CCG Saúde

CCG TOP – ADESÃO GLOBAL PD II
CONTRATO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE Nº 486.693/20-2
Plano Ambulatorial e Hospitalar c/Obstetrícia 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 Ambulatorial e Hospitalar com obstetrícia 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 Nacional.

1.2. Acomodação: Individual/Privativo.

1.3. Integra o ANEXO ("DISPOSIÇÕES GERAIS") como parte integrante deste contrato.

II – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

Centro Administrativo
Rua Dona Margarida, 537 - Navegantes
Porto Alegre/RS CEP 90240-611
(51) 31679200

centroclinicogaucho.com.br

3º RTDPJ PORTO ALEGRE-RS

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 n o 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, tutelados, curatelados, netos e enteados, ambos com até 40 (quarenta) anos incompletos (39 anos, 11 meses e 29 dias);
d) 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 nos canais previstos no guia de leitura dos beneficiários titulares e dependentes junto ao CCG SAÚDE:

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;

2.4. As inclusões se efetivarão dentro do mês de sua comunicação, conforme o calendário publicado no cal da operadora, 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

Centro Administrativo
Rua Dona Margarida, 537 - Navegantes
Porto Alegre/RS CEP 90240-611
(51) 31879200
centroclinicogaucho.com.br

CONTRATANTE. Na hipótese da utilização de eventuais atendimentos antes desse prazo, a CONTRATANTE autorizará estes para débito do CCG SAÚDE.

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 CCG SAÚDE.

2.5.1. Será necessária a comprovação para o CCG SAÚDE da dependência dos familiares designados em relação aos seus associados, conforme itens 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 CCG SAÚDE reserva no direito de exigir documentação comprobatória.

2.6. A CONTRATANTE informará, mensalmente, ao CCG SAÚDE 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, considerando faixa etária e tabela vigente.

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 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, que serão observadas em conjunto com as Diretrizes de Utilização da ANS e a segmentação contratada.

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, limitada ao número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos

Centro Administrativo
Rua Dona Margarida, 537 - Navegantes
Porto Alegre/RS CEP 90240-611
(51) 31879200
centroclinicogaucho.com.br

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 limitada ao 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 anestesiologista 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.

3.13. Cobertura hospitalar, com acomodação individual/privativa, conforme plano de saúde contratado, sem limite de prazo de internação, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, bem como o acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional no caso de indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou contratados pelo plano, inclusive em unidade ou centro de terapia intensiva, nos eventos a seguir descritos, exclusivamente através do corpo clínico e hospitais previamente credenciados e a

Centro Administrativo
Rua Dona Margarida, 537 - Navegantes
Porto Alegre/RS CEP 90240-611
(51) 31879200

centroclinicogaucho.com.br

3º RTDPJ PORTO ALEGRE-RS

critério do médico assistente.

3.14. Internações clínicas e cirúrgicas;

3.15. Internações decorrentes de emergências;

3.16. Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer;

3.17. Cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

3.18. Transplantes de rins e córneas, transplantes autólogos e halogênicos de medula óssea listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, bem como as despesas com os procedimentos necessários à realização do transplante, incluindo, quando couber, tais como: despesas assistenciais com doadores vivos, medicamentos utilizados durante a internação, acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção, despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde – SUS. Na hipótese de realização dos referidos transplantes, o beneficiário deverá, obrigatoriamente, estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs, sujeitando-se aos critérios de fila única de espera e de seleção;

3.19. Coberturas das despesas de material médico hospitalar, incluindo ainda, conforme plano de saúde contratado:

a) Internação em quarto individual/privativa, com direito a acompanhante para beneficiários menores de 18 (dezoito) anos e com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, bem como aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente;
b) Utilização do centro cirúrgico, unidade ou centro de terapia intensiva ou semi-intensiva, leitos especiais e toda aparelhagem necessária ao tratamento do paciente, durante a internação hospitalar;
c) Alimentação, inclusive dietética, durante o período em que o paciente estiver internado;
d) Serviços gerais de enfermagem, exceto quando em caráter particular;
e) Materiais, anestésicos e medicamentos necessários ao tratamento, até a alta hospitalar;
f) Gases medicinais indispensáveis ao tratamento, enquanto o paciente permanecer internado;
g) Remoção do paciente em ambulância, motivada por evento coberto pelo Plano de Saúde e realizada por via terrestre na área de abrangência do convênio, para unidade hospitalar do atendimento, desde que solicitado e devidamente justificado pelo médico assistente do CCG SAÚDE;
h) Cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica prevista no contrato;
i) Despesas médicas com doadores vivos, até sua alta hospitalar;
j) Transplantes de rim e córnea, incluindo as despesas com o procedimento realizado.

3.20. Despesas Médicas:

Centro Administrativo
Rua Dona Margarida, 537 - Navegantes
Porto Alegre/RS CEP 90240-611
(51) 31879200

centroclinicogaucho.com.br

a) Honorários médicos relativos aos procedimentos clínicos e cirúrgicos realizados durante a internação, incluindo os serviços prestados pelo médico assistente, auxiliar (es), anestesista e instrumentador;
b) Honorários médicos referentes a procedimentos de diagnose e terapia, realizados durante a internação hospitalar;
c) Exames laboratoriais durante o período de internação;
d) Exames anatomopatológico, radiológicos e cintilográficos, enquanto o beneficiário estiver internado, ou em ambiente ambulatorial, desde que referentes ao tratamento coberto indispensáveis ao controle da doença e sua elucidação diagnóstica;
e) Transfusão de sangue e seus derivados, até sua alta hospitalar;
f) Tratamento quimioterápico, radioterapia, hemodiálise, diálise peritoneal, hemoterapia, nutrição parenteral, ou enteral, procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica, embolização, radiologia intervencionista, exames anestésicos ou pré-cirúrgicos, fisioterapia, quimioterapia, radioterapia incluindo radiomoldagem, radioimplante e braquiterapia, hemoterapia, acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos a transplante de rim e córnea, exceto medicação de manutenção, de acordo com a prescrição médica e realizada no período de internação hospitalar.

3.21. Terão cobertura os atendimentos com internação clínica ou cirúrgica decorrentes de transtornos psiquiátricos, inclusive os procedimentos médicos necessários ao atendimento de lesões auto infligidas.

3.22. Nas internações psiquiátricas o custeio parcial excepcionalmente poderá ser fixado a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação, por ano de contrato, com pagamento pelo beneficiário de 50% (cinquenta por cento) da diária de internação.

3.23. Contam-se o período de 1 (um) ano de vigência a partir da data de assinatura do presente contrato.

3.24. Coberturas Obstétricas: Procedimentos relativos ao pré-natal e à assistência ao parto e puerpério;

3.25. Cobertura de um acompanhante indicado pela gestante durante o trabalho de parto, e pós-parto imediato.

3.26. Cobertura assistencial ao recém-nascido (a), filho (a) natural ou adotivo (a) do beneficiário, durante os 30 (trinta) primeiros dias após o parto, independente de cadastramento, sendo vedada qualquer aplicação de cobertura parcial temporária ou agravo para doenças ou lesões preexistentes, desde que o titular do plano já tenha cumprido todos os prazos de carências contratuais.

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

Centro Administrativo
Rua Dona Margarida, 537 - Navegantes
Porto Alegre/RS CEP 90240-611
(51) 31879200

centroclinicogaucho.com.br

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:
   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.
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) Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior, ou fora da área geográfica de abrangência;
r) Despesas médicas efetuadas antes do cumprimento das carências ou sem a autorização prévia, quando se fizer necessária;
s) Disfusão de ATM (articulação temporo-mandibular);
t) Cobertura as despesas com assistência odontológica de qualquer natureza, inclusive as relacionadas com acidentes.
u) Atendimento fora da rede credenciada, salvo nos casos de urgência ou emergência;
v) Terapias baseadas nos métodos ABA, DENVER e BOBATH e outras que venham a surgir, ainda que reconhecidas pelo Conselho, mas não previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS;
w) Internação com justificativa de investigação ou fechamento de diagnóstico.

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

Centro Administrativo
Rua Dona Margarida, 537 - Navegantes
Porto Alegre/RS CEP 90240-611
(51) 31879200
centroclinicogaucho.com.br

V- DURAÇÃO DO CONTRATO

CLÁUSULA QUINTA - DA VALIDADE 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.

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, internações hospitalares em clínica médica, pediátrica e cirúrgica;
h) 300 (trezentos) dias para partos a termo.

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), leitos de alta tecnologia 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.

Centro Administrativo
Rua Dona Margarida, 537 - Navegantes
Porto Alegre/RS CEP 90240-611
(51) 31879200

centroclinicogaucho.com.br

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 encaminhara 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, leitos de alta tecnologia 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, quando efetuado no decorrer dos períodos de carência para internação.

Centro Administrativo
Rua Dona Margarida, 537 - Navegantes
Porto Alegre/RS CEP 90240-611
(51) 31879200

centroclinicogaucho.com.br

8.2. Nos casos de urgência e emergência em que o usuário, não puder utilizar os serviços da rede própria 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 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 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;

Centro Administrativo
Rua Dona Margarida, 537 - Navegantes
Porto Alegre/RS CEP 90240-611
(51) 31879200
centroclinicogaucho.com.br

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 para rede 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 para usufruir dos atendimentos e recursos deste Contrato, acompanhados de um documento de identificação, com foto, tanto rede própria CCG Saúde, quanto na rede externa credenciada.

9.4. Os atendimentos e serviços deste Contrato serão executados na rede própria CCG Saúde, nas localidades de abrangência do produto, e onde mais dispuser de serviços prévia e especialmente rede externa credenciada.

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 coparticipação 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 e; 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 à EMPRESA;

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, garantindo assim a continuidade da internação.

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;

Centro Administrativo
Rua Dona Margarida, 537 - Navegantes
Porto Alegre/RS CEP 90240-611
(51) 31879200

centroclinicogaucho.com.br

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, junto com o presente contrato, 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 valor do transporte público por parte do CCG SAÚDE, devendo o mesmo solicitar junta à unidade que haveria atendimento, sendo este realizado no prazo máximo de até 30 (trinta) 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 abaixo, a partir do momento da solicitação, exceto quando caracterizada urgência, situação que dispensa autorização prévia.

a) Exames simples – até 3 (três) dias úteis;
b) Exames de alta complexidade – até 7 (sete) dias úteis;
c) Terapias – até 7 (sete) dias úteis;
d) Procedimentos simples – até 7 (sete) dias úteis;
e) Procedimentos alta complexidade e cirurgias – até 7 (sete) dias úteis.

9.8. Para fins de internações hospitalares, o CCG SAÚDE emitirá guia de apresentação aos hospitais previamente credenciados a rede do plano, desta forma, acompanhado da requisição do médico assistente o beneficiário terá a possibilidade de encaminhar sua solicitação de autorização em qualquer unidade de atendimento do CCG SAÚDE.

9.8.1. Nos casos de urgência e emergência, esta guia será fornecida, pelo hospital onde o beneficiário estiver internado, mediante apresentação do comprovante de baixa e relatório do médico assistente, respeitado o limite de **48 (quarenta e oito) horas** úteis após o evento da baixa. Passado o prazo limite, para retirada da guia, o CCG SAÚDE se desobrigará, cabendo ao usuário satisfazer as despesas efetuadas;

9.8.2. Quando do uso indiscriminado de hospitais não credenciados previamente, sem a indicação dos mesmos pelo CCG SAÚDE, ou a utilização destes em caráter particular, a responsabilidade por esta preferência ou utilização será exclusivamente da CONTRATANTE, a quem caberá o devido ônus.

9.9. 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.

9.10. 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.

Centro Administrativo
Rua Dona Margarida, 537 - Navegantes
Porto Alegre/RS CEP 90240-611
(51) 31879200
centroclinicogaucho.com.br

9.11. 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.

9.12. 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:

9.12.1. 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	ANEXO
Exames Simples	ANEXO
Exames de Alta Complexidade	ANEXO
Quimioterapia	ANEXO
Radioterapia	ANEXO
Hemodiálise	ANEXO

X – FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

CLÁUSULA DEZ – FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

10.1. Após o fechamento do efetivo mensal que será enviado pela CONTRATANTE, o CCG SAÚDE enviará fatura do 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 emiti-lo no site e/no aplicativo do CCG SAÚDE.

10.2.3. 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.

Centro Administrativo
Rua Dona Margarida, 537 - Navegantes
Porto Alegre/RS CEP 90240-611
(51) 31879200

centroclinicogaucho.com.br

10.2.4. 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 10.2.1

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. Para contratos com 30 (trinta) ou mais beneficiários vinculados, 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 ONZE – 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.

Centro Administrativo
Rua Dona Margarida, 537 - Navegantes
Porto Alegre/RS CEP 90240-611
(51) 31879200
centroclinicogaucho.com.br

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.

XII – REAJUSTE POOL DE RISCO:

CLÁUSULA DOZE – 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:

R^1 indica a recomposição econômico-financeira do Pool de Risco, apurada pela sinistralidade acumulada no período analisado.

R^2 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.

Centro Administrativo
Rua Dona Margarida, 537 - Navegantes
Porto Alegre/RS CEP 90240-611
(51) 31879200

centroclinicogaucho.com.br

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.centroclinicogaucho.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 TREZE – 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 subseqüente 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	17,83%
De 24 a 28	10,98%
De 29 a 33	11,66%
De 34 a 38	9,42%
De 39 a 43	15,56%
De 44 a 48	26,75%
De 49 a 53	18,40%
De 54 a 58	40,87%
59 ou mais	39,22%

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

Centro Administrativo
Rua Dona Margarida, 537 - Navegantes
Porto Alegre/RS CEP 90240-611
(51) 31879200

CLÁUSULA QUATORZE – 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 SAÚDE 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 CCG SAÚDE, 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 CCG SAÚDE 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 CCG SAÚDE.

14.4.1. Para todos esses casos, haverá a comunicação formal da decisão à CONTRATANTE pelo CCG SAÚDE.

XV – RESCISÃO/SUSPENSÃO

CLÁUSULA QUINZE – RESCISÃO/SUSPENSÃO:

15.1. Decorrido o período de 12 (doze) meses contratados, disposto no item 5.1, 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.

15.2. Em caso de rescisão contratual solicitada pelo CCG SAÚDE, será disponibilizado aos beneficiários, no prazo de 60 dias contados da rescisão, a manutenção do plano de saúde mediante a portabilidade para plano de saúde individual ou coletivo por adesão que esteja com comercialização no município demandado, ativa pelo CCG SAÚDE.

15.2.1. Por imperativo do art. 8º da RN 438/18 da ANS, não será aplicado os requisitos de vínculo ativo, de prazo de permanência, e de compatibilidade por faixa de preço, quando ocorrer a rescisão do presente contrato;

15.2.2. A portabilidade poderá ser exercida, nos termos dos parágrafos anteriores, desde que haja disponível produto individual/familiar ou coletivo por adesão, com comercialização habilitada pela ANS, no município demandado.

Centro Administrativo
Rua Dona Margarida, 537 - Navegantes
Porto Alegre/RS CEP 90240-611
(51) 31879200
centroclinicogaucho.com.br

15.3. Ocorrendo à rescisão nenhum pagamento ou indenização caberá à parte, tendo o CCG SAÚDE unicamente direito ao recebimento das importâncias concernentes aos serviços realmente prestados até aquela data e o prazo de aviso prévio.

15.4. 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, consecutivo ou não, a cada doze meses de vigência do contrato, cabendo ao CCG SAÚDE notificar a EMPRESA, comprovadamente, até o **trigésimo** dia da inadimplência.

15.5. 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 CCG SAÚDE realizar rescisão do contrato por fraude, desde que devidamente comprovada.

15.6. 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 CCG SAÚDE o direito de cancelar o Contrato, mediante correspondência para a CONTRATANTE, sem cumprimento de aviso prévio ou qualquer indenização.

15.7. Na hipótese do não pagamento na data aprazada, a pós-transcorridos **15 (quinze)** dias, o CCG SAÚDE suspenderá os atendimentos até a sua regularização.

XVI – PENALIDADES

CLÁUSULA DEZESSEIS - 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 CCG SAÚDE 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 CCG SAÚDE reserva o direito de rescindir o presente contrato, sem aviso prévio;
d) O CCG SAÚDE não poderá ser demandado em ações que a CONTRATANTE esteja como parte no polo passivo.

XVII – DISPOSIÇÕES GERAIS

CLÁUSULA DEZESSETE – DISPOSIÇÕES GERAIS:

17.1. 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

Centro Administrativo
Rua Dona Margarida, 537 - Navegantes
Porto Alegre/RS CEP 90240-611
(51) 31879200

centroclinicogaucho.com.br

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 DEZOITO – 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, 05 de outubro de 2020.

CONTRATANTE | **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 94509 em 07/10/2020.
REGISTRADO sob nº 89581, no Livro B-424, Fls 161 F, em 13/10/2020.

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

Total: R$ 97,40 + R$ 7,40 = R$ 104,80
Registro c/ valor (item 11 tabela): R$ 58,80 (0755.04.2000001.03041 = R$ 3,30)
Microfilmagem/Digitalização: R$ 33,60 (0755.03.1800001.02976 = R$ 2,70)
Processamento eletrônico: R$ 5,00 (0755.01.2000001.07370 = 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 00005191 58

Centro Administrativo
Rua Dona Margarida, 537 - Navegantes
Porto Alegre/RS CEP 90240-611
(51) 31879200

centroclinicogaucho.com.br