



CONDIÇÕES GERAIS
PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE MÉDICO – HOSPITALAR

ÍNDICE

1.	Atributos do Contrato	02
2.	Classificação do Plano	02
3.	Definições	02
4.	Do Tipo de Cobertura	13
5.	Das Coberturas do Plano	15
6.	Despesas Não Cobertas	22
7.	Forma de Utilização das Coberturas	25
8.	Movimentação de Beneficiários.....	32
9.	Início de Cobertura de Cada Beneficiário.....	38
10.	Comunicação das Coberturas	38
11.	Exclusão de Beneficiário.....	38
12.	Das Condições de Permanência no Plano	40
13.	Faturamento Mensal	43
14.	Valor do Prêmio	44
15.	Reavaliação do Prêmio	45
16.	Pagamento da Mensalidade	52
17.	Vigência do Plano	53
18.	Índice de Manutenção do Contrato	53
19.	Rescisão do Contrato de Prestação de Serviços	54
20.	Material de Divulgação	57
21.	Junta Médica	57
22.	Ressarcimentos Devidos à CARE PLUS	58
23.	Responsabilidade da Estipulante	58
24.	Documentos que Integram as Condições Gerais	59
25.	Disposições Finais	59
26.	Eleição de Foro	60
27.	Local e Data	60



CONDIÇÕES GERAIS

PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE MÉDICO – HOSPITALAR

1. ATRIBUTOS DO CONTRATO

1.1. O presente **CONTRATO** tem por objeto a prestação continuada de serviços, na forma de Plano Privado de Assistência à Saúde Médico – Hospitalar, conforme previsto no inciso I, do artigo 1º, da Lei nº 9.656/98, respeitadas as limitações previstas nestas **CONDIÇÕES GERAIS** e os limites e condições pactuadas em **CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS** anexo a esta, para cada evento, o pagamento ao **BENEFICIÁRIO** e seus **DEPENDENTES** ou à **REDE DE ATENDIMENTO** em seu nome, das despesas médico-hospitalares contratadas, para todas as doenças do **CID-10**, todas as especialidades do **Conselho Federal de Medicina** e no **Rol de Procedimentos Médicos** editado pela **ANS**, vigente à época do evento, compreendendo Atendimento Ambulatorial, Internação Hospitalar, Atendimento Obstétrico, Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia, realizados em razão de Doença, Acidente Pessoal ou Gravidez, no Território Nacional.

2. CLASSIFICAÇÃO DO PLANO

2.1. O presente Plano, classificado como “**Privado de Assistência à Saúde - Coletivo Empresarial**” por oferecer cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à Pessoa Jurídica por relação empregatícia ou estatutária.

3. DEFINIÇÕES

3.1. Acidente Pessoal - é o evento provocado ao **BENEFICIÁRIO** por agentes súbitos, involuntários e violentos, com data de ocorrência devidamente caracterizada, causador de lesão física, interna ou externa que por si só e independentemente de toda e qualquer causa, justifique atendimento médico e/ou hospitalar.

3.2. Agência Nacional de Saúde (ANS) – autarquia de regime especial, vinculada ao **Ministério da Saúde**, com atuação em todo o território nacional, como entidade de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem a saúde suplementar.

3.3. Agravo - é o recálculo das mensalidades individuais para o Plano contratado praticado junto a **ESTIPULANTE**, com base na distorção ocasionada pela preexistência declarada pelo **PROPONENTE**, aplicado exclusivamente sobre a sua mensalidade individual.



CONDIÇÕES GERAIS PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE MÉDICO – HOSPITALAR

3.4. Área de Abrangência Geográfica - é o Território Nacional.

3.5. Atendimento Eletivo – é aquele que pode ser programado, ou seja, que não é considerado de **Urgência** e **Emergência**.

3.6. Atendimento de Emergência – é aquele que implica em risco imediato de vida ou de lesão irreparável para o paciente, constatado em declaração do médico assistente.

3.7. Atendimento de Urgência – é aquele resultante de acidente pessoal decorrente de causa externa, ou de complicação gestacional.

3.8. Atendimento Obstétrico – é aquele prestado à gestante, em decorrência da gravidez, parto, aborto e suas consequências.

3.9. Autorização Prévia - consiste em rotina de liberação de atendimento em regime de **REDE DE ATENDIMENTO** dentro de procedimentos preestabelecidos e mediante o envio de documentação necessária à análise por parte da **CARE PLUS**, sem a qual a liberação de atendimento não será concedida.

3.10. BENEFICIÁRIO(S) – é(são), em conjunto ou isoladamente, o(s) **BENEFICIÁRIO(S) TITULAR(ES)** e/ou o(s) **BENEFICIÁRIO(S) DEPENDENTE(S)**.

3.10.1. BENEFICIÁRIO(S) TITULAR (ES) – são as pessoas físicas vinculadas à **ESTIPULANTE** por relação de caráter empregatício ou estatutário, segundo especificação contida no Contrato de Prestação de Serviços.

3.10.2. BENEFICIÁRIO (S) DEPENDENTE(S) – são:

- (i) o cônjuge do titular ou companheiro (a), no caso de titular solteiro (a), separado (a) ou divorciado (a), desde que enquadrado no disposto da legislação específica sobre a matéria;
- (ii) os (as) filhos (as) naturais ou adotivos, solteiros (as) até completar 21 anos, ou qualquer idade para os filhos considerados absolutamente incapazes enquanto vigorar a incapacidade.



CONDIÇÕES GERAIS PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE MÉDICO – HOSPITALAR

3.10.3. Poderão ser incluídos no plano como **BENEFICIÁRIOS TITULARES** os ex-empregados aposentados e demitidos ou exonerados sem justa causa da **ESTIPULANTE** que foram beneficiários titulares do Plano.

3.10.4. A opção estabelecida no item acima (3.10.3) é exclusiva para aqueles que tenham contribuído com o pagamento de parte ou a integralidade da contraprestação pecuniária (pagamento das mensalidades / prêmios), em qualquer momento durante a vigência de seu contrato de trabalho.

3.10.5. Poderão ser incluídos no plano, ainda, os **BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES** que se encontravam regularmente inscritos no plano oferecido pela **ESTIPULANTE** quando da vigência do contrato de trabalho do **BENEFICIÁRIO TITULAR** com a **ESTIPULANTE**, ressalvada a possibilidade de inclusão de novo cônjuge e filhos do ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado no período de manutenção da condição de beneficiário.

3.11. Cálculo Atuarial – É o cálculo com base estatística proveniente da análise de informações sobre a frequência de utilização, perfil do **BENEFICIÁRIO**, tipo de procedimento, efetuado com vista à manutenção do equilíbrio técnico-financeiro do **PLANO** e definição de mensalidades a serem cobradas dos **BENEFICIÁRIOS** pela contraprestação.

3.12. Carência – é o prazo ininterrupto (período de tempo) durante o qual o **BENEFICIÁRIO** não tem direito a determinadas coberturas, mesmo pagando o prêmio mensal.

3.13. Carta de Orientação ao Beneficiário (COB) é o documento enviado pela **CARE PLUS** ao **BENEFICIÁRIO** nos casos em que haja previsão de **CLÁUSULA DE AGRAVO** ou de **COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA**.

3.14. Cartão Proposta – é o documento que formaliza a intenção de ingresso no plano de saúde e consiste de formulário fornecido pela **CARE PLUS** composto da **Declaração Pessoal de Saúde** para preenchimento do **PROPONENTE TITULAR**, acerca de sua condição de saúde e de seus respectivos dependentes, e espaço



CONDIÇÕES GERAIS PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE MÉDICO – HOSPITALAR

para fornecimento de dados cadastrais em conformidade com as exigências da **Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS**, conta corrente para depósito de reembolsos e campos para indicação do tipo de **PLANO** e de **REDE DE ATENDIMENTO**.

3.15. Cláusulas Adicionais – são os documentos pelos quais a **ESTIPULANTE** contrata coberturas diferenciadas, não obrigatórias, tais como reembolso de medicamentos, reembolso de próteses e órteses externas, reembolso de tratamentos especiais, remissão por morte e transplantes não cobertos por este plano.

3.16. CID-10 – Classificação Internacional de Doenças é um gênero de nomenclatura médica adotada pela **Organização Mundial de Saúde (OMS)** que fornece códigos relativos à classificação de doenças, doravante denominada **CID-10**.

3.17. Cobertura – é a totalidade dos procedimentos médico/hospitalares relacionados no item 5 destas **CONDIÇÕES GERAIS**.

3.18. Cobertura Parcial Temporária (CPT) – é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, a partir da data da inclusão do **BENEFICIÁRIO** ao plano, a suspensão da cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, relacionados, exclusivamente, a **DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES**.

3.19. Condições Gerais – é o conjunto de normas e cláusulas contratuais que estabelecem obrigações e direitos da **CARE PLUS**, da **ESTIPULANTE** e dos **BENEFICIÁRIOS**.

3.20. Consulta – é o ato realizado pelo médico que avalia as condições clínicas do **BENEFICIÁRIO**.

3.21. Contrato Coletivo Empresarial - Entende-se como aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à Pessoa Jurídica por relação empregatícia ou estatutária.



CONDIÇÕES GERAIS PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE MÉDICO – HOSPITALAR

3.22. Contrato de Prestação de Serviços – é o conjunto de normas e cláusulas contratuais que, em complemento às **CONDIÇÕES GERAIS**, regulam as obrigações e os direitos da **CARE PLUS**, da **ESTIPULANTE** e dos **BENEFICIÁRIOS**, doravante denominado “**CONTRATO**”.

3.23. Coparticipação – é a parte efetivamente paga pelo **BENEFICIÁRIO** à operadora ou ao prestador dos serviços referente à realização do procedimento.

3.24. Declaração de Saúde – é o documento preenchido de próprio punho pelo **PROPONENTE TITULAR** contendo informações das **DOENÇAS OU LESÕES PREEXISTENTES**, retratando a sua real condição de saúde e de seus dependentes no momento da manifestação de intenção de ingresso no plano de saúde.

3.25. Doença – É o processo mórbido definido, tendo um conjunto característico de sintomas e sinais, que leva o indivíduo a tratamento médico.

3.26. Doença ou Lesão Preexistente - a doença ou lesão que o **PROPONENTE** saiba ser portador ou sofredor, à época do preenchimento do **CARTÃO PROPOSTA / DECLARAÇÃO DE SAÚDE**. A **CARE PLUS** poderá comprovar o conhecimento prévio do **BENEFICIÁRIO** quanto à existência de doença ou lesão, pelo período de 24 (vinte e quatro) meses contados desde sua inclusão no plano. A omissão dessa informação será caracterizada como comportamento fraudulento, apurado por procedimento instaurado perante a **Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS**.

3.27. Doença Profissional – É aquela adquirida em conseqüência do trabalho.

3.28. Estipulante - é a pessoa jurídica, legalmente constituída, que contrata o **PLANO**, ficando responsável pelo pagamento dos prêmios mensais e investido dos poderes dos **BENEFICIÁRIOS** junto à **CARE PLUS**. A **ESTIPULANTE** é o responsável por todas as comunicações ou avisos inerentes a este **PLANO**, inclusive alterações dos limites de cobertura, inclusões e exclusões de prestadores de **REDE DE ATENDIMENTO** e todas as demais modificações das **CONDIÇÕES GERAIS, CLÁUSULAS DE COBERTURAS** e do “**CONTRATO**”,



CONDIÇÕES GERAIS PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE MÉDICO – HOSPITALAR

bem como alterações decorrentes da política de elegibilidade prevista no “**CONTRATO**” e pelas inclusões e exclusões de **BENEFICIÁRIOS**.

3.29. Evento – é todo o conjunto de ocorrências e/ou serviços de assistência médica e/ou hospitalar, com cobertura pelo plano contratado, que tenham por origem ou causa o mesmo dano involuntário à saúde do **BENEFICIÁRIO**, decorrente de doença ou acidente pessoal, ocorrido no curso do “**CONTRATO**”. O **EVENTO** se inicia com a comprovação médica da ocorrência e termina com a alta médica concedida ou pedida, com o óbito ou com o abandono do tratamento por parte do paciente, com a exaustão dos limites de cobertura do plano ou rescisão do “**CONTRATO**”.

3.30. Exame - é o procedimento complementar solicitado pelo médico, que possibilita uma investigação diagnóstica, para melhor avaliar as condições clínicas do **BENEFICIÁRIO**.

3.31. Franquia – é o valor estabelecido no “**CONTRATO**” até o qual a **CARE PLUS** não tem responsabilidade de cobertura, quer nos casos de reembolso ou nos casos de pagamento à **REDE DE ATENDIMENTO**.

3.32. Guia de Leitura Contratual (GLC) – é o documento, entregue ao **BENEFICIÁRIO** junto com seu cartão de Identificação, destinado a informá-lo sobre os principais aspectos a serem observados no momento da contratação do **PLANO** e a facilitar a apreensão do conteúdo do “**CONTRATO**” por meio da indicação das referências aos seus tópicos mais relevantes.

3.33. Guia de Recursos da Rede de Atendimento – é o documento que contém a relação dos profissionais e estabelecimentos que integram a **REDE DE ATENDIMENTO**.

3.34. Grupo Segurável - é o conjunto de pessoas devidamente caracterizado no **PLANO**, homogêneo em relação a uma ou mais características, expressas por vínculo concreto junto a **ESTIPULANTE**.

3.35. Índice de Manutenção – é o número mínimo de **BENEFICIÁRIOS**, indicado nestas **CONDIÇÕES GERAIS** ou no “**CONTRATO**”, que possibilitam a



CONDIÇÕES GERAIS PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE MÉDICO – HOSPITALAR

continuidade de sua vigência, ficando rescindido caso este número fique abaixo do estabelecido.

3.36. Internação Hospitalar Eletiva e/ou Programada – é aquela que se inicia com a expressa prescrição do médico assistente, que não se caracterize como de **URGÊNCIA** ou **EMERGÊNCIA**, e compreende o período no qual o **BENEFICIÁRIO** permanece em ambiente hospitalar para realização de ato clínico ou cirúrgico.

3.37. Internação Hospitalar de Urgência ou Emergência - é aquela que se inicia com um evento caracterizado como de **Urgência** ou **Emergência**.

3.38. Leito de Alta Tecnologia - é aquele que se destina ao tratamento intensivo e especializado, localizado em unidades ou centros de terapia intensiva, semi-intensiva, terapia respiratória, coronariana, pediátrica, neonatal, recuperação pós-anestésica, unidades intermediárias, unidade de tratamento de pacientes queimados e unidades de isolamento.

3.39. Limites de Cobertura - São os valores máximos de responsabilidade da **CARE PLUS**, de acordo com os planos colocados à disposição dos **BENEFICIÁRIOS**, segundo as **CONDIÇÕES GERAIS** e estabelecidos no “**CONTRATO**” celebrado entre a **ESTIPULANTE** e a **CARE PLUS**. Os limites financeiros de cada **BENEFICIÁRIO DEPENDENTE** serão iguais aos estabelecidos para o **BENEFICIÁRIO TITULAR**.

3.40. Manual de Orientação para Contratação de Plano de Saúde (MPS) – é o documento, entregue ao representante da Estipulante, antes da data de assinatura do “**CONTRATO**”, destinado a informar ao **BENEFICIÁRIO** os principais aspectos a serem observados no momento da contratação do Plano de Saúde e a facilitar a apreensão do conteúdo do “**CONTRATO**” por meio da indicação das referências aos seus tópicos mais relevantes.

3.41. Manual do Beneficiário – é o documento no qual são informados procedimentos básicos para utilização dos serviços disponibilizados pela **CARE PLUS**.



CONDIÇÕES GERAIS **PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE MÉDICO – HOSPITALAR**

3.42. Médico Assistente – é o profissional responsável pela indicação da conduta médica a ser aplicada ao **BENEFICIÁRIO**.

3.43. Mensalidade – é o equivalente ao fracionamento na razão 1/12 avos do prêmio anual, devida mensal e antecipadamente pela **ESTIPULANTE**.

3.44. Moeda de Saúde (MS) - é o índice próprio da **CARE PLUS**, indicado no “**CONTRATO**”, que, transformado em moeda corrente nacional (Real), servirá como base de cálculo para a determinação das mensalidades e limites de reembolso dos serviços médicos e hospitalares e laboratoriais, previstos nas **CONDIÇÕES GERAIS**, da **PROPOSTA COMERCIAL** e do “**CONTRATO**”.

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

3.46. Prêmio - é a importância paga, anual e antecipadamente, pela **ESTIPULANTE** à **CARE PLUS**, em moeda corrente nacional, cujo valor está diretamente ligado ao objeto contratado e estabelecido nas **CONDIÇÕES GERAIS** e no “**CONTRATO**”. Tem o mesmo significado de **CONTRAPRESTAÇÃO**.

3.47. Primeiros Socorros – é o primeiro atendimento realizado nos casos de **Urgência** ou **Emergência**.

3.48. Pronto Atendimento – é aquele prestado por profissional médico, em estabelecimento legalmente constituído, integrante ou não de um hospital, capacitado ao atendimento de urgência/emergência ou cirúrgico de pequeno porte, quando não caracterizada a necessidade de hospitalização, destinado ao primeiro atendimento de caso clínico agudo e para acompanhamento de doenças crônicas agudizadas.

3.49. Proponente Titular - é a pessoa física que mantém vínculo de natureza empregatícia ou societária com a **ESTIPULANTE** que se submete à apreciação da **CARE PLUS** para inclusão em contrato vigente. Ao obter parecer favorável da **CARE PLUS**, o **PROPONENTE** passa ao papel de **BENEFICIÁRIO** a partir da data de sua inclusão.



CONDIÇÕES GERAIS PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE MÉDICO – HOSPITALAR

3.50. Proposta Comercial – é o documento pelo qual a **CARE PLUS**, baseada nas informações prestadas pela empresa ou seu representante, referentes ao grupo segurável, informa as condições de coberturas, custos, inclusão, manutenção e vigência de seus planos, devendo ao ser aceita ser assinada e devolvida.

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

3.52. Rede de Atendimento - consiste a relação de profissionais médicos, hospitais, clínicas e laboratórios, incluindo equipamentos e recursos humanos, colocados à disposição do **BENEFICIÁRIO** para o atendimento dentro das diversas especialidades da medicina previstas no plano contratado, a saber:

3.52.1. Clínica ou ambulatório especializado: clínica especializada destinada à assistência ambulatorial em apenas uma especialidade / área da assistência.

3.52.2. Consultório isolado: sala isolada destinada à prestação de assistência médica ou de outros profissionais de saúde de nível superior.

3.52.3. Hospital especializado: hospital destinado à prestação de assistência à saúde em uma única especialidade/área, podendo dispor de serviço de Urgência/Emergência, serviço de Apoio de Diagnose e Terapia (SADT) e procedimentos de alta complexidade.

3.52.4. Hospital geral: hospital destinado à prestação de atendimento nas especialidades básicas, por especialistas e/ou outras especialidades médicas. Pode dispor de serviço de Urgência/ Emergência. Deve dispor também de SADT de média complexidade, podendo realizar ou não procedimentos de alta complexidade

3.52.5. Clínica: unidade de saúde para prestação de atendimento ambulatorial em várias especialidades, incluindo ou não as especialidades básicas, podendo ainda ofertar outras especialidades não médicas. Pode oferecer ou não SADT e pronto atendimento 24 Horas

3.52.6. Pronto socorro especializado: unidade destinada à prestação de assistência em uma ou mais especialidades, a pacientes com ou sem risco de vida, cujos agravos necessitam de atendimento imediato



CONDIÇÕES GERAIS PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE MÉDICO – HOSPITALAR

3.52.7. Pronto socorro geral: unidade destinada à prestação de assistência a pacientes com ou sem risco de vida, cujos agravos necessitam de atendimento imediato. Pode ter ou não internação.

3.52.8. Unidade de serviço de apoio de diagnose e terapia (SADT): unidades isoladas onde são realizadas atividades que auxiliam a determinação de diagnóstico e/ou complementam o tratamento e a reabilitação do paciente

3.53. Reembolso – é o ressarcimento ao **BENEFICIÁRIO** das despesas médicas, de diagnose, terapia e/ou hospitalares suportadas por ele ou seus dependentes, desde que cobertas pelo **PLANO**. O valor do **REEMBOLSO** obedece ao limite de cobertura previsto no **PLANO** contratado pela **ESTIPULANTE**.

3.53.1. Limites de Reembolso fora da Rede de Atendimento – são os limites financeiros máximos indenizáveis e/ou de frequência de atendimento previstos por plano para cada cobertura contratada, sendo resultantes:

3.53.1.1. Da multiplicação do coeficiente do procedimento previsto na **TABELA DE INDENIZAÇÃO CARE PLUS** pelo múltiplo do plano contratado e pela **MOEDA DE SAÚDE (MS)** ou, ainda;

3.53.1.2. Da multiplicação da verba estipulada para a cobertura em específico pela **MOEDA DE SAÚDE (MS)**.

3.53.2. Limites de Reembolso na Rede de Atendimento - são os limites financeiros máximos indenizáveis por pagamentos realizados pelo **BENEFICIÁRIO** diretamente aos prestadores da **REDE DE ATENDIMENTO**. O reembolso será o correspondente ao que for menor entre (i) o limite de reembolso fora da **REDE DE ATENDIMENTO** e (ii) o valor negociado pela **CARE PLUS** com os referidos prestadores, segundo o padrão de plano contratado.

3.54. Remoção – é o transporte de paciente, mediante justificativa médica, entre hospitais, quando da comprovada falta de condições técnicas para dar andamento ao processo de atendimento, ou entre hospital e uma unidade de diagnose, quando paciente estiver internado em estabelecimento que não conte com estrutura para realização de determinado exame.



CONDIÇÕES GERAIS PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE MÉDICO – HOSPITALAR

3.55. Retorno – é todo e qualquer encontro médico-paciente nos 30 dias que sucedem a uma consulta médica com objetivo da entrega ou avaliação de resultados de exames ou para a prescrição de medicamento.

3.56. Rol de procedimentos e eventos em saúde - Cobertura mínima obrigatória de procedimentos e eventos em saúde que deve ser garantida de acordo com a segmentação contratada do plano privado de assistência à saúde contratado, doravante denominado **ROL DE PROCEDIMENTOS**.

3.57. Sinistro – é o acontecimento do evento previsto e coberto pelo plano, caracterizado como despesa resultante de toda e qualquer utilização, pelo **BENEFICIÁRIO** das coberturas contratadas. As despesas de **SINISTRO** são classificadas segundo os seguintes itens:

3.57.1. Consultas médicas: atendimentos realizados para fins de diagnóstico e orientação terapêutica, em regime ambulatorial, de caráter eletivo, urgência ou emergência.

3.57.2. Exames: métodos de auxílio diagnóstico utilizados para complementar a avaliação do estado de saúde;

3.57.3. Terapias: atendimentos a pacientes utilizando métodos para tratar determinada doença ou condição de saúde, como métodos de tratamento com hemoterapia, litotripsia extracorpórea, quimioterapia, radiologia intervencionista, radioterapia, terapia renal substitutiva, entre outros.

3.57.4. Internações e outros atendimentos hospitalares: atendimentos prestados a paciente admitido para ocupar leito hospitalar em enfermaria, quarto ou unidades de curta permanência, terapia intensiva ou semi-intensiva.

3.57.5. Outros atendimentos ambulatoriais: atendimentos com procedimentos (exceto consultas médicas, exames e terapias) realizados em regime ambulatorial de caráter eletivo, urgência ou emergência.

3.58. Tabela de Indenização Care Plus – é a relação de procedimentos médicos, hospitalares e de diagnose, com as respectivas quantidades de **MOEDAS DE SAÚDE (MS)**, elaborada pela **CARE PLUS** e devidamente especificada no “**CONTRATO**”, cujo elenco poderá ser atualizado a cada ano civil, no mês de janeiro. A tabela atualizada não assegura a **ESTIPULANTE** direito de usufruir dos novos procedimentos nela incluídos, exceto se houver contratação específica.



CONDIÇÕES GERAIS PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE MÉDICO – HOSPITALAR

4. DO TIPO DE COBERTURA

4.1. Cobertura Ambulatorial: Procedimentos realizados em consultórios (consultas) ou ambulatorios (procedimentos ambulatoriais), inclusive exames, fora do regime de internação, compreendendo:

4.1.1. Consultas Médicas: As consultas serão realizadas no consultório do médico escolhido pelo **BENEFICIÁRIO**, dentre os referenciados pela **CARE PLUS** ou pelo sistema de reembolso, dentro da área de abrangência geográfica deste contrato.

4.1.2. Tratamentos Ambulatoriais: Os atendimentos clínicos, cirúrgicos e ambulatoriais serão prestados em consultórios, clínicas, serviços ou hospitais contratados ou por meio de reembolso, mediante solicitação e justificativa do médico assistente.

4.1.3. Exames Complementares Ambulatoriais: Os exames complementares e serviços auxiliares serão prestados através da rede contratada ou conveniada ou por meio de reembolso, mediante solicitação e justificativa de médico assistente.

4.2. Cobertura Hospitalar: Procedimentos realizados sob regime de internação hospitalar, compreendendo:

4.2.1. Internações Hospitalares: As Internações Hospitalares Eletivas ou Programadas serão autorizadas mediante pedido firmado por médico assistente e a apresentação de justificativa, laudos e exames que sejam necessários à elucidação diagnóstica e avaliação de cobertura.

4.2.1.1. Os BENEFICIÁRIOS deste “**CONTRATO**” obrigam-se, ao se internarem, a fornecer à administração do hospital, juntamente com a senha de autorização, o documento de identidade e o cartão de identificação emitido pela **CARE PLUS**, em vigor.

4.2.1.2. O prazo de internação será fixado pela **CARE PLUS** conforme patologia e constará da autorização expedida.



CONDIÇÕES GERAIS PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE MÉDICO – HOSPITALAR

4.2.1.3. Em caso de necessidade de prorrogação do prazo de internação previamente autorizado, o **BENEFICIÁRIO** ou quem por ele responda deverá apresentar à **CARE PLUS** a solicitação de prorrogação emitida pelo médico assistente, com justificativa.

4.2.1.4. As Internações Hospitalares de **URGÊNCIA** ou **EMERGÊNCIA** poderão ocorrer independentemente de prévia autorização da **CARE PLUS**, devendo o **BENEFICIÁRIO** providenciar, no prazo de 1 (um) dia útil contado da data da internação, os documentos acima mencionados, sob pena da **CARE PLUS** não se responsabilizar por quaisquer despesas.

4.2.1.5. Despesas não cobertas: O pagamento das despesas não cobertas deverá ser realizado diretamente pelo **BENEFICIÁRIO** ao prestador do atendimento, sem que isto represente ônus à **CARE PLUS**.

4.2.1.6. Acomodação – Custos por opção de padrão superior ao contratado: Na hipótese do **BENEFICIÁRIO** optar por acomodação hospitalar superior àquela contratada, deverá arcar com a diferença de preço e a complementação dos honorários médicos e hospitalares, conforme negociação direta com o médico ou hospital.

4.2.1.7. Condições particulares negociadas: A **CARE PLUS** não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelos **BENEFICIÁRIOS** com médicos, hospitais ou entidades contratadas ou não. Tais despesas correm exclusivamente por conta do **BENEFICIÁRIO**, sem direito a ressarcimento.

4.2.2. Honorários Médicos: Os Honorários Médicos relativos a internações clínicas ou cirúrgicas serão custeados junto a profissionais, clínicas ou consultórios referenciados pela **CARE PLUS** ou por meio do sistema de reembolso dentro dos limites previstos neste “**CONTRATO**”.

4.2.3. Remoções: A cobertura de remoção, após ter se realizado os atendimentos classificados como **URGÊNCIA** ou **EMERGÊNCIA**, quando caracterizada e justificada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade de atenção ao paciente ou pela necessidade de



CONDIÇÕES GERAIS

PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE MÉDICO – HOSPITALAR

internação, se dará pelo acionamento do serviço através da Central de Relacionamento da **CARE PLUS**. O acionamento ensejará a busca e contratação do serviço de transporte inter-hospitalar, do local em que se originou o atendimento para a entidade hospitalar mais próxima a que tem direito o **BENEFICIÁRIO**, ou por meio de reembolso, dentro dos limites previstos no “**CONTRATO**” assinado entre as partes.

4.3. Das Coberturas Psiquiátricas

4.3.1. As coberturas psiquiátricas compreendem:

- O custeio integral de 30 (trinta) dias de internação, por ano de contrato, não cumulativos, em hospital geral ou psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise e para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência, provocados por alcoolismo, ou outras formas de dependência química de que necessitem de hospitalização.

4.3.2. Ultrapassado o prazo de internação previsto acima, os atendimentos serão realizados mediante pagamento da co-participação prevista no item 7.4.1 destas **CONDIÇÕES GERAIS** e definida no “**CONTRATO**”.

4.3.2.1. Além da cobertura de internação em hospital geral ou psiquiátrico especificada, o **BENEFICIÁRIO** poderá dispor de até 08 (oito) semanas anuais de tratamento em regime de Hospital-Dia.

4.3.2.2. Nos casos de diagnósticos de transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos (F 00 a F 09), esquizofrenia, transtornos esquizotímicos e transtornos delirantes (F20 a F29), retardo mental (F70 a F79) e transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência (F 90 a F 98) do CID 10, a cobertura psiquiátrica em regime de Hospital-Dia, poderá ser estendida a 180 (cento e oitenta) dias por ano.

5. DAS COBERTURAS DO PLANO

5.1. O **PLANO** compreende todas as coberturas e demais procedimentos contidos no **ROL DE PROCEDIMENTOS**, estabelecido pela **Agência Nacional de Saúde – ANS**, vigente à época do evento, em resolução específica, compreendendo:



CONDIÇÕES GERAIS

PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE MÉDICO – HOSPITALAR

- a. assistência à saúde, com cobertura médico-hospitalar, das doenças listadas no **CID10**, realizadas exclusivamente no Brasil, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas em Lei;
- b. a despesa correspondente à participação de médico anestesista nos procedimentos listados no **ROL DE PROCEDIMENTOS** vigente à época do evento terá cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínica; respeitando-se os critérios de credenciamento, referenciamento, reembolso ou qualquer tipo de relação entre a **CARE PLUS** e prestadores de serviços à saúde;
- c. está garantida, ainda, a cobertura para os procedimentos listados no **ROL DE PROCEDIMENTOS**, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho;
- d. atenção prestada aos portadores de transtornos mentais priorizará o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando-se a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e de acordo com indicação do médico assistente;
- e. todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais codificados no **CID 10**, inclusive aqueles necessários ao atendimento de lesões autoinfligidas, estão obrigatoriamente cobertos;
- f. o atendimento, dentro da segmentação e da área de abrangência estabelecida no “**CONTRATO**”, está assegurado independentemente do local de origem do evento.

5.2. Na segmentação Ambulatorial estão compreendidos os atendimentos realizados em consultório (consulta) ou em ambulatório (procedimento ambulatorial), definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que, embora prescindam de internação, demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, ou serviços como unidade de terapia intensiva e unidades similares, observadas as seguintes exigências:

- a) cobertura de consultas médicas em número ilimitado em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas), inclusive obstétrica para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM;
- b) cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitados pelo



CONDIÇÕES GERAIS

PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE MÉDICO – HOSPITALAR

- médico ou cirurgião dentista assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação conforme preceitua o item 4.1.;
- c) cobertura de medicamentos registrados/regularizados na ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados nos Anexos do Rol de Procedimentos e Eventos da ANS;
 - d) cobertura de consultas ou sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo de acordo com o estabelecido nos Anexos do Rol de Procedimentos e Eventos da ANS;
 - e) cobertura de psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido nos Anexos do Rol de Procedimentos e Eventos da ANS, que poderá ser realizada tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitados;
 - f) cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física listados nos Anexos do Rol de Procedimentos e Eventos da ANS, que podem ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, em número ilimitado de sessões por ano;
 - g) cobertura das ações de planejamento familiar, listadas no Anexo I do Rol e Procedimentos e Eventos da ANS, para segmentação ambulatorial;
 - h) cobertura de atendimentos caracterizados como de urgência e emergência conforme resolução específica vigente sobre o tema;
 - i) cobertura de remoção, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao paciente ou pela necessidade de internação;
 - j) cobertura de hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;
 - k) cobertura de quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes (medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento) que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de Saúde;
 - l) cobertura de medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar de acordo com as Diretrizes de Utilização estabelecidas no Anexo II do Rol de Procedimentos e Eventos da ANS, respeitando preferencialmente as seguintes características:
 - a. medicamento genérico: medicamento similar a um produto de referência ou inovador, que se pretende ser com este intercambiável, geralmente



CONDIÇÕES GERAIS PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE MÉDICO – HOSPITALAR

produzido após expiração ou renúncia da proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovada a sua eficácia, segurança e qualidade, e designado pela Denominação Comum Brasileira - DCB ou, na sua ausência, pela Denominação Comum Internacional - DCI, conforme definido pela Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999; e

- b. medicamento fracionado: medicamento fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição do órgão competente - ANVISA.
- m) cobertura dos procedimentos de radioterapia listados no Anexo I do Rol Procedimentos e Eventos da ANS Resolução para a segmentação ambulatorial;
- n) cobertura dos procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais que prescindam de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no segmento ambulatorial do Anexo I do Rol de Procedimentos e Eventos da ANS;
- o) cobertura de hemoterapia ambulatorial; e
- p) cobertura das cirurgias oftalmológicas ambulatoriais listadas nos Anexos do Rol de Procedimentos e Eventos da ANS.

5.3. Na segmentação Hospitalar estão compreendidos os atendimentos realizados em todas as modalidades de internação hospitalar e os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, conforme Resolução específica vigente da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, não incluindo atendimentos ambulatoriais para fins de diagnóstico, terapia ou recuperação, ressalvado o disposto no inciso X deste artigo, observadas as seguintes exigências:

- a) cobertura, em número ilimitado de dias, de todas as modalidades de internação hospitalar;
- b) quando houver previsão de mecanismos financeiros de regulação disposto em contrato para internação hospitalar, o referido aplica-se a todas as especialidades médicas, contudo a coparticipação nas hipóteses de internações psiquiátricas somente poderá ser exigida considerando os seguintes termos, que deverão ser previstos em contrato:
 - i. somente haverá fator moderador quando ultrapassados 30 dias de internação contínuos ou não, nos 12 meses de vigência; e
 - ii. a coparticipação poderá ser crescente ou não, estando limitada ao máximo de 50% do valor contratado.



CONDIÇÕES GERAIS PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE MÉDICO – HOSPITALAR

- c) cobertura de hospital-dia (recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional, e proporcionando ao beneficiário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar) para transtornos mentais, de acordo com as Diretrizes de Utilização estabelecidas no Anexo II do Rol de Procedimentos e Eventos da ANS;
- d) cobertura de transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos da ANS, e dos procedimentos a eles vinculados, incluindo:
 - i. as despesas assistenciais com doadores vivos, as quais estão sob expensas da operadora de planos privados de assistência à saúde do beneficiário receptor;
 - ii. os medicamentos utilizados durante a internação;
 - iii. o acompanhamento clínico em todo o período pós-operatório, que compreende não só o pós-operatório imediato (primeiras 24 horas da realização da cirurgia) e mediato (entre 24 horas e 48 horas da realização da cirurgia), mas também o pós-operatório tardio (a partir de 48 horas da realização da cirurgia), exceto medicamentos de manutenção; e
 - iv. as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS;
- e) cobertura do atendimento por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico assistente;
- f) cobertura de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos listados nos Anexos do Rol de Procedimentos e Eventos da ANS;
- g) cobertura das despesas, incluindo alimentação e acomodação, relativas ao acompanhante, salvo contra-indicação do médico ou cirurgião dentista assistente, nos seguintes casos:
 - i. crianças e adolescentes menores de 18 anos;
 - ii. idosos a partir do 60 anos de idade; e
 - iii. pessoas portadoras de deficiências.
- h) cobertura dos procedimentos cirúrgicos buco-maxilofaciais listados nos Anexos do Rol de Procedimentos e Eventos da ANS, para a segmentação hospitalar, conforme disposto no artigo 4º desta Resolução Normativa RN 338, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência



CONDIÇÕES GERAIS PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE MÉDICO – HOSPITALAR

- de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar;
- i) cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, com equipe de saúde necessária à complexidade do caso, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar;
- j) cobertura obrigatória para os seguintes procedimentos considerados especiais cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:
- i. hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
 - ii. quimioterapia oncológica ambulatorial, como definida no inciso XI do artigo 20 da Resolução Normativa RN 338;
 - iii. procedimentos radioterápicos previstos no Anexo I do Rol de Procedimentos e Eventos da ANS para as segmentações ambulatorial e hospitalar;
 - iv. hemoterapia;
 - v. nutrição parenteral ou enteral;
 - vi. procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos nos Anexos do o Rol de Procedimentos e Eventos da ANS;
 - vii. embolizações listadas nos Anexos do o Rol de Procedimentos e Eventos da ANS;
 - viii. radiologia intervencionista;
 - ix. exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
 - x. procedimentos de reeducação e reabilitação física listados nos Anexos do Rol de Procedimentos e Eventos da ANS; e
 - xi. acompanhamento clínico no pós-operatório imediato, mediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes listados nos Anexos do Rol de Procedimentos e Eventos da ANS, exceto fornecimento de medicação de manutenção.
- k) cobertura das despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, relativas ao acompanhante indicado pela mulher durante:
- i. pré-parto;
 - ii. parto; e



CONDIÇÕES GERAIS PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE MÉDICO – HOSPITALAR

iii. pós-parto imediato por 48 horas, salvo contra-indicação do médico ou até 10 dias, quando indicado pelo médico assistente;

5.4. URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

5.4.1. A cobertura dos procedimentos de **URGÊNCIA**, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional e emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de morte ou lesões irreparáveis para o **BENEFICIÁRIO**, caracterizada em declaração do médico assistente, são assegurados para todos os procedimentos, após 24 (vinte e quatro) horas da inscrição do **BENEFICIÁRIO** no **PLANO**, inclusive para aqueles que envolvam internação hospitalar.

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

- a. os atendimentos de **URGÊNCIA** e **EMERGÊNCIA** referentes ao processo gestacional, durante o cumprimento dos períodos de **CARÊNCIA**;
- b. os atendimentos de **URGÊNCIA** e **EMERGÊNCIA**, quando efetuados no decorrer dos períodos de **CARÊNCIA** para internação;
- c. nos casos em que houver acordo de **COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA** e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia ou procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças ou lesões preexistentes.

5.4.1.2. Após as carências cumpridas, haverá cobertura dos atendimentos de **URGÊNCIA** e **EMERGÊNCIA** desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções.

5.4.2. Fica garantida, na forma prevista pela legislação vigente, a remoção do paciente, após realização dos atendimentos classificados como urgência ou emergência se caracterizada pelo médico assistente, a falta de recursos da unidade para continuidade do atendimento, a **CARE PLUS** ficará responsável pelas respectivas despesas ou, caso o **BENEFICIÁRIO** se utilize de seu direito à livre escolha do prestador, ele fará jus ao reembolso, até o limite previsto no “**CONTRATO**”, visando à remoção para uma unidade hospitalar mais próxima que disponha dos recursos necessários para o atendimento.



CONDIÇÕES GERAIS PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE MÉDICO – HOSPITALAR

5.4.2.1. A remoção, a que se refere este item, realizar-se-á em ambulância terrestre com os recursos necessários a fim de garantir a manutenção da vida.

5.4.2.2. Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente da definida no item 5.4.2., a **CARE PLUS** estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

5.4.2.3. Quando o paciente estiver internado em uma unidade hospitalar que não possua o recurso para efetuar determinados exames ou procedimentos, indispensáveis para controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, a **CARE PLUS** garantirá a sua remoção para outro estabelecimento.

5.4.2.4. Nos casos de cumprimento de carência ou de cobertura parcial temporária a remoção do **BENEFICIÁRIO** será para uma unidade do SUS que disponha de serviço de emergência / urgência, visando dar continuidade ao atendimento.

5.4.2.5. Quando o **BENEFICIÁRIO** ou seu responsável optar, mediante a assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento numa unidade diferente da definida no item anterior, a **CARE PLUS** estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

5.4.2.6. Caso não possa haver a remoção, em decorrência de risco de vida ao **BENEFICIÁRIO**, este ou seu responsável e o prestador do atendimento deverão negociar, entre si, a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando, assim, a **CARE PLUS**, deste ônus.

6. DESPESAS NÃO COBERTAS

6.1. Estão excluídas de cobertura as despesas decorrentes de:

6.1.1. Todo e qualquer procedimento não previsto no Rol de Procedimentos da ANS ou em desacordo com as Diretrizes de Utilização- DUT, Diretrizes Clínicas - DC atualizado por meio de RESOLUÇÕES NORMATIVAS nas datas



CONDIÇÕES GERAIS
PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE MÉDICO – HOSPITALAR

de sua publicação e vigência;

6.1.2. Tratamentos clínico ou cirúrgico experimental, isto é, aqueles que:

- a. empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país;
- b. são considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina - CFM ou pelo Conselho Federal de Odontologia- CFO; ou
- c. cujas indicações não constem da bula/manual registrados junto à ANVISA – AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (denominado uso “off-label”).

6.1.3. Toda e qualquer doença não prevista no CID – CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS;

6.1.4. Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, ou seja, aqueles que não visam restauração, parcial ou total, de função, órgão ou de parte do corpo humano lesionada por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;

6.1.5. Inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas, assim como armazenamento, manutenção, guarda de tecidos, plasma, células, cordão umbilical ou outro tipo de material com objetivo de uso futuro, inclusive material, medicamento e despesas relativas à sua captação ou extração;

6.1.6. Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em “spas”, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais, sessões de atendimento ou internações em clínicas ou ambientes hospitalares por motivo de psicanálise;



CONDIÇÕES GERAIS
PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE MÉDICO – HOSPITALAR

6.1.7. Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, isto é, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA;

6.1.8. Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, isto é, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, ressalvado os casos em que, por liberalidade da CARE PLUS, tenha sido concedida autorização para a realização de Internação em Regime Domiciliar, bem como dos medicamentos antineoplásicos orais constantes do Anexo II da ROL DE PROCEDIMENTOS da ANS e, ressalvado o disposto no artigo 13 da RN 338/2013;

6.1.9. Fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde - CONITEC;

6.1.10. Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;

6.1.11. Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico e não reconhecidos pelas autoridades competentes. Da mesma forma tratamentos e terapias realizados por profissionais da saúde ou de outras áreas, tais como acupuntura, passível de cobertura se realizada por profissional detentor de registro junto ao Conselho Regional de Medicina com certificação para atuação na área;

6.1.12. Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;

6.1.13. Estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;

6.1.14. Atendimento domiciliar, incluindo aluguel de equipamentos e similares para tratamento domiciliar, materiais e medicamentos para



CONDIÇÕES GERAIS PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE MÉDICO – HOSPITALAR

tratamento domiciliar, serviços de enfermagem domiciliar e remoção domiciliar, exceto nos casos de internação domiciliar oferecida em substituição à internação hospitalar;

6.1.15. Tratamentos odontológicos, exceto cirurgias odontológicas buco-maxilo-faciais, que necessitem de ambiente hospitalar e a estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, que por imperativo clínico que necessitem de internação hospitalar;

6.1.16. Despesas com hospitais, médicos e entidades não credenciadas e não relacionadas no manual de orientação oferecido pela CARE PLUS, disponibilizados em seu site www.careplus.com.br ou através da CENTRAL DE ATENDIMENTO, exceto nos casos de urgência e emergência e de cobertura dessas despesas por meio de reembolso na forma e nos limites previstos no “CONTRATO”;

6.1.17. Atendimento a domicílio dos BENEFICIÁRIOS;

6.1.18. Todo e qualquer transplante não previsto no ROL de procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

6.1.19. Remoção, exceto nos casos de urgência e emergência visando à transferência do BENEFICIÁRIO de uma unidade hospitalar para outra.

7. FORMA DE UTILIZAÇÃO DAS COBERTURAS

7.1. Acesso à Rede de Atendimento

7.1.1. Caberá exclusivamente ao **BENEFICIÁRIO** a livre escolha do profissional ou estabelecimento que lhe for disponibilizado por meio da **REDE DE ATENDIMENTO**, a qual tem como único objetivo facilitar a sua utilização do **PLANO**, observadas características e limitações contratadas, estando, neste ato e na melhor forma de direito, cientificado a **ESTIPULANTE** e o **BENEFICIÁRIO** de que a **CARE PLUS**, para participação em sua rede, considera somente a habilitação legal do prestador de serviço, não respondendo, portanto, por qualquer



CONDIÇÕES GERAIS PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE MÉDICO – HOSPITALAR

evento danoso, decorrente da ação dolosa, culposa ou acidental ocasionada pelo respectivo prestador.

7.1.2. Ao se utilizar da **REDE DE ATENDIMENTO**, o **BENEFICIÁRIO** transfere à **CARE PLUS** a obrigação do pagamento das despesas relativas aos serviços executados junto aos profissionais e estabelecimentos disponibilizados, sendo co-responsável pela exatidão das informações contidas na **GUIA DE ATENDIMENTO** por ele assinada para apresentação como comprovante de atendimento.

7.1.3. A inclusão de profissionais e estabelecimentos na **REDE DE ATENDIMENTO** obedecerá aos critérios definidos pela **CARE PLUS**. A exclusão poderá ocorrer mediante solicitação do prestador ou por iniciativa da **CARE PLUS** podendo ocorrer a qualquer época. As movimentações ocorridas na **REDE DE ATENDIMENTO** (exclusões, alterações e inclusões) estarão à disposição do **BENEFICIÁRIO** através da **CENTRAL DE ATENDIMENTO CARE PLUS** ou no site www.careplus.com.br.

7.1.4. Para a utilização de quaisquer serviços previstos no “**CONTRATO**”, em conformidade com o plano contratado, o **BENEFICIÁRIO** deverá:

- a. contatar o prestador, verificando se ele está contratado para a sua realização e para acesso ao seu padrão de **PLANO**;
- b. informar-se acerca das rotinas clínicas necessárias e fazer o agendamento;
- c. obter junto à **CARE PLUS** a **AUTORIZAÇÃO PRÉVIA**, quando necessária; e,
- d. no ato do atendimento, apresentar seu cartão de identificação juntamente com documento pessoal, a **solicitação original** prescrita pelo médico assistente e, para os casos específicos, a **AUTORIZAÇÃO PRÉVIA**.

7.1.4.1. A **CARE PLUS** se pronunciará acerca da solicitação de **AUTORIZAÇÃO PRÉVIA** em até 1 (um) dia útil, ou solicitará junto ao **BENEFICIÁRIO** ou ao profissional médico informações que complementem a referida solicitação.

7.1.4.2. A realização de quaisquer procedimentos, exames, tratamentos ou internação eletiva que requeira **AUTORIZAÇÃO PRÉVIA** sem a sua solicitação antecipada à **CARE PLUS**, implicará na perda de cobertura.



CONDIÇÕES GERAIS PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE MÉDICO – HOSPITALAR

7.1.5. A **CARE PLUS** fica, desde já, expressamente autorizada, a solicitar informações complementares, laudos técnicos e resultados dos exames complementares bem como realizar auditorias médicas e acessar prontuário médico bem como solicitar todas as demais informações complementares necessárias à caracterização ou averiguação do diagnóstico e/ou do procedimento e ainda instituir junta médica, solicitar perícia médica e convocar arbitragem.

7.1.6. Urgência ou Emergência - Nos casos de **URGÊNCIA** ou **EMERGÊNCIA**, o **BENEFICIÁRIO** poderá se dirigir a um dos integrantes da **REDE DE ATENDIMENTO** para atendimento imediato.

7.1.7. Nestes casos, o integrante da **REDE DE ATENDIMENTO** entrará em contato com a **CARE PLUS**, encaminhando o relatório médico especificando a patologia e o procedimento a ser realizado. A **CARE PLUS** fica desde já expressamente autorizada a solicitar informações complementares, laudos técnicos e resultados dos exames complementares.

7.1.8. Internações Eletivas – Todos os casos de **INTERNAÇÃO HOSPITALAR ELETIVA** dependerão sempre de prévia autorização da **CARE PLUS**.

7.1.8.1. Para obtenção da **AUTORIZAÇÃO PRÉVIA** de atendimento, o **BENEFICIÁRIO** deverá encaminhar à **CARE PLUS**, com antecedência mínima de 5 (cinco) dias:

- a. o relatório médico e/ou do profissional habilitado com caracterização diagnóstica pelo **CID-10** ou hipótese diagnóstica por meio de descritivo detalhado da patologia objeto do tratamento clínico ou cirúrgico proposto;
- b. laudos dos exames que levaram ao diagnóstico;
- c. declaração firmada pelo médico assistente e/ou do profissional habilitado especificando o tempo de existência da patologia, procedimento a ser realizado, tempo de internação e/ou tratamento e recursos médicos e materiais indispensáveis ao procedimento;
- d. indicação do prestador da rede de atendimento a ser utilizado e data da realização do procedimento.



CONDIÇÕES GERAIS PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE MÉDICO – HOSPITALAR

7.1.8.2. Reforça-se que para a obtenção de **AUTORIZAÇÃO PRÉVIA** referente a procedimentos que impliquem na utilização de **ÓRTESES, PRÓTESES e MATERIAIS ESPECIAIS (OPME)**, a referência à utilização de materiais de que trata a alínea c, do subitem 7.1.8.1. da presente, que a classificação dos diversos materiais utilizados pela medicina no país como órteses ou próteses deverá seguir lista a ser disponibilizada e atualizada periodicamente no endereço eletrônico da **ANS** na Internet (www.ans.gov.br).

7.1.8.2.1. Reforça-se ainda que para a obtenção de **AUTORIZAÇÃO PRÉVIA** referente a procedimentos que impliquem na utilização de **ÓRTESES, PRÓTESES e MATERIAIS ESPECIAIS (OPME)**, que em conformidade com a **Resolução 211, de 11 de Janeiro de 2.010**, da **Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)**, o profissional requisitante de Órteses e Próteses e Materiais Especiais deve, quando assim solicitado pela operadora de plano privado de assistência à saúde, justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos 03 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à **ANVISA**, que atendam às características especificadas e, em caso de divergência entre o profissional requisitante e a operadora, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com as despesas arcadas pela operadora.

Tal decisão encontra-se amparada em **Resolução CFM 1956/2010**, publicada pelo **Conselho Federal de Medicina**, na **edição do Diário Oficial da União, de 25 de Outubro de 2010**.

7.1.9. Exames

7.1.9.1. Os exames relacionados no **ANEXO I** não requerem **AUTORIZAÇÃO PRÉVIA** para sua realização.

7.1.9.2 Para os exames não relacionados no **ANEXO I**, deverá o **BENEFICIÁRIO** solicitar **AUTORIZAÇÃO PRÉVIA** à **CARE PLUS** mediante o envio de fac-símile contendo a prescrição médica com hipótese diagnóstica ou **CID10** para a **CENTRAL DE ATENDIMENTO**.

7.1.10. Tratamentos terapêuticos

7.1.10.1. Os procedimentos terapêuticos relacionados no **ANEXO I** não requerem **AUTORIZAÇÃO PRÉVIA** para sua realização.



CONDIÇÕES GERAIS PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE MÉDICO – HOSPITALAR

7.1.10.2. Para os demais procedimentos terapêuticos deverá o **BENEFICIÁRIO** solicitar **AUTORIZAÇÃO PRÉVIA** à **CARE PLUS** mediante o envio de fac-símile contendo a prescrição médica com o diagnóstico ou **CID10** para a **CENTRAL DE ATENDIMENTO**.

7.2. Acesso ao Regime de Reembolso - Livre Escolha

7.2.1. Para fins de reembolso de despesas, o **BENEFICIÁRIO** sempre deverá encaminhar à **CARE PLUS**, independente do tipo de despesa e desde que coberta pelo **PLANO** os seguintes documentos:

- a. No caso de emissão por **PESSOA JURÍDICA - Nota Fiscal** e, nos **casos de emissão por PESSOA FÍSICA, Recibo Original**, com indicação do nome do **BENEFICIÁRIO** que passou em atendimento, em ambos os casos, os documentos devem ser originais e datados;
- b. Descritivo individualizado das despesas, com discriminação dos gastos e datas do atendimento;
- c. Relatório médico contendo diagnóstico com base no **CID-10** ou hipótese diagnóstica;
- d. Declaração firmada pelo médico assistente especificando o tempo de existência da patologia, o procedimento realizado, tempo de internação e recursos médicos e materiais indispensáveis ao procedimento;
- e. Laudos dos exames que levaram ao diagnóstico.

7.2.2. No caso de consultas as notas fiscais e/ou recibos deverão ainda ser subscritos pelo médico-assistente, fonoaudiólogo, nutricionista, psicoterapeuta, psicólogo, terapeuta ocupacional ou outro profissional cuja despesa esteja coberta pelo **PLANO**, contendo nome completo, **CRM, CPF**, especialidade e **CID-10** e o nome do **BENEFICIÁRIO** atendido.

7.2.3. No caso de exames e tratamentos terapêuticos, as notas fiscais e/ou recibos devem ter anexa a solicitação do médico-assistente **CID-10**, identificando a hipótese diagnóstica que o levou a solicitar os referidos procedimentos.



CONDIÇÕES GERAIS PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE MÉDICO – HOSPITALAR

7.2.4. Preservada a livre escolha do **BENEFICIÁRIO**, a **CARE PLUS** terá a faculdade de pagar os serviços médico-hospitalares diretamente ao hospital, ambulatório, consultório ou profissional que esteja ou não em sua rede de atendimento, ficando a cargo do **BENEFICIÁRIO** o pagamento das despesas não cobertas pelo plano.

7.2.5. As despesas efetuadas no exterior serão ressarcidas com base no câmbio comercial de compra do dólar norte-americano na data do efetivo pagamento realizado pelo **BENEFICIÁRIO**, atualizadas monetariamente pela **CARE PLUS**, quando do reembolso, de acordo com os índices fixados no “**CONTRATO**” para esse fim, e respeitando o limite de cobertura estabelecido.

7.2.5.1. Para que se efetue a análise, enquadramento e ressarcimento dentro dos limites previstos para as despesas, o Beneficiário deverá encaminhar documentação completa, composta de comprovante de despesas, notas ou recibos do estabelecimento ou profissional responsável pelo atendimento, com descrição dos procedimentos e valores individuais, acompanhados de relatório do profissional médico assistente. Para garantir ao Beneficiário a fidedignidade das informações e a tradução correta dos termos e documentos, estes deverão ser apresentados em versão traduzida para o Português (Brasil) por profissional juramentado.

7.2.6. O reembolso de despesas efetuadas pelos **BENEFICIÁRIOS** será efetuado mediante **DOC ELETRÔNICO** com crédito na conta corrente do **BENEFICIÁRIO TITULAR**, dentro dos valores limites estipulados para a cobertura. O prazo de reembolso, desde que a solicitação de reembolso seja acompanhada da documentação comprobatória da despesa de acordo com o disposto nas **CONDIÇÕES GERAIS** será:

REEMBOLSO DE DESPESAS ATÉ R\$ 500,00 - 03 (três) dias úteis;
REEMBOLSO DE DESPESAS ACIMA DE R\$ 500,00 - 5 (cinco) dias úteis.

7.2.7. O prazo máximo para solicitação de reembolso será de 1 (um) ano contado da data do evento, após o qual o mesmo não será passível de ressarcimento ainda que passível de cobertura.



CONDIÇÕES GERAIS PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE MÉDICO – HOSPITALAR

7.2.8. Poderá ainda o **BENEFICIÁRIO** submeter à **CARE PLUS** a solicitação de prévia dos valores máximos reembolsáveis, a qual será disponibilizada em até 2 (dois) dias úteis em seu site www.careplus.com.br, no acesso dedicado ao **BENEFICIÁRIO**.

7.2.8.1. A solicitação deverá ser apresentada em impresso ou formulário do profissional médico, por ele subscrito com indicação de seu **CRM** e Especialidade, contendo o detalhamento de valores por profissional envolvido, indicativo de nomenclatura ou número de código da Tabela AMB, bem como sua justificativa e apontamento do **CID-10** ou Hipótese Diagnóstica.

7.2.9. O **BENEFICIÁRIO** tem direito ao **REEMBOLSO** (nos limites das obrigações contratuais), das despesas arcadas pelos **BENEFICIÁRIOS, TITULAR** ou **DEPENDENTE(S)**, quanto à assistência à saúde, em casos de **URGÊNCIA** ou **EMERGÊNCIA**, quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pela **CARE PLUS**, de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares, conforme Tabela de Referência da **CARE PLUS** que faz parte deste contrato.

7.2.10. O **BENEFICIÁRIO** deve entregar toda a documentação original (recibo do pagamento, além de declaração do médico assistente de que se tratava de uma situação de emergência), relativa às despesas efetuadas. A documentação deve ser entregue a **CARE PLUS** no prazo máximo de 1 (um) ano da data do atendimento ou da alta.

7.3. Reajuste dos Limites de Reembolso

7.3.1. Os limites de reembolso serão atualizados a cada 12 meses com base na **VARIAÇÃO DOS CUSTOS MÉDICOS, HOSPITALARES E LABORATORIAIS (VCMHL)**, considerado na fórmula do item 15.1.1 destas **CONDIÇÕES GERAIS**.

7.4. FRANQUIAS e COPARTICIPAÇÃO

7.4.1. As **COBERTURAS** contratadas poderão estar sujeitas à aplicação de franquias e co-participação do **BENEFICIÁRIO**, conforme pactuado entre as partes no “**CONTRATO**”.



CONDIÇÕES GERAIS PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE MÉDICO – HOSPITALAR

8. MOVIMENTAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS

8.1. ELEGIBILIDADE

8.1.1. Participarão do **PLANO** todos os **BENEFICIÁRIOS** caracterizados nos itens 3.10, respeitadas as condições previstas neste item “8”.

8.1.1.2. Não será elegível ao plano o **BENEFICIÁRIO** que tiver cometido infração a quaisquer **Regulamentos Anti-lavagem de Dinheiro** ou de outra ordem, inclusive, entre outras, (i) à Lei nº 9.613, de 3 de março de 1998, (ii) RN ANS 117, de 30 de novembro de 2005, (iii) os regulamentos da Agência de Controle de Ativos Estrangeiros (OFAC) do Departamento do Tesouro dos Estados Unidos da América; (iv) a Lei Patriota dos Estados Unidos da América; e (v) cada uma das listas de pessoas suspeitas de envolvimento em atividades terroristas mantidas pela OFAC, Reino Unido da Grã Bretanha e Irlanda do Norte e as Nações Unidas.

8.2. INCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS

8.2.1. A inclusão é compulsória para todas as pessoas elegíveis indicadas no “**CONTRATO**” e dar-se-á em até 30 (trinta) dias da data de celebração do “**CONTRATO**” ou do início do vínculo empregatício ou estatutário com a **ESTIPULANTE**, mediante o preenchimento pelo **PROPONENTE** e o envio eletrônico e posteriormente físico do impresso original do **CARTÃO PROPOSTA / DECLARAÇÃO DE SAÚDE**.

8.2.1.1. Caso os **BENEFICIÁRIOS, TITULAR e DEPENDENTE(S)**, elegíveis para o plano, não sejam incluídos no prazo estabelecido no item 8.2.1, fica assegurado à **CARE PLUS**, o direito de impor o cumprimento de períodos de **CARÊNCIA** e de **COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA**, na forma prevista nos itens 8.3 e 8.4, respectivamente.

8.2.2. A inclusão dos **BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES** dependerá da inclusão do **BENEFICIÁRIO TITULAR** no plano privado de assistência à saúde.

8.2.3. Recepcionado o pedido de inclusão, acompanhado da documentação comprobatória da elegibilidade do **BENEFICIÁRIO**, definida no item 8.2.4.1., a **CARE PLUS** deverá proceder à análise das condições de elegibilidade do



CONDIÇÕES GERAIS PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE MÉDICO – HOSPITALAR

BENEFICIÁRIO, incluindo-o de imediato ou pedindo esclarecimentos ou negando o pedido, **dentro do prazo de 15 (quinze) dias**.

8.2.3.1. Os documentos necessários à comprovação da elegibilidade do **BENEFICIÁRIO, TITULAR ou DEPENDENTE**, são os listados abaixo:

- **BENEFICIÁRIO (A) TITULAR**
 - **Sócio:** contrato social ou estatuto social ou requerimento de firma individual;
 - **Administrador:** contrato social ou ata de eleição;
 - **Funcionário:** Ficha de Registro de Empregados ou carteira de trabalho ou relação de FGTS.

 - **BENEFICIÁRIO (A) DEPENDENTE**
 - **Cônjuge ou Companheiro(a):** Declaração de União Estável, pública ou particular, onde conste expressamente a data de início da relação, ou, na sua falta, por cópia de, no mínimo, 2(dois) dos seguintes documentos:
 - a. Declaração de Imposto de Renda de **BENEFICIÁRIO TITULAR**, em que conste o (a) interessado como seu dependente;
 - b. Disposições testamentárias;
 - c. Anotação constante na Carteira Profissional - CP e/ou na Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS, feita pelo órgão competente;
 - d. Anotação constante de ficha ou Livro de Registro de empregados;
 - e. Certidão de Nascimento de filho havido em comum;
 - f. Certidão de Casamento Religioso;
 - g. Conta bancária conjunta;
 - h. Registro em associação de qualquer natureza onde conste o interessado como dependente do **BENEFICIÁRIO TITULAR**;
 - i. Apólice de seguro da qual conste o **BENEFICIÁRIO TITULAR** como instituidor do seguro e a pessoa interessada como sua beneficiária.
- Obs:** Se não ocorrer o envio da Declaração de União Estável e houver encaminhamento dos 2 documentos listados acima, os mesmos devem ser acompanhados de Declaração Pessoal do **BENEFICIÁRIO TITULAR** assinada com informação da data de início da união junto ao companheiro (a).



CONDIÇÕES GERAIS PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE MÉDICO – HOSPITALAR

- **Filho(s) Natural(is) e Adotivo(s):**
 - a. Certidão de Nascimento;
 - b. Registro Geral (RG);
 - c. Documento comprobatório da condição de adotante, concedida ao **BENEFICIÁRIO TITULAR**, em caráter definitivo ou provisório.

8.2.4. Fica expressamente estabelecido que o **BENEFICIÁRIO**, ao preencher o formulário **CARTÃO PROPOSTA / DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE**, deverá indicar a preexistência de lesões ou doenças, independentemente do fato de haver ou não **COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA** ou **AGRAVO** para a respectiva patologia. A omissão ou a declaração inverídica acarretará, além da perda de cobertura, a exclusão do **BENEFICIÁRIO** do **PLANO**.

8.2.5. A inclusão do **BENEFICIÁRIO** pela **CARE PLUS** somente ocorrerá após a recepção do **CARTÃO PROPOSTA / DECLARAÇÃO DE SAÚDE** e dos documentos previstos no item 8.2.3.1, após a qual o **BENEFICIÁRIO** receberá comunicado de seu certificado para utilização dos serviços contratados e, posteriormente o cartão de identificação.

8.2.6. Não obstante a análise do pedido de inclusão a ser realizada na forma prevista nestas **CONDIÇÕES GERAIS**, a inclusão de **PROPONENTE** não elegível é da responsabilidade exclusiva da **ESTIPULANTE** e sua ocorrência implicará na sua obrigação em ressarcir a **CARE PLUS** de todos os pagamentos que ela tenha realizado em razão da utilização indevida, acrescidos de taxa administrativa de 15% (quinze por cento), bem como eventuais multas por ela suportadas junto a **ANS** e com uma multa correspondente a 20% (vinte por cento) do valor da última fatura.

8.2.7. A inclusão, para efeito de cobertura, dar-se-á a partir data da elegibilidade do **BENEFICIÁRIO TITULAR**. A sua inscrição e de seus **DEPENDENTES**, para efeito de cobrança do prêmio, considerará por inteiro o mês da elegibilidade e será processada na próxima fatura a ser emitida pela **CARE PLUS**, com os ajustes que se fizerem necessários.



CONDIÇÕES GERAIS

PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE MÉDICO – HOSPITALAR

8.2.8. A inclusão de cônjuge ou companheiro (a) e filho(s) do **BENEFICIÁRIO TITULAR** devem ocorrer, obrigatoriamente, quando da inclusão do **BENEFICIÁRIO TITULAR** ou no prazo máximo de 30 (trinta) dias do início do vínculo legal com a pessoa a quem se pretende incluir, como, exemplificativamente, a contração do casamento, o nascimento e a adoção, considerando-se como data de inclusão o dia 1 do mês da elegibilidade, ou seja, aquele em que se deu início ao vínculo.

8.2.9. Fica assegurada cobertura assistencial ao recém-nascido de parto coberto pela **CARE PLUS**, filho natural ou adotivo do **BENEFICIÁRIO TITULAR**, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, independentemente de qualquer aviso ou comunicação à **CARE PLUS**.

8.2.10. Fica, ainda, assegurada a inclusão no plano do recém-nascido pela **CARE PLUS**, filho natural ou adotivo do **BENEFICIÁRIO TITULAR**, como dependente, isentando-o do cumprimento dos períodos de carência, desde que a sua inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o nascimento.

8.2.10.1. Fica desde logo esclarecido que o disposto no item 8.2.10 não se aplica aos filhos dos **BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES**, haja vista que estes não são elegíveis para o plano.

8.2.11. Ocorrendo a adoção no curso de vigência do plano, o filho adotivo do **BENEFICIÁRIO TITULAR** deverá ser incluído no prazo de 30 dias contados da adoção, ficando assegurado aos menores de 12 anos o direito de aproveitar as carências cumpridas pelo adotante.

8.3. CARÊNCIA

8.3.1. Para as hipóteses de inclusão de **BENEFICIÁRIOS** após o prazo de 30 (trinta) dias da data da celebração do “**CONTRATO**” ou do início do vínculo com a **ESTIPULANTE** e na de planos com número de **BENEFICIÁRIOS** inferior a 30 (trinta), fica assegurado à **CARE PLUS** o direito de exigir o cumprimento de **CARÊNCIA**, com base nos seguintes prazos:



CONDIÇÕES GERAIS
PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE MÉDICO – HOSPITALAR

Coberturas	Prazo Máximo
Urgência e Emergência	24 horas
Consultas	30 dias
Exames Simples	30 dias
Vacinas	30 dias
Escleroterapia	180 dias
Quimioterapia	180 dias
Radioterapia	180 dias
Hemodiálise e diálise	180 dias
Hemoterapia	180 dias
Fisioterapia	180 dias
Fonoaudiologia	180 dias
Acupuntura	180 dias
Psiquiatria e internações decorrentes de transtornos psiquiátricos e internações químicas	180 dias
Internação Hospitalar e procedimentos de alta complexidade	180 dias
Cirurgias Ambulatoriais em consultório ou ambiente hospitalar	180 dias
Maternidade	300 dias

8.4. COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA E AGRAVO

8.4.1. Para as hipóteses de inclusão de **BENEFICIÁRIOS** após o prazo de 30 (trinta) dias da data da celebração do “**CONTRATO**” ou do início do vínculo com a **ESTIPULANTE** e na de planos com número de **BENEFICIÁRIOS** inferior a 30 (trinta) fica assegurado à **CARE PLUS** o direito de suspender a cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, relacionados a doenças e lesões preexistentes, pelo prazo de 24 (vinte e quatro) meses, ou, a seu critério, estabelecer **AGRAVO** sobre o valor do prêmio.

8.4.2. O **BENEFICIÁRIO** que se enquadrar nas condições previstas no item 8.4.1 deverá, para ser admitido no **PLANO**, informar à **CARE PLUS** no **CARTÃO PROPOSTA / DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE** a condição sabida de **DOENÇA OU LESÃO PREEXISTENTE**, sob a pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou rescisão unilateral do “**CONTRATO**”, conforme prevê a legislação vigente.



CONDIÇÕES GERAIS PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE MÉDICO – HOSPITALAR

8.4.3. Caso o **BENEFICIÁRIO** não se sinta em condições de preencher o **CARTÃO PROPOSTA / DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE**, poderá se socorrer de qualquer um dos médicos indicados na **REDE DE ATENDIMENTO** ou outro profissional de sua escolha, ficando, na segunda hipótese, por sua conta os custos com o atendimento.

8.4.4. Fica facultado à **CARE PLUS** realizar perícia médica para análise de admissão de qualquer **BENEFICIÁRIO** no **PLANO**, sendo que, neste caso, é vedada a alegação de omissão de informação de **DOENÇA E/OU LESÃO PREEXISTENTE**.

8.4.5. Havendo a constatação, pela **CARE PLUS**, de **DOENÇA E/OU LESÃO PREEXISTENTE** que não tenha sido declarada por ocasião da contratação do plano, o **BENEFICIÁRIO** deverá ser comunicado sobre a abertura de processo administrativo junto à **ANS**. Até que haja o julgamento do processo pela **ANS** não haverá qualquer suspensão da cobertura do **PLANO**.

8.4.6. Caso a **CARE PLUS** constate que o **BENEFICIÁRIO** omitiu informação acerca da existência de **DOENÇA E/OU LESÃO PREEXISTENTE** quando do preenchimento do **CARTÃO PROPOSTA / DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE**, a **CARE PLUS** poderá optar pela aplicação de **COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA** ou **AGRAVO** pelos meses restantes, até que se complete o período de 24 (vinte e quatro) meses, ficando, neste caso, prejudicada a abertura de procedimento administrativo junto à **ANS**.

8.4.7. A **CARE PLUS** se reserva o direito de solicitar, durante a vigência deste **PLANO**, informações sobre o estado de saúde dos **BENEFICIÁRIOS**, atual e passado, ficando autorizada a utilizar essas informações no amparo e na defesa de seus direitos, sem implicar em ofensa ao sigilo profissional.

8.4.8. Sempre que houver a declaração e a constatação de **DOENÇA E/OU LESÃO PREEXISTENTE**, a **CARE PLUS** poderá, a seu critério, oferecer ao **BENEFICIÁRIO TITULAR** e/ou ao seu **DEPENDENTE**, a opção de **AGRAVO**.



CONDIÇÕES GERAIS PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE MÉDICO – HOSPITALAR

9. INÍCIO DE COBERTURA DE CADA BENEFICIÁRIO

9.1. A data de início de vigência da cobertura de cada **BENEFICIÁRIO** será a data da inclusão no **PLANO** conforme Item “8” destas **CONDIÇÕES GERAIS**, exceto nas hipóteses de **CARÊNCIA** e/ ou de **COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA**.

10. COMUNICAÇÃO DAS COBERTURAS

10.1. A **CARE PLUS** entrega para a **ESTIPULANTE** os seguintes documentos:

- a. **Manual de Orientação para Contratação – MPS** ao representante da **ESTIPULANTE** e aos **BENEFICIÁRIOS** na data de assinatura de ingresso no **PLANO**;
- b. **Carta de Orientação ao Beneficiário** (apenas quando há **Cláusula de Agravo** ou **Cobertura Parcial Temporária**);
- c. **Cartão de identificação** para cada um dos **BENEFICIÁRIOS** para utilização da **REDE DE ATENDIMENTO**;
- d. **Guia de Leitura Contratual - GLC** e **Guia de Recursos da Rede de Atendimento** para cada **BENEFICIÁRIO TITULAR**;
- e. **Instruções para 1º. acesso** ao site www.careplus.com.br e cadastro de senha pessoal para permitir que o **BENEFICIÁRIO TITULAR** tenha acesso a todas e quaisquer informações relativas ao plano contratado, incluindo, mas não se limitando as inclusões e exclusões dos prestadores de serviço integrantes do guia de recursos da **REDE DE ATENDIMENTO**.

11. EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS

11.1. A exclusão do **BENEFICIÁRIO TITULAR** ocorrerá nas seguintes hipóteses:

- A. em caso de fraude ou simulação de qualquer ato, ainda que tentados e que não resultem em prejuízo para a **CARE PLUS**, apurada de acordo com a legislação vigente;
- B. com a constatação, a qualquer tempo, de infração cometida a quaisquer **Regulamentos Anti-lavagem de Dinheiro** ou de outra ordem, inclusive, entre outras, (i) à Lei nº 9.613, de 3 de março de 1998, (ii) RN ANS 117, de 30 de novembro de 2005, (iii) os regulamentos da Agência de Controle de Ativos Estrangeiros (OFAC) do Departamento do Tesouro dos Estados Unidos da América; (iv) a Lei Patriota dos Estados Unidos da América; e (v) cada uma das listas de pessoas suspeitas de envolvimento em atividades terroristas mantidas pela OFAC, Reino Unido da Grã Bretanha e Irlanda do Norte e as Nações Unidas.



CONDIÇÕES GERAIS
PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE MÉDICO – HOSPITALAR

- C. com a perda de seu vínculo com a **ESTIPULANTE**, ressalvada as condições previstas nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98;
- D. com o término das condições de permanência no Plano;
- E. com a rescisão do “**CONTRATO**”.

11.2. A exclusão do **BENEFICIÁRIO DEPENDENTE** se dará nas seguintes hipóteses:

- a. em caso de fraude ou simulação de qualquer ato, ainda que tentados e que não resultem em prejuízo para a **CARE PLUS**, apurada de acordo com a legislação vigente;
- b. com a perda da condição de elegibilidade e/ou dependência prevista nestas **CONDIÇÕES GERAIS**, como a cessação do Plano do **BENEFICIÁRIO TITULAR**, a cessação do direito à elegibilidade por idade nos casos de filho (a)s e com a ocorrência de separação judicial, divórcio ou extinção da condição de união estável;
- c. com o término do período de permanência no Plano;
- d. com a rescisão do “**CONTRATO**”; e
- e. com o término do período da remissão por morte do **BENEFICIÁRIO TITULAR**, se contratada a cobertura.

11.3. Nas hipóteses previstas na letra “a” e “b” dos itens 11.1 e 11.2 a **CARE PLUS** poderá proceder à exclusão sem a anuência da **ESTIPULANTE**.

11.4. Para processamento do pedido de exclusão do **PLANO é obrigatória** a entrega da carteirinha do **BENEFICIÁRIO TITULAR** e/ou de seu(s) dependente(s) inscrito(s).

11.5. O término do vínculo existente entre a **ESTIPULANTE** e o **BENEFICIÁRIO TITULAR** implica, para todos os fins e efeitos legais, no encerramento das coberturas, independentemente de haver sido ou não solicitada a sua exclusão de modo que a **ESTIPULANTE** se responsabiliza pelo ressarcimento à **CARE PLUS** (i) de todos os pagamentos que ele tenha realizado em razão da utilização indevida; e (ii) de eventuais débitos de franquia ou de co-participação por eventos havidos na vigência da cobertura do **BENEFICIÁRIO** excluído.



CONDIÇÕES GERAIS PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE MÉDICO – HOSPITALAR

11.5.1. A **CARE PLUS** fica autorizada a emitir fatura contra a **ESTIPULANTE** no valor integral dos sinistros previstos no item 11.5., sendo que aqueles decorrentes da utilização indevida serão acrescidos de taxa administrativa de 15% (quinze por cento).

11.6. A exclusão do **BENEFICIÁRIO, TITULAR** e **DEPENDENTE(S)** implica, além do cancelamento da cobertura, na eventual reavaliação do valor do prêmio em razão do **ÍNDICE DE MANUTENÇÃO**.

11.7. A exclusão por rompimento do vínculo (11.1, letra “b”) produzirá seus efeitos a partir do primeiro dia do mês subsequente ao do término do vínculo entre a **ESTIPULANTE** e o **BENEFICIÁRIO TITULAR** e será processada na próxima fatura de prêmio a ser emitida pela **CARE PLUS**, com os ajustes que se fizerem necessários. A exclusão por rescisão do contrato será a da data de término do contrato e a de fraude ou simulação a data em que a **CARE PLUS** tiver conhecimento do fato.

11.8. Independentemente da rescisão do contrato, as coberturas do **BENEFICIÁRIO TITULAR** cessarão automaticamente quando a **ESTIPULANTE** deixar de efetuar o pagamento da fatura dos prêmios mensais por prazo superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não.

12. DAS CONDIÇÕES DE PERMANÊNCIA NO PLANO

12.1. Do direito de manutenção da condição de **BENEFICIÁRIO** para ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados.

12.2. A **CARE PLUS** assegura ao **BENEFICIÁRIO TITULAR** que contribuir para o plano privado de assistência à saúde no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho, sem justa causa, ou aposentadoria, o direito de manter sua condição de beneficiário e dos beneficiários dependentes a ele vinculados nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma junto à **CARE PLUS** pagamento integral das mensalidades, conforme disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656, de 1998, observada a Resolução nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações.



CONDIÇÕES GERAIS PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE MÉDICO – HOSPITALAR

12.3. A manutenção da condição de beneficiário está assegurada a todos os dependentes do beneficiário demitido ou aposentado inscritos quando da vigência do contrato de trabalho (artigo 30, § 2º, e artigo 31, § 2º da Lei nº 9656, de 1998), podendo o direito ser exercido individualmente pelo ex-empregado ou com parte do seu grupo familiar (artigo 7º, § 1º da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações).

12.4. O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado deve optar pela manutenção do benefício no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da comunicação inequívoca da ESTIPULANTE sobre a opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho formalizada no ato da concessão do aviso prévio, a ser cumprido ou indenizado, ou da comunicação da aposentadoria (artigo 10 da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações);

12.5. O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado poderá incluir novo cônjuge e filhos no período de manutenção da condição de beneficiário (artigo 7º, § 2º da RN nº 279, de 2011);

12.6. Em caso de morte do ex-empregado demitido ou aposentado, o direito de permanência no plano é assegurado aos dependentes nos termos do disposto no artigos 30 e 31 da Lei nº 9656, de 1998 e no artigo 8º da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações;

12.7. O direito de manutenção assegurado ao beneficiário demitido ou aposentado não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas ou acordos coletivos de trabalho (artigo 30, § 4º e artigo 31, § 2º da Lei nº 9656, de 1998, e artigo 9º da RN nº 279, de 2011 e suas posteriores alterações);

12.8. Do Demitido

12.8.1. O período de manutenção da condição de **BENEFICIÁRIO** será de um terço do tempo de contribuição ao plano, ou sucessor, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses.



CONDIÇÕES GERAIS PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE MÉDICO – HOSPITALAR

12.9. Do Aposentado

12.9.1. O período de manutenção da condição de beneficiário para o **BENEFICIÁRIO TITULAR** que se aposentar será:

- a) indeterminado, se o **BENEFICIÁRIO TITULAR** contribuiu para o plano pelo prazo mínimo de 10 anos; ou
- b) à razão de um ano para cada ano de contribuição, se o **BENEFICIÁRIO TITULAR** contribuiu por período inferior a dez anos.

12.10. Da Extinção do direito assegurado nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.565/98

12.10.1. A condição de beneficiário deixará de existir:

- a) pelo decurso dos prazos de manutenção previstos nos parágrafos únicos dos artigos 4º e 5º da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações; ou
- b) pela admissão do beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado em novo emprego considerado novo vínculo profissional que possibilite o ingresso do ex-empregado em um plano de assistência à saúde coletivo empresarial, coletivo por adesão ou de autogestão (artigo 30, § 5º e artigo 31, § 2º da Lei nº 9656, 1998 c.c inciso II e § 1º do artigo 26 e inciso III do artigo 2º da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações); ou
- c) pelo cancelamento pelo empregador do benefício do plano privado de assistência à saúde concedido aos seus empregados ativos e exempregados (inciso III do artigo 26 da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações).

12.11. Ao empregado aposentado que continua trabalhando na mesma empresa e dela vem a se desligar é garantido o direito de manter sua condição de beneficiário nos termos do disposto no artigo 31 da Lei nº 9656, de 1998 e na RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações.

12.12. A responsabilidade da comunicação do direito ao usufruto da extensão no caso de ter contribuído na contraprestação é de parte da **ESTIPULANTE**, o qual deve recolher junto ao ex-empregado o **Termo de Opção** ou **Termo de Renúncia**, dentro do prazo de 30 (trinta) dias da demissão ou aposentadoria para encaminhamento junto ao processo de exclusão.



CONDIÇÕES GERAIS PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE MÉDICO – HOSPITALAR

12.13. O **TITULAR** que não participar financeiramente do plano, durante o período que mantiver o vínculo empregatício, não terá direito à permanência no plano.

12.13.1. Nos planos custeados integralmente pela empresa, não é considerada contribuição a co-participação do **BENEFICIÁRIO**, única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica e/ou hospitalar.

12.14. Em caso de morte do **TITULAR**, demitido ou aposentado, o direito de permanência é assegurado aos **DEPENDENTES** cobertos pelo plano privado de assistência à saúde, nos termos do disposto neste contrato.

12.15. O direito assegurado ao **BENEFICIÁRIO**, demitido ou aposentado, não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

12.16. A condição de **BENEFICIÁRIO** assegurada deixará de existir, quando da admissão do **BENEFICIÁRIO TITULAR**, demitido ou aposentado, em outro emprego.

12.17. Incluem-se obrigatoriamente no universo de **BENEFICIÁRIOS** para fins de usufruto dos direitos de que tratam os itens 12.1 e 12.2 e subitens, todo o grupo familiar vinculado ao **BENEFICIÁRIO TITULAR** no ato de sua demissão ou aposentadoria que gerem o início de elegibilidade ao período de extensão previsto nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98.

13. FATURAMENTO MENSAL

13.1. O vencimento será no dia 28 (vinte e oito) do mês anterior ao de cobertura.

13.2. Com base na movimentação comunicada pela **ESTIPULANTE** até o dia 15 do mês anterior ao da cobertura, a **CARE PLUS** emitirá, mensalmente, até o dia 20 do mesmo mês, fatura eletrônica a ser retirada pela **ESTIPULANTE** no site www.careplus.com.br, sendo responsabilidade da **ESTIPULANTE** a coleta do arquivo eletrônico, composto de demonstrativo de fatura e boleto bancário, após recepção de comunicado da **CARE PLUS** acerca de sua emissão.



CONDIÇÕES GERAIS PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE MÉDICO – HOSPITALAR

13.3. Caso não receba o comunicado de disponibilidade da fatura eletrônica até o dia 25 do mês anterior ao mês de cobertura respectivo, a **ESTIPULANTE** se responsabiliza pelo recolhimento, dentro dos valores do mês anterior, junto à **CARE PLUS**, mediante depósito bancário, evitando assim o inadimplemento e prejuízo das coberturas, ficando a **CARE PLUS** expressamente autorizada a cobrar eventuais diferenças na faturado mês posterior.

13.4. Na hipótese da **ESTIPULANTE** não comunicar o desligamento do **BENEFICIÁRIO TITULAR** e seus **DEPENDENTES**, ficará ele, responsável pelo pagamento de todos os sinistros ocorridos a partir da data do desligamento. O valor será acrescido de taxa de administração de 15% (quinze por cento), devendo ser pago o valor total, correspondente ao sinistro acrescido da taxa de administração junto com a fatura do mês subsequente ao da ocorrência.

14. VALOR DO PRÊMIO

14.1. O valor do prêmio a ser pago pela cobertura é preestabelecido e de responsabilidade exclusiva da **ESTIPULANTE** e será sempre o previsto no “**CONTRATO**”.

14.2. A **ESTIPULANTE** obriga-se a pagar à **CARE PLUS**, em pré-pagamento, os valores relacionados na Proposta Comercial, por beneficiário, para efeito de inscrição e **MENSALIDADE**, através da emissão de faturas.

14.3. As **MENSALIDADES** serão pagas até seus respectivos vencimentos, conforme disposto nos itens 16.

14.4. A **CARE PLUS** não poderá fazer distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles a este já vinculados.

14.5. Em atenção ao disposto no § 1º do artigo 15 da RN nº 279, de 2011, foi adotado o seguinte critério para a determinação do preço único e da participação da **ESTIPULANTE**



CONDIÇÕES GERAIS PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE MÉDICO – HOSPITALAR

14.5.1. O VALOR DO PRÊMIO per capita da contraprestação pecuniária, a ser efetuado pela **ESTIPULANTE**, corresponderá ao valor referente à faixa etária e ao plano que cada **BENEFICIÁRIO** se enquadra no momento da contratação, podendo também ser apresentado por Taxa Média.

14.5.2. O cálculo da Taxa Média, para cada plano contratado pela **ESTIPULANTE**, se dará com base na soma total do preço pago por cada **BENEFICIÁRIO**, de acordo com sua faixa etária, dividido pelo número total de **BENEFICIÁRIOS**.

14.5.3. O valor correspondente ao custo por faixa etária de todos os **BENEFICIÁRIOS**, ativos e inativos, observará a(s) tabela(s) constante(s) na Proposta Comercial do Contrato Coletivo Empresarial, devendo a mesma responsabilizar-se por apresentá-la, neste momento, a todos os seus **BENEFICIÁRIOS**.

14.5.4 As Tabelas de Preços por Faixa Etária atualizadas serão disponibilizadas pela **CARE PLUS** à **ESTIPULANTE** para consulta, através solicitação formal à operadora, devendo a **ESTIPULANTE** mantê-las disponíveis com as devidas atualizações, a qualquer tempo para consulta dos **BENEFICIÁRIOS**.

14.5.6. No momento da inclusão de novo **BENEFICIÁRIO TITULAR**, a **ESTIPULANTE** apresentará a tabela de preços por faixa etária atualizada, disponibilizada pela **CARE PLUS**.

15. REAVALIAÇÃO DO PREMIO

15.1. O valor da **MENSALIDADE** paga pela **ESTIPULANTE** será periodicamente reavaliado em decorrência do **REAJUSTE ANUAL** (15.1.1), do **REALINHAMENTO E POR ALTERAÇÃO NA FAIXA ETÁRIA** (15.1.2) e por alteração do **ÍNDICE DE MANUTENÇÃO**.

15.1.1. Reajuste Anual

15.1.1.1. Anualmente no prazo pactuado entre as partes no “**CONTRATO**”, a **CARE PLUS** realizará a adequação dos valores das mensalidades, com base na sinistralidade, na variação dos custos médicos, hospitalares, laboratoriais e administrativos e no índice de manutenção, conforme segue:



CONDIÇÕES GERAIS
PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE MÉDICO – HOSPITALAR

Para Empresas de 02 a 29 vidas:

ÍNDICE DE SINISTRALIDADE:

$$\text{Índice de Sinistralidade} = \frac{\text{TSP}}{\text{PC}}$$

a) Despesas com Sinistro inferior ao Parâmetro Revisional

1. O **Índice de Revisão por Variação de VCMHL (IRV)**, a ser multiplicado pelo prêmio vigente, será calculado com base na seguinte fórmula:

$$\text{IRV} = 1 + \text{VCMHL}$$

Onde:

- o **VCMHL (Variação dos Custos Médicos, Hospitalares, Laboratoriais)** – Coeficiente calculado com base no acumulado de 12 (doze) meses ou na menor periodicidade permitida pelo governo federal.

b) Despesas com Sinistro Superior ao Parâmetro Revisional

1. A **Despesa com Sinistro (DS)** será calculada com base na seguinte fórmula:

$$\text{DS} = \text{TSP} + (\text{PC} \times \text{REONA})$$

Onde:

- o **TSP (Total de Sinistros Pagos)** – Total de sinistros ocorridos e avisados para a **CARE PLUS** decorrentes da utilização da rede referenciada ou no exercício da livre escolha pelos beneficiários vinculados aos Estipulantes que fazem parte do agrupamento de contratos de 02 a 29 vidas;



CONDIÇÕES GERAIS
PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE MÉDICO – HOSPITALAR

- **PC (Prêmio Cobrado)** – Valor cobrado contra os **ESTIPULANTES** que fazem parte do agrupamento de contratos de 02 a 29 vidas e efetivamente pagos, referente ao período de apuração para a cobertura do risco de saúde dos beneficiários;
 - **REONA (Reserva de Eventos Ocorridos e Não Avisados)** – Reserva de eventos ocorridos e não avisados à **CARE PLUS**, definida neste ato pelo coeficiente de 0,10 sobre o prêmio arrecadado no período de apuração.
2. O **Índice de Revisão de Sinistralidade e Variação de VCMHL (IRSV)**, a ser multiplicado pelo prêmio vigente será calculado com base na seguinte fórmula:

$$\text{IRSV} = \left[\frac{\text{DS/PC}}{\text{PR}} \right] \times (1 + \text{VCMHL})$$

Onde:

- **PC (Prêmio Cobrado)** – Valor cobrado contra os **ESTIPULANTES** que fazem parte do agrupamento de contratos de 02 a 29 vidas e efetivamente pagos, referente ao período de apuração para a cobertura do risco de saúde dos beneficiários;
- **PR (Parâmetro Revisional)** – Coeficiente de 0,70;
- **VCMHL (Variação dos Custos Médicos, Hospitalares, Laboratoriais)** – Coeficiente calculado com base no acumulado de 12 (doze) meses ou na menor periodicidade permitida pelo governo federal.



CONDIÇÕES GERAIS
PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE MÉDICO – HOSPITALAR

Para Empresas a partir de 30 vidas:

ÍNDICE DE SINISTRALIDADE:

$$\text{Índice de Sinistralidade} = \frac{\text{TSP}}{\text{PC}}$$

a) Despesas com Sinistro inferior ao Parâmetro Revisional

3. O **Índice de Ajuste (IA)**, a ser multiplicado pelo prêmio vigente, será calculado com base na seguinte fórmula:

$$\text{IA} = 1 + \text{VCMHL}$$

Onde:

- **VCMHL (Variação dos Custos Médicos, Hospitalares, Laboratoriais)** – Coeficiente calculado com base no acumulado de 12 (doze) meses ou na menor periodicidade permitida pelo governo federal.

b) Despesas com Sinistro Superior ao Parâmetro Revisional

2. A **Despesa com Sinistro (DS)** será calculada com base na seguinte fórmula:

$$\text{DS} = \text{TS} + (\text{PC} \times \text{REONA})$$

Onde:

- **TS (Total de Sinistros)** – Total de sinistros ocorridos e avisados para a **CARE PLUS** decorrentes da utilização da rede referenciada ou no exercício da livre escolha pelos beneficiários vinculados ao Estipulante;



CONDIÇÕES GERAIS
PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE MÉDICO – HOSPITALAR

- **PC (Prêmio Cobrado)** – Valor cobrado contra a **ESTIPULANTE** e efetivamente pago, referente ao período de apuração para a cobertura do risco de saúde dos beneficiários;
 - **REONA (Reserva de Eventos Ocorridos e Não Avisados)** – Reserva de eventos ocorridos e não avisados à **CARE PLUS**, definida neste ato pelo coeficiente de 0,10 sobre o prêmio arrecadado no período de apuração.
4. O **Índice de Ajuste (IA)**, a ser multiplicado pelo prêmio vigente, será calculado com base na seguinte fórmula:

$$IA = \left[\frac{(DS/PC)}{PR} \right] \times (1 + VCMHL)$$

Onde:

- **PC (Prêmio Cobrado)** – Valor cobrado contra a **ESTIPULANTE** e efetivamente pago, referente ao período de apuração para a cobertura do risco de saúde dos beneficiários da Estipulante;
- **PR (Parâmetro Revisional)** – Coeficiente de 0,70;
- **VCMHL (Variação dos Custos Médicos, Hospitalares, Laboratoriais)** – Coeficiente calculado com base no acumulado de 12 (doze) meses ou na menor periodicidade permitida pelo governo federal.



CONDIÇÕES GERAIS
PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE MÉDICO – HOSPITALAR

15.1.2. REALINHAMENTO POR FAIXA ETÁRIA

15.1.2.1. Realinhamento por variação da composição etária do grupo segurado

Caso seja verificado, no curso da vigência do plano, a ocorrência de variação percentual igual ou superior a 5% (cinco por cento) na composição da faixa etária dos **BENEFICIÁRIOS** do **PLANO**, a **CARE PLUS** realinhará o valor da **MENSALIDADE** de acordo com a seguinte fórmula:

PCM = PRÊMIO COBRADO MENSAL

CEM = COMPOSIÇÃO ETÁRIA MÉDIA

Onde:

CEM = (SOMATÓRIA DAS IDADES DO GRUPO SEGURÁVEL NO 1º. MÊS DE CADA ANO DE VIGÊNCIA / QUANTIDADE DE BENEFICIÁRIOS VIGENTES NO 1º. MÊS DE CADA ANO DE VIGÊNCIA)

a) Variação da COMPOSIÇÃO ETÁRIA MÉDIA em padrão superior a 5%

IA = ÍNDICE DE AJUSTE A SER MULTIPLICADO PELO PRÊMIO

PCVCE = PRÊMIO CALCULADO PELA VARIAÇÃO DE COMPOSIÇÃO ETÁRIA

O reajuste da mensalidade será calculado com base na seguinte fórmula:

IA = (CEM DO MÊS / CEM 1º. MÊS DE VIGÊNCIA DO ANO)

Se a variação da fórmula acima for igual ou superior a 5,01%, a mensalidade a partir do mês subsequente ao da variação da composição etária será o resultado de:

PCVCE = PCM * IA



CONDIÇÕES GERAIS
PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE MÉDICO – HOSPITALAR

b) Variação da COMPOSIÇÃO ETÁRIA MÉDIA em padrão inferior a 5%

Não se aplica o disposto na presente cláusula, mantendo-se o disposto nas demais cláusulas e periodicidade previstas de **REAVLIAÇÃO DO PRÊMIO**.

15.1.2.2. Realinhamento Individual por mudança de Faixa Etária

Para fins de incidência e cálculo do realinhamento por alteração de faixa etária, ficam estabelecidos os seguintes percentuais de reajuste, aplicáveis sobre o valor da **MENSALIDADE** já reajustada na forma prevista no Item 15.1.1 e 15.1.3:

Faixa	Mudança de Faixa Etária	Ajuste %
I	De 0 (zero) a 18 (dezoito) anos	-----0-----
II	De 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos	11,00%
III	De 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos	11,00%
IV	De 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos	11,00%
V	De 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos	11,00%
VI	De 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos	11,00%
VII	De 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos	45,50%
VIII	De 49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos	26,00%
IX	De 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos	50,00%
X	De 59 (cinquenta e nove) anos ou mais.	29,30%

15.1.3. REALINHAMENTO POR ÍNDICE DE MANUTENÇÃO

15.1.3.1. Fica facultado à **CARE PLUS**, caso não deseje rescindir o **CONTRATO** na forma prevista no Item 19.2, letra “d”, o direito de realinhar o valor da **MENSALIDADE**, segundo índice de manutenção do contrato, na data de seu aniversário, cujo percentual de ajuste serão os previstos na Tabela abaixo:



CONDIÇÕES GERAIS
PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE MÉDICO – HOSPITALAR

ÍNDICE DE INCLUSÃO E MANUTENÇÃO	PERCENTUAIS DE AJUSTE
90%	10%
85%	15%
80%	20%
75%	25%

16. PAGAMENTO DA MENSALIDADE

16.1. A responsabilidade pelo pagamento total da contraprestação pecuniária será da ESTIPULANTE, salvo os casos dos artigos 30 e 31, da Lei nº 9656, de 1998.

16.2. Qualquer indenização somente passa a ser devida depois que o pagamento da fatura mensal houver sido realizado pela **ESTIPULANTE**, o que deve ser feito, no máximo, até o dia 28 (vinte e oito) do mês anterior ao de risco.

16.2.1. Se o sinistro ocorrer dentro do prazo para pagamento da mensalidade, o direito a indenização não fica prejudicado se ele for realizado ainda naquele prazo.

16.3. Quando a data limite cair em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento da mensalidade poderá ser efetuado no primeiro dia útil em que houver expediente bancário.

16.3.1. Em caso de atraso de pagamento da mensalidade, a **ESTIPULANTE** arcará o pagamento de multa de mora correspondente a 20% (vinte por cento) do valor do prêmio com acréscimo da atualização monetária baseada na variação apurada do **IGPM/FGV**, e juros segundo a variação da taxa praticada pelo Governo Federal na cobrança dos débitos de natureza tributária, conforme previsão contida no artigo 406 do Código Civil.

16.3.2. O não pagamento da fatura na data de seu vencimento implicará na suspensão automática das coberturas vigentes, independentemente de qualquer aviso ou notificação judicial ou extrajudicial, de todas e quaisquer coberturas.



CONDIÇÕES GERAIS

PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE MÉDICO – HOSPITALAR

16.4. No pagamento da mensalidade fora do vencimento, obriga-se a **ESTIPULANTE** a efetuarlo acrescido de todos os encargos moratórios estabelecidos nestas **CONDIÇÕES GERAIS**. Até a data indicada no respectivo documento poderá fazê-lo no banco emissor da cobrança. Após esta data somente junto à **CARE PLUS**.

16.5. O pagamento de qualquer parcela não implica em quitação das anteriores, cujo adimplemento poderá, a qualquer tempo, ser exigido pela **CARE PLUS**, sendo, portanto, inaplicável a disposição contida no artigo 322 do Código Civil.

16.6. As faturas emitidas pela **CARE PLUS** serão baseadas na comunicação demovimentação de pessoal enviada pela **ESTIPULANTE**. A fatura se baseará nos dados disponíveis, realizando-se os acertos nas faturas subsequentes.

16.7. Se a **ESTIPULANTE** não receber documento que possibilite realizar o pagamento de sua obrigação até cinco dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente à **CARE PLUS**, para que não se sujeite a consequência da mora, prevista no item 16.3.1.

17. VIGÊNCIA DO PLANO

17.1. O início de vigência contratual é a data de assinatura do “**CONTRATO**” ou do pagamento da mensalidade inicial, o que primeiro ocorrer, e sua duração será de 36 (trinta e seis) meses.

17.2. Findo o prazo estabelecido no item 17.1. e não havendo comunicação expressa de qualquer das partes com antecedência prévia de 60 (sessenta) dias anteriores à data de seu término, manifestando o seu desejo em resilir o **CONTRATO**, este será renovado automaticamente, sem cobrança de qualquer taxa ou outro valor no ato da renovação.

18. ÍNDICE DE MANUTENÇÃO DO CONTRATO

18.1. A quantidade mínima de **BENEFICIÁRIOS** ativos para a manutenção do “**CONTRATO**” no curso de sua vigência será aquela definida na **TABELA** abaixo:



CONDIÇÕES GERAIS
PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE MÉDICO – HOSPITALAR

QUANTIDADE DE BENEFICIÁRIOS DO GRUPO SEGURÁVEL		
DE	ATÉ	MANUTENÇÃO
2	30	100%
31	100	100%
101	200	100%
201	300	95%
301	400	95%
401	500	95%
501	750	95%
751	1000	90%
1001	em diante	90%

18.2. Constatado que, no curso da vigência do “**CONTRATO**”, o número de **BENEFICIÁRIOS** ativos é inferior àquele estabelecido no início de sua vigência, a **CARE PLUS** poderá considerá-lo rescindido de pleno direito, desde que proceda na forma prevista no item 19.2 destas **CONDIÇÕES GERAIS**.

18.3. A **CARE PLUS** poderá, a qualquer tempo, solicitar cópia dos documentos que julgar necessários para a aferição do índice de manutenção.

19. RESCISÃO DO CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

19.1. O atraso no pagamento do **PRÊMIO** por período superior a 60 (sessenta) dias, **consecutivos ou não, no período de 12 meses**, implicará na automática rescisão do **CONTRATO**, com emissão de cobrança de multa prevista por cancelamento antecipado, conforme previsto nos itens 19.4 ou 19.4.1.

19.2. A **CARE PLUS** poderá considerar o **CONTRATO** rescindido de pleno direito, cessando imediatamente toda e qualquer cobertura, mediante notificação prévia de 30 (trinta) dias, além da hipótese prevista no item 19.1, nos seguintes casos:

- a. em caso de dolo ou fraude, inclusive tentada, da **ESTIPULANTE** ou do **BENEFICIÁRIO**;



CONDIÇÕES GERAIS

PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE MÉDICO – HOSPITALAR

- b. se a natureza dos riscos vier a sofrer alterações que tornem incompatível com as condições mínimas de manutenção;
- c. omissão de informações técnicas imprescindíveis à caracterização do risco;
- d. esvaziamento do número de **BENEFICIÁRIOS**, considerado como tal a não observância do número mínimo de manutenção definido no item 18.
- e. pedido de recuperação judicial, falência, liquidação ou declaração de insolvência da **ESTIPULANTE**;
- f. a inobservância de qualquer cláusula ou condição prevista no presente instrumento.
- g. a constatação, a qualquer tempo, de infração cometida pela **ESTIPULANTE** a quaisquer **Regulamentos Anti-lavagem de Dinheiro** ou de outra ordem, inclusive, entre outras, (i) à Lei nº 9.613, de 3 de março de 1998, (ii) RN ANS 117, de 30 de novembro de 2005, (iii) os regulamentos da Agência de Controle de Ativos Estrangeiros (OFAC) do Departamento do Tesouro dos Estados Unidos da América; (iv) a Lei Patriota dos Estados Unidos da América; e (v) cada uma das listas de pessoas suspeitas de envolvimento em atividades terroristas mantidas pela OFAC, Reino Unido da Grã Bretanha e Irlanda do Norte e as Nações Unidas.

19.2.1. Ocorrendo a rescisão por qualquer uma das hipóteses previstas no item 19.2. a **CARE PLUS** irá promover a cobrança de multa moratória nos parâmetros previstos no item 19.4.1..

19.3. A **ESTIPULANTE** poderá considerar rescindido o “**CONTRATO**”, nas seguintes hipóteses:

- a. liquidação extrajudicial promovida pela **ANS**, nos casos expressos na legislação em vigor;
- b. não cumprimento imotivado das obrigações previstas neste instrumento, desde que haja notificação prévia com prazo de (60) sessenta dias para o adimplemento da respectiva obrigação.



CONDIÇÕES GERAIS PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE MÉDICO – HOSPITALAR

19.4. No período de 12 (doze) meses iniciais não se faculta às PARTES possibilidade de rescisão. Sua solicitação neste período implicará no pagamento por inteiro das parcelas remanescentes para completar o período de 12 (doze) meses e da multa e aviso prévio previstos no item 19.4.1.

19.4.1. Se a **ESTIPULANTE** pretender rescindir imotivadamente o “**CONTRATO**” no curso de sua vigência e após o transcurso dos 12 (doze) meses iniciais, deverá comunicar à **CARE PLUS** com 60 (sessenta) dias de antecedência, preenchendo os requisitos previstos nos itens 19.5 e 19.6. Neste caso, a **ESTIPULANTE** será obrigada a pagar à **CARE PLUS** multa correspondente a 3 (três) vezes a maior mensalidade paga pela **ESTIPULANTE** no curso de vigência do contrato, calculadas na forma prevista no item 19.4.4, tudo em uma única parcela com vencimento previsto para 30 (trinta) dias após o término do aviso prévio.

19.4.2. Caso qualquer das Partes não proceda à comunicação de que não deseja a renovação do **CONTRATO** após o transcurso de sua vigência com antecedência de 60 (sessenta) dias, na forma prevista no Item 17.2, o **CONTRATO** só será considerado como rescindido após o transcurso do prazo de 60 (sessenta) dias da data da comunicação e mediante o pagamento da multa prevista no Item 19.4.1.

19.4.3. Considerar-se-á rescindido o contrato no dia 1º (primeiro) do mês subsequente ao término do prazo de aviso prévio.

19.4.4. Para os fins previstos nos itens 19.4 e 19.4.1, o valor da mensalidade deverá ser reajustado, conforme disposto nestas **CONDIÇÕES GERAIS** e “**CONTRATO**”, antecipadamente à data do término do aviso prévio, devendo ser consideradas as despesas encaminhadas à **CARE PLUS**, na forma prevista no item 19.6, para fins de apuração do índice de sinistralidade, e conseqüente reajuste da mensalidade.

19.5. Em caso de rescisão do “**CONTRATO**”, por denúncia imotivada ou por não renovação deverá ser observado o seguinte:

19.5.1. Não serão admitidas novas inclusões de **BENEFICIÁRIOS**, a partir da data de início (recepção) do aviso prévio;



CONDIÇÕES GERAIS PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE MÉDICO – HOSPITALAR

19.5.2. Todas as autorizações de atendimento concedidas pela **CARE PLUS** para realização de procedimentos em data posterior a do término do aviso prévio serão canceladas;

19.5.3. A **CARE PLUS** ficará responsável apenas pelas despesas ocorridas até a data do término do aviso prévio, não sendo de sua responsabilidade as despesas do período posterior, ainda que relacionadas a eventos cujo tratamento ou internação tenham se iniciado durante o período de vigência do contrato.

19.6. Na hipótese da **ESTIPULANTE** rescindir o contrato, o pedido de rescisão deverá vir acompanhado de todas as solicitações de reembolso de despesas ocorridas até o dia anterior ao da data da comunicação. As despesas havidas no período de aviso prévio deverão ser comunicadas à **CARE PLUS** no prazo improrrogável de sete dias corridos, a contar de cada evento, tudo sob pena de caducidade do direito de reembolso.

20. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

20.1. A propaganda e a promoção do **PLANO**, por parte da **ESTIPULANTE** e/ou **CORRETOR** somente podem ser feitas com autorização expressa e supervisão da **CARE PLUS**, na forma que esta estabelecer, respeitadas as condições do **CONTRATO**, e as normas do **PLANO**, ficando a **CARE PLUS** responsável pela fidedignidade das informações contidas nas divulgações feitas.

21. JUNTA MÉDICA

21.1. As divergências ou dúvidas de natureza médicas oriundas deste **PLANO** serão dirimidas por uma **JUNTA MÉDICA**, soberana para decidir sobre todos e quaisquer assuntos em que haja controvérsia entre as partes. A **JUNTA MÉDICA** deverá ser constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela **CARE PLUS**, outro pelo **BENEFICIÁRIO** e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

21.2. Se não houver acordo na escolha do referido terceiro profissional, a designação será solicitada à entidade médica representativa da especialidade.



CONDIÇÕES GERAIS PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE MÉDICO – HOSPITALAR

21.3. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado, exceto se o médico assistente escolhido pelo **BENEFICIÁRIO** pertencer à **REDE CREDENCIADA** da **CARE PLUS**, que, neste caso, arcará com os honorários de ambos os nomeados. Os honorários do terceiro profissional desempataador serão pagos pela **CARE PLUS**.

21.3.1. O ajuizamento de qualquer ação judicial anterior à convocação de **JUNTA MÉDICA** implicará, à parte infratora, o descumprimento da condição contratual e o pagamento de multa prevista nos itens 19.4 ou 19.4.1 destas **CONDIÇÕES GERAIS**.

22. RESSARCIMENTOS DEVIDOS A CARE PLUS

22.1. A **CARE PLUS** fica expressamente investida em nome do **BENEFICIÁRIO** e/ou de seu **DEPENDENTE**, e sub-rogada em todo e qualquer direito a ele pertencente, inclusive, mas não limitado àquele necessário para, especialmente, promover toda e qualquer medida judicial ou extrajudicial, com vistas ao ressarcimento junto a terceiros, civilmente responsáveis pelo dano por ele sofrido, objetivando a recomposição dos fundos despendidos com o tratamento do quadro clínico e/ou cirúrgico advindo do referido dano.

22.2. Na hipótese da **CARE PLUS** vir a ser compelida a indenizar **BENEFICIÁRIOS** por eventos ou limites não contratados pela **ESTIPULANTE**, incluindo, mas não se limitando àqueles expressamente excluídos e os novos procedimentos não integrantes da versão de Tabela de Indenização **CARE PLUS** contratada, a **ESTIPULANTE** arcará com o valor integral das indenizações pagas, inclusive eventuais custas processuais e honorários advocatícios.

23.1. RESPONSABILIDADES DO ESTIPULANTE

23.1.1 Será de responsabilidade do Estipulante:

23.1.1.1. Entregar ao **BENEFICIÁRIO TITULAR** previamente à sua inclusão no **Plano**, o documento denominado **Manual De Orientação Para Contratação de Planos De Saúde**;



CONDIÇÕES GERAIS PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE MÉDICO – HOSPITALAR

23.1.1.2. Entregar, junto ao cartão de identificação do **BENEFICIÁRIO TITULAR**, o documento denominado **Guia De Leitura Contratual**;

23.1.1.3. Disponibilizar, sempre que solicitado pelo **BENEFICIÁRIO TITULAR**, cópia das **Condições Gerais** do **Plano** contratado, que conterà, no mínimo, os temas que compõem o **Guia de Leitura Contratual**;

23.1.1.4. Exigir e comprovar os requisitos de elegibilidade dos **BENEFICIÁRIOS** nos termos das **Condições Gerais** e do “**CONTRATO**”.

24. DOCUMENTOS QUE INTEGRAM ESTAS CONDIÇÕES GERAIS

- **Declaração de Oferta do “Plano-Referência”**
- **Manual de Orientação para Contratação (MPS)**
- **Carta de Orientação do Beneficiário (apenas quando há Cláusula de Agravo ou Cobertura Parcial Temporária)**
- **Guia de Leitura Contratual (GLC)**
- **Tabela de Indenização CARE PLUS**
- **Relação de procedimentos médico-hospitalares que não necessitam de autorização prévia – ANEXO I**
- **Contrato de Prestação de Serviços**

25. DISPOSIÇÕES FINAIS

25.1. Na hipótese de eventuais divergências entre o exposto na **PROPOSTA COMERCIAL, CLÁUSULAS ADICIONAIS** e nestas **CONDIÇÕES GERAIS**, prevalece o estabelecido no **CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS**, por se tratar do documento em que se consolidou a vontade das **PARTES**.



CONDIÇÕES GERAIS
PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE MÉDICO – HOSPITALAR

26. ELEIÇÃO DE FORO

26.1. As partes elegem o foro do domicílio da **ESTIPULANTE**, para os casos de litígios ou pendências judiciais.

27. LOCAL E DATA

27.1. Barueri, na data aposta no Contrato de Prestação de Serviços.

CARE PLUS MEDICINA ASSISTENCIAL LTDA