTULOS E DOCUMENTOS DE PORTO ALEGRE/RS
PROTOCOLADO sob nº 93700 em 04/08/2020.
REGISTRADO sob nº 88935, no Livro B-418, Fls 195 F, em 10/08/2020.

() Oficial Bel Marco Antonio da S. Domingues
() Wagner S. de Paula - () Luiz Emilio N. Skolau de - Escreventes Substitutos

Total: R\$ 67,50 + R\$ 7,40 = R\$ 74,90
Registro/Averbação TD s/ valor: R\$ 36,90 (0755.04.2000001.01680 = R\$ 3,30)
Microfilmagem/Digitalização: R\$ 25,60 (0755.03.1800001.02737 = R\$ 2,70)
Processamento eletrônico: R\$ 5,00 (0755.01.2000001.04809 = R\$ 1,40)

A consulta estará disponível em até 24h
no site do Tribunal de Justiça do RS
<http://go.tjrs.jus.br/selodigital/consulta>
Chave de autenticidade para consulta
138552 54 2020 00003750 59