

de um lado como contratante, **SINDICATO DOS TRABALHADORES TÉCNICO-ADMINISTRATIVOS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS** CNPJ nº 49.161.821/0001-07, com endereço na Rodovia Washington Luiz, Km 235, Monjolinho, São Carlos/SP, CEP 13.565-905, doravante denominado simplesmente de **CONTRATANTE**, e

de outro lado como contratada, **PERSONAL CARE OPERADORA DE SAUDE S/A**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 31.097.886/0001-67, Registro na ANS nº 42170-7, com sede na Av. Getúlio Vargas, nº 740, Sala 67, Vila Lutfalla, São Carlos / SP; CEP 13.570-390, doravante denominada simplesmente **CONTRATADA**.

resolvem, por seus representantes legais que ao fim assinam, assinar este CONTRATO, mediante as seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA – ATRIBUTOS DO CONTRATO

1.1 O presente Contrato tem por objeto a prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais na forma de plano privado de assistência à saúde prevista no inciso I, do artigo 1º, da Lei 9.656/1998, visando à assistência Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, compatíveis com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela ANS, vigente à época do evento, para a segmentação Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia.

1.2 O presente instrumento trata-se de contrato de adesão, bilateral, que gera direitos e obrigações para ambas as partes, na forma do Código Civil brasileiro, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

CLÁUSULA SEGUNDA - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

2.1 Plano privado de assistência à saúde Coletivo por Adesão é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população que mantenha com a **CONTRATANTE** vínculo de caráter profissional, classista ou setorial, admitindo-se a inclusão do grupo familiar, conforme disposto a seguir.

2.2 Podem ser inscritos no plano como Beneficiários Titulares as pessoas que comprovem os seguintes vínculos com a **CONTRATANTE**:

- a) Profissional, classista ou setorial, nos termos do art. 9º da RN 195/09 e alterações da ANS.

2.3 Poderão ser inscritos como Beneficiários Dependentes:

- a) O cônjuge, mediante entrega à **CONTRATADA** de cópia da certidão de casamento;
- b) O companheiro, havendo união estável, na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge, mediante entrega à **CONTRATADA** de cópia de declaração lavrada em cartório ou de certidão expedida pela Vara de Família da comarca competente;
- c) Os filhos, adotivos ou não, e enteados, solteiros e menores de 18 (dezoito) anos incompletos, mediante entrega à **CONTRATADA** de cópia da certidão de nascimento ou de adoção, ou até 24 (vinte e quatro) anos incompletos, se estudante em curso registrado no MEC – Ministério da Educação, mediante comprovação anual ou semestral, conforme validade do documento;
- d) O menor que, por determinação judicial, se ache sob a guarda e responsabilidade do Beneficiário Titular ou sob sua tutela, mediante entrega à **CONTRATADA** de cópia da decisão judicial de guarda ou tutela;
- e) Os filhos, adotivos ou não, e enteados, comprovadamente inválidos, mediante entrega à **CONTRATADA** de atestado de invalidez.

2.4 A adesão dos Beneficiários Dependentes fica condicionada à participação do Titular.

2.5 Quando da contratação, fica a **CONTRATANTE** obrigada a demonstrar a legitimidade para a contratação do plano de saúde, nos termos da legislação em vigor, inclusive com a apresentação da respectiva ficha de filiação ou equivalente que demonstre a condição de associado.

2.6 A inclusão do Beneficiário Titular e de seus Dependentes será processada mediante preenchimento da Proposta de Adesão.

2.7 Ficará a cargo do Beneficiário Titular, quando do preenchimento do Proposta de Adesão, informar a relação dos Dependentes a serem inscritos, contendo a respectiva qualificação completa, incluindo filiação, endereço completo, número de inscrição no CPF e RG.

2.8 Ocorrendo alterações dos dados acima referidos, deverá a informação ser repassada à CONTRATADA, pela CONTRATANTE.

2.9 A **CONTRATANTE** encaminhará à **CONTRATADA** no dia de cada mês especificado nos ANEXOS, a relação dos Beneficiários que aderirem ao Plano previsto neste Contrato, mediante preenchimento e assinatura da Proposta de Adesão e dos Beneficiários que forem excluídos, nos termos estabelecidos neste Contrato.

2.10 A movimentação cadastral de Beneficiários relativa às inclusões informadas pela **CONTRATANTE** será processada na data prevista nos ANEXOS, sendo que a movimentação cadastral relativa às exclusões será realizada no mesmo dia em que ocorrer o fato.

2.11 O número mínimo de Beneficiários para manutenção deste contrato será o especificado nos ANEXOS.

2.12 Caso as exclusões de Beneficiários titulares e/ou dependentes, independente de motivo, reduza a massa de Beneficiários do plano a menos que o mínimo exigido, ou ainda, o número de inclusões não atinja o mínimo exigido, no período especificado nos ANEXOS, observar-se-á o disposto na Cláusula de Rescisão deste instrumento.

2.13 No ato da contratação e das inclusões posteriores, o Beneficiário Titular preencherá o Formulário de Declaração de Saúde, obrigando-se a informar a condição sabida de doenças ou lesões pré-existentes, sua e de seus Dependentes, quando receberá a Carta de Orientação ao Beneficiário.

2.14 É assegurada a inclusão:

- a) do recém-nascido, filho natural ou adotivo do Beneficiário, isento do cumprimento dos períodos de carência já cumpridos pelo Beneficiário e não cabendo qualquer alegação de doença ou lesão preexistente, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o nascimento ou adoção;
- b) do filho adotivo, menor de 12 (doze) anos, com aproveitamento dos períodos

de carência já cumpridos pelo Beneficiário Titular adotante e não cabendo qualquer alegação de doença ou lesão pré-existente, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a adoção.

2.14.1 A inclusão fica vinculada à verificação das condições de elegibilidade do Dependente estabelecidas no presente Contrato.

2.15 Ultrapassado o prazo previsto no item antecedente, será obrigatório o cumprimento integral dos respectivos prazos de carência e exigência de Cobertura Parcial Temporária, nos casos de Doenças e Lesões Pré-existentes.

2.16 A **CONTRATADA** exigirá cópias de documentos que comprovem o vínculo do Beneficiário Titular com a **CONTRATANTE**, bem como das informações pessoais do Beneficiário Titular (CPF, RG, comprovante de residência), além das condições do vínculo de dependência do(s) Beneficiário(s) Dependente(s) (certidão de casamento, nascimento, adoção, outros), podendo renovar a solicitação a qualquer tempo.

CLÁUSULA TERCEIRA - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

3.1 A **CONTRATADA** cobrirá os custos, em conformidade com os limites, prazos de carências e condições estabelecidas neste Contrato, aos Beneficiários regularmente inscritos, relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares e atendimentos obstétricos, realizados dentro da área de abrangência e atuação estabelecida neste Contrato, e na rede prestadora de serviços contratada, credenciada ou referenciada da **CONTRATADA**, independente da circunstância e do local de origem do evento, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na época do evento, relacionados às doenças listadas na CID-10, no que se aplicam ao Plano e de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) e com as Diretrizes Clínicas (DC) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes na data do evento.

3.2 A cobertura ambulatorial compreende:

- a) Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas), inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM;
- b) Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, ou cirurgião-dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que previsto no Rol de

Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, para o segmento ambulatorial;

- c) Medicamentos registrados/regularizados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, exclusivamente quando administrados em unidade de saúde e solicitados pelo médico assistente;
- d) Consultas / sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo, solicitadas pelo médico assistente, de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e observando os critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes à época do evento, quando for o caso;
- e) Consultas / sessões de psicoterapia, de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e observando os critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes à época do evento, que poderão ser realizadas tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme solicitação e indicação do médico assistente;
- f) Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, solicitados pelo médico assistente, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta;
- g) Hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;
- h) Quimioterapia oncológica ambulatorial: baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes, conforme prescrição do médico assistente, que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro do estabelecimento de Unidades de Saúde;
 - h.1) Adjuvantes são medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento.
- i) Procedimentos de radioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para a segmentação ambulatorial;
- j) Procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais: aqueles que prescindem 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 Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para a segmentação ambulatorial;

- k) Hemoterapia ambulatorial;
- l) Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais, denominada cirurgia refrativa (PRK ou Lasik), para pacientes com mais de 18 (dezoito) anos e grau estável há pelo menos 01 (um) ano, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios: (i) miopia moderada e grave, de graus entre - 5,0 a - 10,0DE, com ou sem astigmatismo associado com grau até -4,0DC com a refração medida através de cilindro negativo; (ii) hipermetropia até grau 6,0DE, com ou sem astigmatismo associado com grau até 4,0 DC, com a refração medida através de cilindro negativo.

3.3 A cobertura hospitalar com obstetrícia compreende:

- a) Internações hospitalares de todas as modalidades, em número ilimitado de dias, solicitados pelo médico assistente;
- b) Despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem, exceto em caráter particular, e alimentação;
- c) Atendimento por outros profissionais de saúde, durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico assistente;
- d) Exames complementares previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, indispensáveis para o controle da evolução do quadro clínico do beneficiário e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;
- e) Toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados;
- f) Remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no Contrato, em território brasileiro;
- g) Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do Beneficiário menor de 18 anos, Beneficiário com idade igual ou superior a 60 anos ou Beneficiário portador de necessidades especiais, salvo contraindicação do médico ou cirurgião dentista assistente ou no caso de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares;
- h) Órteses e próteses, registradas na ANVISA, ligadas aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento;

h.1) Cabe ao médico ou cirurgião dentista assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais – OPME necessários à execução dos procedimentos contidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS;

h.2) O profissional solicitante deverá justificar clinicamente a sua indicação, quando solicitado, 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, ficando a escolha da **CONTRATADA**.

h.3) Em caso de divergência entre o profissional requisitante e a **CONTRATADA**, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com as despesas arcadas pela **CONTRATADA**.

- i) Procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS para a segmentação hospitalar, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar;
- j) 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;
- k) O imperativo clínico caracteriza-se pelos atos que se impõem em função das necessidades do beneficiário, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção, observadas as seguintes regras:
 - i. O cirurgião-dentista assistente e/ou o médico assistente irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao beneficiário, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados;
 - ii. Os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que, nas situações de imperativo clínico, necessitem

ser realizados em ambiente hospitalar, não estão incluídos na cobertura hospitalar.

- k) Procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:
- i. Hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
Quimioterapia oncológica ambulatorial;
 - ii. Radioterapia: todos os procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento para as segmentações ambulatorial e hospitalar;
 - iii. Hemoterapia;
 - iv. Nutrição parenteral ou enteral;
 - v. Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
 - vi. Embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
 - vii. Radiologia intervencionista;
 - viii. Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
 - ix. Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme solicitação e indicação do médico assistente;
 - l) Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer;
 - m) Cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
 - n) Transplantes, desde que listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, e procedimentos a ele vinculados, respeitadas as Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes à época do evento, incluindo as despesas necessárias à sua realização, no que couber:
 - i. Despesas assistenciais com doadores vivos, as quais estão sob expensas da operadora de planos privados de assistência à saúde do beneficiário receptor;
 - ii. Medicamentos utilizados durante a internação;
 - iii. Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;
 - iv. Despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS;

n.1) Os procedimentos de transplante, no âmbito da prestação de serviços de saúde suplementar, estarão submetidos à legislação específica vigente.

- i. O Beneficiário candidato a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica deverá, obrigatoriamente, estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs e sujeitar-se-á ao critério de fila única de espera e de seleção;
 - ii. As entidades privadas e equipes especializadas deverão observar o regulamento técnico – legislação vigente do Ministério da Saúde – que dispõe sobre a forma de autorização e cadastro junto ao Sistema Nacional de Transplante – SNT;
 - iii. São competências privativas das CNCDOs, dentro das funções de gerenciamento que lhes são atribuídas pela legislação em vigor: determinar o encaminhamento de equipe especializada e providenciar o transporte de tecidos e órgãos ao estabelecimento de saúde autorizado em que se encontre o receptor.
- o) Procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto e puerpério;
 - p) Despesas incluindo acomodação, alimentação e paramentação, conforme legislação vigente e limitadas àquelas fornecidas pelo hospital, relativas a um acompanhante indicado pela mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato (compreendido pelas 48 horas após o parto ou até 10 dias, quando indicado pelo médico assistente), salvo contraindicação do médico assistente e/ou da equipe do hospital ou no caso de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares.
 - q) Assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do Beneficiário, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, desde que o Beneficiário (pai ou mãe do recém-nascido) tenha cumprido carência de 180 (cento e oitenta) dias.

3.4 Na atenção prestada aos portadores de transtornos mentais serão observados:

- a) O atendimento ambulatorial e em consultórios será priorizado, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico quando houver indicação do médico assistente;
- b) Haverá cobertura para os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas;
- c) No plano com cobertura hospitalar haverá cobertura de hospital-dia para transtornos mentais, de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes na data do evento;

- c.1) Entende-se hospital-dia para transtornos mentais como o 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.
- d) Nos casos de internação decorrentes de transtornos psiquiátricos, haverá coparticipação de 50% (cinquenta por cento), incidentes sob o valor dos serviços utilizados, observados os tetos dos normativos editados pela ANS vigentes à época da contratação, quando ultrapassados 30 (trinta) dias de internação, contínuos ou não, no transcorrer de 01 (um) ano de Contrato.

3.5 O presente Contrato garante, ainda:

- a) Atendimentos nos casos de planejamento familiar, de que trata o inciso III do artigo 35-C da Lei 9.656/1998, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, observadas, ainda, as Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes na data do evento;
- b) Eventos e procedimentos relacionados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor na data do evento que necessitem de anestesia com ou sem a participação de profissional médico anestesiológico, caso haja indicação clínica;
- c) Procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação e escopias previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;
- d) Remoção e/ou retirada de órteses, próteses ou outros materiais cuja colocação, inserção e/ou fixação esteja contemplada no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento.

CLÁUSULA QUARTA - EXCLUSÕES DE COBERTURA

4.1 Em conformidade com o que prevê a Lei nº 9.656/1998, as Resoluções do Consu, e respeitando-se as coberturas mínimas obrigatórias previstas na citada Lei e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, estão excluídos da cobertura do Plano os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não descritos expressamente neste Contrato e os provenientes de:

- a) Procedimentos assistenciais que exijam autorização prévia, realizados à revelia da CONTRATADA sem atendimento às condições previstas neste Contrato;
- b) Atendimentos prestados antes do início da vigência contratual ou do cumprimento das carências, respeitadas as demais condições contratuais;
- c) Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, ou seja, aqueles que empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país, bem como, aqueles que são considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina – CFM, e, ainda, aqueles cujas indicações não constem da bula/manual registrada na ANVISA (uso off-label);
- d) 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 da função de órgão ou de parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;
- e) Inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e espermatozoides para alcançar a fertilização, por meio de injeções de espermatozoides intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção pós-tum, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;
- f) Cirurgia plástica estética de qualquer natureza;
- g) Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- h) Transplantes, à exceção dos transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;
- i) Despesas com assistência odontológica de qualquer natureza (diagnóstica, clínica ou cirúrgica), inclusive relacionadas com acidentes, exceto cirurgias buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar;
- j) Honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista quando, por imperativo clínico, for necessária estrutura hospitalar para a realização de procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para a segmentação odontológica;
- k) Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, ou seja, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA;

- l) Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ou seja, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde;
- m) Fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde – CITEC;
- n) Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico, conforme os seguintes conceitos: prótese como qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido e órtese como qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico os materiais cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico;
- o) Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- p) Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- q) Aplicação de vacinas preventivas e hipossensibilizantes;
- r) Serviços de enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar;
- s) Procedimentos não discriminados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;
- t) Aparelhos ortopédicos;
- u) Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
- v) Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência do plano, bem como despesas decorrentes de serviços prestados por médicos não credenciados ao plano contratado, à exceção dos atendimentos de urgência ou de emergência, que poderão ser efetuados por médicos não credenciados e posteriormente reembolsados, nos limites e termos deste Contrato;
- w) Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do Beneficiário, exceto para pacientes menores de 18 anos, com idade igual ou superior a 60 anos, portadores de necessidades especiais, nos termos definidos neste Contrato;
- x) Despesas relativas a um acompanhante, ressalvadas as relativas ao indicado pela mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato, nos termos definidos neste Contrato;
- y) Despesas hospitalares extraordinárias tais como: serviços telefônicos, uso de televisão, alimentação não prevista no tratamento, lavagem de roupas,

produtos de toalete e de higiene pessoal e quaisquer outras despesas que não sejam vinculadas à cobertura do presente instrumento;

- z) Estada de paciente ou acompanhante em hotel, pensão ou similares;
- aa) Cirurgia para mudança de sexo;
- bb) Avaliação pedagógica;
- cc) Orientações vocacionais;
- dd) Especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- ee) Qualquer tipo de atendimento domiciliar, mesmo em caráter de urgência e emergência;
- ff) Remoção domiciliar;
- gg) Exames para piscina ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- hh) Investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;
- ii) Exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais.

CLÁUSULA QUINTA - DURAÇÃO DO CONTRATO

5.1 O presente Contrato vigorará pelo prazo mínimo previsto nos ANEXOS, contados da data estabelecida nos ANEXOS, data esta considerada como de aniversário do presente instrumento, não podendo ocorrer nenhum pagamento antes dessa data.

5.2 Este Contrato tem renovação automática, por prazo indeterminado, a partir do vencimento do prazo inicial de vigência, se quaisquer das partes não se manifestar, contrariamente, no prazo de 60 (sessenta) dias antes do término da vigência, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação.

CLÁUSULA SEXTA - PERÍODOS DE CARÊNCIA

6.1 Entende-se por carência o período de tempo durante o qual o Beneficiário não terá direito às coberturas contratadas. O direito de atendimento ao Beneficiário dos serviços previstos neste instrumento será garantido após cumprimento das carências especificadas nos ANEXOS, observando-se o disposto na legislação vigente, especialmente inciso V, art. 12, da Lei nº 9.656/1998.

6.2 O prazo de carência será contado a partir do início de vigência do Contrato. Para os incluídos após a vigência deste instrumento, as carências serão contadas da data do processamento pela CONTRATADA da sua inclusão, nos termos estabelecidos nas Condições de Admissão deste Contrato.

6.3 Não será exigido o cumprimento dos períodos de carência para os Beneficiários que ingressarem no plano de saúde no prazo de 30 (trinta) dias contados da data de assinatura do presente instrumento.

6.4 A cada aniversário deste Contrato será permitida a adesão de novos Beneficiários sem o cumprimento dos períodos de carência, desde que tenham se vinculado à CONTRATANTE após o transcurso do prazo estabelecido no item anterior e que o pedido de inclusão seja formalizado no prazo de 30 (trinta) dias contados da data de aniversário do Contrato.

6.5 Ultrapassados os prazos previstos nos itens anteriores, será obrigatório o cumprimento integral dos respectivos períodos de carência.

CLÁUSULA SÉTIMA - DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES

7.1 Doenças ou lesões pré-existentes são aquelas que o Beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor no momento da adesão ao presente instrumento.

7.2 No momento da adesão ao presente instrumento, o Beneficiário deverá preencher a Declaração de Saúde, no qual manifestará o conhecimento de doenças ou lesões pré-existentes à época da adesão ao presente Contrato, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou rescisão unilateral do Contrato, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656/1998.

7.3 Juntamente com o Formulário de Declaração de Saúde, será entregue a Carta de Orientação ao Beneficiário.

7.4 O Beneficiário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados pela **CONTRATADA**, sem qualquer ônus para o Beneficiário.

7.5 Caso o Beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da **CONTRATADA**, poderá fazê-lo, desde que assumo o ônus financeiro dessa entrevista.

7.6 O objetivo da entrevista qualificada é orientar o Beneficiário para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões

que o Beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.

7.7 É vedada a alegação de omissão de informação de doença ou lesão pré-existente quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no Beneficiário pela **CONTRATADA**, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.

7.8 Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do Beneficiário, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a **CONTRATADA** oferecerá a cobertura parcial temporária.

7.9 A cobertura parcial temporária consiste na suspensão, por um período ininterrupto de 24 (vinte e quatro) meses, da cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos exclusivamente relacionados às doenças ou lesões pré-existentes.

7.10 A confirmação da doença ou lesão pré-existente se fará com base nos princípios técnicos, normativos e éticos que regem um diagnóstico em medicina, em especial pela existência de antecedentes médicos ou hospitalares, sintomas, sinais ou alterações perceptíveis em seu estado de saúde, ou, ainda, por exames diagnósticos comprobatórios.

7.11 As doenças ou lesões pré-existentes poderão ser identificadas pela **CONTRATADA** por todos os meios de verificação que se aceitem como prova, inclusive prontuários médico-hospitalares, em consultórios, clínicas, laboratórios e hospitais e/ou através de exames médicos de avaliação exigidos pela **CONTRATADA** para definição dos eventos que terão Cobertura Parcial ou Temporária.

7.12 Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no site www.ans.gov.br, bem como está disponível para consulta e cópia nas dependências da **CONTRATADA**, fazendo parte integrante deste instrumento.

7.13 Exercendo prerrogativa legal, a **CONTRATADA** não optará pelo fornecimento do Agravado.

7.14 Identificado indício de fraude por parte do Beneficiário, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão pré-existente por ocasião da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a **CONTRATADA** deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao Beneficiário através de Termo de Comunicação ao Beneficiário e poderá oferecer a opção de cobertura parcial temporária ou solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do Beneficiário à Cobertura Parcial Temporária.

7.14.1 Instaurado o processo administrativo na ANS, à **CONTRATADA** caberá o ônus da prova.

7.14.2 A **CONTRATADA** poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do Beneficiário sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão pré-existente.

7.14.3 A ANS efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação.

7.14.4 Se solicitado pela ANS, o Beneficiário deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.

7.14.5 Após julgamento, e acolhida a alegação da **CONTRATADA**, pela ANS, o Beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão pré-existente, desde a data da efetiva comunicação da constatação da doença e lesão pré-existente, pela **CONTRATADA**, bem como será excluído do Contrato.

7.14.6 Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de doença ou lesão pré-existente, bem como a suspensão ou rescisão unilateral do Contrato até a publicação, pela ANS, do encerramento do processo administrativo.

CLÁUSULA OITAVA – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

8.1 Considera-se atendimento de urgência o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo da gestação.

8.2 Considera-se atendimento de emergência o evento que implica em risco imediato de morte ou de lesão irreparável para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

8.3 Serão garantidos os atendimentos decorrentes de acidentes pessoais, sem restrições, depois de decorridas 24 horas de vigência do Contrato.

8.4 Depois de cumpridas as carências, haverá cobertura dos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para a internação, desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções.

8.5 Durante o cumprimento dos períodos de carência para internação, serão garantidos os atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, limitados às primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internação.

8.6 Nos casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças e Lesões Pré-existentes, haverá atendimento limitado às primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internação.

8.7 Nos casos em que o atendimento de emergência for efetuado no decorrer dos períodos de carência para internação, será garantido o atendimento limitado às primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internação.

8.8 Haverá remoção para unidade de atendimento da rede do plano, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente.

8.9 Haverá remoção para unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, nos casos do Beneficiário estar cumprindo período de carência para internação.

8.10 Também haverá remoção para unidade do SUS, depois de realizados os atendimentos de urgência e emergência, nos casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças e Lesões Pré-existentes.

8.11 Na remoção para uma unidade do SUS, serão observadas as seguintes regras:

- a) Quando não possa haver remoção por risco de morte, o Beneficiário e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a **CONTRATADA**, desse ônus;
- b) Caberá à **CONTRATADA** o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento;
- c) Na remoção, a **CONTRATADA** deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS;
- d) Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida na alínea b, a **CONTRATADA** estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

8.12 A **CONTRATADA** assegurará o reembolso, no limite das obrigações deste Contrato, das despesas efetuadas pelo Beneficiário com assistência à saúde, dentro da área geográfica de abrangência e atuação do plano, nos casos exclusivos de urgência ou de emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios ou credenciados pela **CONTRATADA**.

8.13 O Beneficiário deverá apresentar a documentação adequada no prazo máximo de 12 (doze) meses contados da data do evento, sob pena de perder o direito ao reembolso.

8.14 O pagamento do reembolso será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Reembolso da **CONTRATADA** (que equivale à relação de serviços médicos e hospitalares praticados pela **CONTRATADA** junto à rede de prestadores do respectivo plano), descontados os eventuais valores de coparticipação, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da apresentação dos seguintes documentos originais:

- a) Via original do documento comprobatório do pagamento das despesas ao profissional e/ou instituição não credenciada pela **CONTRATADA** (Recibos e/ou Notas Fiscais);
- b) Conta analítica médico-hospitalar, em caso de internação;
- c) Relatório do médico assistente, declarando o nome do paciente, código de identificação, o tratamento efetuado, data do atendimento, sua justificativa para

o tratamento realizado, especificando, ainda, a razão da urgência e emergência;

- d) Comparecimento, após o atendimento, na auditoria clínica em local estabelecido pela **CONTRATADA**.

8.15 Só serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao Beneficiário, realizado enquanto perdurar o estado de urgência ou de emergência.

CLÁUSULA NONA – MECANISMOS DE REGULAÇÃO

9.1 Somente terão direito aos serviços ora contratados os Beneficiários regularmente inscritos.

9.2 O Guia da Rede, contendo a relação de prestadores de serviços assistenciais à saúde próprios e credenciados pela **CONTRATADA**, é constantemente atualizado no portal da **CONTRATADA** na Internet (www.meunorden.com) e fica permanentemente à disposição do **CONTRATANTE** e/ou BENEFICIÁRIO, tanto para consulta como para impressão. Fica ainda o Guia da Rede, a disposição do **CONTRATANTE** e/ou BENEFICIÁRIO, no horário comercial, em nosso SAC – Serviço de Atendimento ao Cliente.

9.3 Todas as informações sobre substituições de prestadores e alterações na rede estarão disponíveis no portal da **CONTRATADA** na Internet, na forma e prazos estabelecidos pela regulamentação.

9.4 Informações sobre a rede de serviços podem também ser obtidas via telefone (16) 3363-2000 no *Call Center* (Central de Atendimento) próprio da **CONTRATADA**, que funciona 24 (vinte e quatro) horas por dia todos os dias do ano.

ATENÇÃO: cada plano da **CONTRATADA** possui um tipo de Guia de Rede, devendo o Beneficiário verificar os locais de atendimento no Guia vinculado ao seu plano e relacionado à abrangência geográfica definida neste Instrumento.

9.5 A **CONTRATADA** reserva-se o direito de alterar a rede de prestadores de serviços, obedecido aos trâmites legais existentes, principalmente no que se refere à mudança de entidade hospitalar, conforme art. 17 da Lei nº 9.656/1998.

9.6 É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outro equivalente e mediante comunicação ao Beneficiário e à ANS com 30 (trinta) dias de

antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias em vigor.

9.7 Na hipótese de a substituição de entidade hospitalar ocorrer por vontade da **CONTRATADA** durante período de internação de algum Beneficiário, será garantido o pagamento das despesas relacionadas com a internação até a alta hospitalar, estabelecida pelo médico assistente, exceto nos casos de infração às normas sanitárias, quando a **CONTRATADA** providenciará, às suas expensas, a transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuidade da assistência.

9.8 No caso de redução de entidade hospitalar, é necessária autorização prévia da ANS.

9.9 A **CONTRATADA** assegurará aos Beneficiários os serviços médico-hospitalares, ambulatoriais, auxiliares de diagnóstico e terapia, obedecidas as determinações deste Contrato, conforme especificado a seguir:

- a) Consultas: As consultas médicas compreendem atendimento realizado previamente, de forma obrigatória, com o Médico Referência na Clínica de Especialidades indicada pela **CONTRATADA**, exceto nos casos de urgência e emergência, e, quando necessário, será autorizado o acesso à rede credenciada. As consultas médicas deverão ser agendadas pela Central de Atendimento da **CONTRATADA**;
- b) Consultas/sessões com nutricionista, psicólogo, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e fisioterapeuta: os beneficiários deverão entrar em contato com a **CONTRATADA**, com o pedido do médico assistente, para autorização prévia, quando os Beneficiários serão atendidos no consultório ou na clínica do profissional indicado pela **CONTRATADA**, dentre os profissionais credenciados, ressalvados os casos de urgência ou de emergência;
- c) Atendimentos clínicos, cirúrgicos, demais terapias e procedimentos ambulatoriais: os beneficiários deverão entrar em contato com a **CONTRATADA**, com o pedido do médico assistente, para autorização prévia, quando os Beneficiários serão atendidos nos consultórios, clínicas, serviços ou hospitais credenciados pela **CONTRATADA**, conforme profissional e local indicados na autorização prévia, ressalvados os casos de urgência ou de emergência;
- d) Exames complementares e serviços auxiliares de diagnóstico e terapia: os beneficiários deverão entrar em contato com a **CONTRATADA**, com o pedido do médico assistente, para autorização prévia, quando os Beneficiários serão

atendidos através da rede própria e credenciada, **CONTRATADA**, conforme local indicado na autorização prévia, ressalvados os casos de urgência ou de emergência.

9.10 É facultado à **CONTRATADA** direcionar a realização de exames, internações e demais procedimentos a prestadores específicos, respeitando os prazos máximos de garantia de atendimento contemplados na regulamentação da ANS, independente de possuir ou não outros prestadores credenciados disponíveis em sua rede.

9.11 O Beneficiário deverá requerer, à **CONTRATADA**, seja emitida autorização prévia para realização dos atendimentos garantidos por este Contrato, à exceção de consultas e exames/procedimentos simples.

9.12 Serão considerados exames/procedimentos simples, terapias simples e demais procedimentos ambulatoriais simples, para fins deste contrato, os relacionados nos ANEXOS CONTRATUAIS.

9.13 A **CONTRATANTE** e a **CONTRATADA** poderão ampliar a relação de exames/procedimentos simples prevista neste Contrato, mediante acordo entre as partes.

9.14 Os exames/procedimentos, terapias e demais procedimentos ambulatoriais não relacionados nesse item, serão considerados especiais para os fins deste Contrato.

9.15 A autorização prévia deverá ser obtida nos postos de autorização da **CONTRATADA**.

9.16 Para autorização de cada procedimento coberto a **CONTRATADA** exigirá a apresentação de documentação específica. A relação dos documentos exigidos pela **CONTRATADA** para autorização de cada procedimento pode ser obtida no portal da **CONTRATADA** na internet ou em suas centrais de atendimento.

9.17 A cobertura dos procedimentos ambulatoriais ou hospitalares somente será garantida quando apresentada toda a documentação exigida.

9.18 Além da documentação específica mencionada anteriormente, para internações eletivas, o Beneficiário deverá procurar a **CONTRATADA**, antes de se dirigir à rede credenciada, devendo apresentar o pedido de internação, firmado pelo médico assistente, justificando as razões da internação, indicando o diagnóstico, o tratamento prescrito, a duração prevista da internação, quando a **CONTRATADA** emitirá uma

guia de internação, com prazo previamente estabelecido, que poderá ser prorrogado mediante solicitação de prorrogação emitida pelo médico assistente.

9.19 Em caso de necessidade de prorrogação do prazo de internação previamente autorizado, o Beneficiário, ou quem por ele responda, deverá apresentar à **CONTRATADA** a solicitação de prorrogação emitida pelo médico assistente, com justificativa, o que também poderá ser feito via fax.

9.20 Por ocasião da concessão de autorização prévia, a **CONTRATADA** garantirá, ao Beneficiário, atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de 01 (um) dia útil, a partir do momento de sua solicitação.

9.21 É facultado a **CONTRATADA** requisitar ao Beneficiário ou ao médico assistente documentações, informações adicionais e/ou perícia médica, ficando o beneficiário obrigado a apresentar as informações solicitadas e a comparecer na perícia da **CONTRATADA**.

9.22 Em caso de divergência médica na concessão da autorização prévia, será garantida a instauração de junta médica, para definição do impasse, constituída pelo profissional solicitante do procedimento ou nomeado pelo Beneficiário, por médico da **CONTRATADA** e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da **CONTRATADA**.

9.23 Caso o Beneficiário escolha um profissional não pertencente à rede credenciada do plano, os honorários desse profissional serão de responsabilidade do Beneficiário.

9.24 Nos casos de urgência ou emergência, o Beneficiário, ou quem por ele responda, terá o prazo de 02 (dois) dias úteis contados da data da realização do atendimento para providenciar os documentos que deveriam ser apresentados para a autorização prévia mencionados, sob pena da **CONTRATADA** não se responsabilizar por quaisquer despesas.

9.25 A **CONTRATADA** não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelos Beneficiários com o prestador do atendimento, correndo tais despesas por conta exclusiva do Beneficiário.

9.26 Embora a cobertura contratual esteja restrita aos serviços realizados por profissionais credenciados pela **CONTRATADA**, constantes no Guia Rede Norden, ressalvada a hipótese de reembolso para os casos de urgência e emergência, é admitido que os serviços possam ser solicitados por profissionais legalmente

habilitados não credenciados. Nesse caso, deve o Beneficiário dirigir-se à sede da **CONTRATADA** para transcrição do pedido para a guia padronizada, denominada TISS, e indicação do profissional credenciado a realizar os procedimentos solicitados.

CLÁUSULA DÉCIMA – FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

10.1 O Plano contratado será custeado em regime de preço “pré-estabelecido”, nos termos da Resolução Normativa nº 85/04 da ANS (Anexo II, item 11, número 1) e alterações posteriores.

10.2 Em virtude dos serviços previstos neste instrumento, a **CONTRATANTE** deverá pagar à **CONTRATADA**, uma contraprestação pecuniária mensal (mensalidade) para cada Beneficiário inscrito, definidas em função do número de Beneficiários inscritos e das faixas etárias em que se enquadrarem (ou do valor estabelecido nos ANEXOS, caso seja fixado preço único).

10.3 Para cobrança do valor de mensalidade e dos eventuais valores de coparticipação devidos em função das internações ocorridas no tratamento dos transtornos psiquiátricos, a **CONTRATADA** enviará, ao **CONTRATANTE**, fatura de cobrança, que deverá ser quitada até o dia do mês estabelecido nos ANEXOS, sendo essa a respectiva data de vencimento da obrigação, facultando-se à **CONTRATADA**, quando julgar conveniente, emitir e sacar duplicata referente aos serviços contratados.

10.3.1 Quando a data de vencimento cair em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser realizado até o primeiro dia útil subsequente, sendo reconhecido como comprovante de pagamento qualquer documento determinado pela **CONTRATADA**.

10.4 As faturas emitidas pela **CONTRATADA** terão por base o número de Beneficiários informado pelo **CONTRATANTE**. Na falta de comunicação, em tempo oportuno, de inclusão ou de exclusão de Beneficiários, a fatura se baseará nos dados disponíveis no período, realizando-se os acertos nas faturas subsequentes.

10.5 A **CONTRATADA** poderá adotar modalidade diversa de cobrança, conforme melhor lhe aprouver, mediante comunicação prévia.

10.6 Se a **CONTRATANTE** não receber documento que o possibilite realizar o pagamento de sua obrigação, em até 5 (cinco) dias antes da data do vencimento, deverá requerer segunda via junto à **CONTRATADA**, que enviará nova cobrança.

10.7 A perda, extravio ou não recebimento do instrumento de cobrança não desobriga a **CONTRATANTE** de efetuar o seu pagamento no prazo de vencimento mensal.

10.8 O recebimento pela **CONTRATADA** de parcelas em atraso constituirá mera tolerância, não implicando novação contratual ou transação.

10.9 O pagamento antecipado das mensalidades não elimina nem reduz os períodos de carência deste Contrato.

10.10 O pagamento dos valores devidos à **CONTRATADA** referente a um determinado mês não significa estarem pagos ou quitados débitos anteriores.

10.11 No ato da assinatura deste Contrato, a **CONTRATANTE** pagará à **CONTRATADA** uma taxa de implantação, no valor estabelecido nos ANEXOS por Beneficiário inscrito. A taxa de implantação também será cobrada das novas adesões.

10.12 Ocorrendo impontualidade no pagamento dos valores de responsabilidade da **CONTRATANTE**, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculados dia a dia, e multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado, sem prejuízo da eventual cobrança judicial de indenização por perdas e danos, conforme o caso.

10.13 A **CONTRATADA** se reserva o direito de cobrar os débitos não quitados por todos os meios legais cabíveis, inclusive promovendo a respectiva cobrança por meio de instituições financeiras e inscrição em órgãos de proteção ao crédito.

10.14 Do pagamento do Beneficiário

10.14.1 A **CONTRATANTE** é responsável pelo pagamento diretamente à **CONTRATADA**, o que não exime o Beneficiário de arcar com as parcelas de sua responsabilidade perante a **CONTRATANTE**.

10.14.2 A **CONTRATANTE** e o Beneficiário deverão acordar a data de pagamento de suas contribuições, sendo que o atraso no pagamento ensejará o direito da **CONTRATANTE** solicitar à **CONTRATADA** a suspensão de cobertura e/ou exclusão do Beneficiário inadimplente e dos dependentes a ele vinculado.

10.14.3 Ocorrendo impontualidade no pagamento dos valores devidos pelo Beneficiário à **CONTRATANTE**, ensejará o direito desta de exigir, juros de mora de

1% (um por cento) ao mês, calculados dia a dia, e multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado, sem prejuízo da eventual cobrança judicial de indenização por perdas e danos, conforme o caso.

10.14.4 Após a quitação do débito do Beneficiário excluído por inadimplência, poderá a **CONTRATANTE** solicitar a sua reinclusão. Caso a nova admissão ocorra em prazo superior a 30(trinta) dias de sua exclusão, deverá cumprir novos prazos de carência, nos termos estabelecidos neste Contrato.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – REAJUSTE

11.1 O reajuste a incidir sobre o valor da mensalidade será anual, tendo como data-base de aniversário o mês de início de vigência contratual, indicado nos ANEXOS.

11.2 Caso nova legislação venha a autorizar o reajustamento em período inferior a 12 (doze) meses, essa terá aplicação imediata sobre este Contrato.

11.3 A aplicação dos reajustes será comunicada à ANS.

11.4 Os valores relativos à taxa de inscrição serão reajustados pelo índice obtido para reajuste das mensalidades.

11.5 Independente da data de adesão do Beneficiário, os valores de suas contribuições terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência deste Contrato, entendendo esta como data base única.

11.6 Além da modalidade de reajuste prevista nesta cláusula, devem-se observar as regras de reajuste por faixa etária previstas neste instrumento, que ocorrem no mês subsequente ao aniversário do Beneficiário, exceto se a mensalidade for fixada em preço único.

11.7 A mensalidade será reajustada de acordo com o índice de reajuste obtido através da seguinte fórmula:

$$\text{Reajuste} = (1 + \text{Máximo}(0; RT)) \times (1 + RF) - 1$$

Onde:

RF (Reajuste Financeiro): corresponderá à variação positiva do índice previsto nos ANEXOS, acumulada nos últimos 12 (doze) meses, e com retroatividade de 02

(dois) meses do aniversário deste Contrato, sendo que na falta deste, o reajuste se dará através de outro índice oficial que vier a substituí-lo.

RT (Reajuste Técnico): determinado em função da sinistralidade deste Contrato, apurado de acordo com a seguinte expressão:

$$RT = S/S_m - 1$$

Onde:

S = sinistralidade (relação entre as despesas assistenciais e as receitas de contribuição deste Contrato), apurada no mesmo período considerado para determinação do RF.

S_m = meta de sinistralidade de 75% (setenta e cinco por cento)

11.8 Excepcionalmente, poderá a administração da **CONTRATADA**, optar por percentual de reajuste menor que o obtido através da fórmula acima, em face de negociação com a **CONTRATANTE**.

11.9 As partes poderão, de comum acordo e após a apuração dos índices e valores obtidos através dos cálculos expostos na fórmula supracitada, optar por um aporte financeiro suficiente para saldar os valores das despesas atribuíveis à sinistralidade apurada no período.

11.10 Das regras para os contratos agrupados:

11.10.1 Conforme o número de beneficiários vinculados ao presente Contrato, o reajuste a ser aplicado levará em consideração as utilizações decorrentes da carteira de beneficiários vinculada a este instrumento ou o agrupamento de todos os contratos de planos de saúde coletivos empresariais e coletivos por adesão vinculados a esta operadora com menos de 30 beneficiários, hipótese que poderá ser desmembrado em sub-agrupamentos, observada a legislação a esse respeito.

11.10.2 A primeira data a ser considerada para a apuração da quantidade de beneficiários será a de assinatura deste instrumento e as datas seguintes considerarão o número de beneficiários apurado no mês de seu aniversário.

11.10.3 No mês de março de cada ano, a **CONTRATADA** identificará os contratos de planos coletivos em vigor que deverão ser agrupados para efeito de reajuste, considerando o número de beneficiários vinculados a cada contrato em sua última data de aniversário, ainda que esse número se altere posteriormente.

11.10.4 A mensalidade será reajustada de acordo com o índice de reajuste estabelecido para cada sub-agrupamento de planos adotado pela **CONTRATADA**, divulgado em seu site, que será no máximo o percentual obtido através da seguinte fórmula:

$$\text{Reajuste} = (1 + \text{Máximo} (0; \text{RT})) \times (1 + \text{RF}) - 1$$

Onde:

RF (Reajuste Financeiro): corresponderá à variação positiva do IPCA – Índice de Preço ao Consumidor Amplo, divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, acumulada no período de abril do exercício antecedente a março do exercício da divulgação do índice de reajuste.

RT (Reajuste Técnico): determinado em função da sinistralidade dos contratos sub-agrupados, apurado de acordo com a seguinte expressão:

$$\text{RT} = \text{S}/\text{Sm} - 1$$

Onde:

S = sinistralidade (relação entre as despesas assistenciais e as receitas de contribuição dos contratos sub-agrupados), apurada no mesmo período considerado para determinação do RF.

Sm = meta de sinistralidade de **75%** (setenta e cinco por cento)

11.10.5 Os percentuais de reajuste definidos, que será o percentual máximo obtido conforme fórmula acima, serão divulgados no site da **CONTRATADA** até o 1º dia útil do mês de maio de cada ano, podendo ser aplicados a partir dessa data até abril do ano seguinte, sempre observando a data de aniversário de cada contrato.

11.10.6 Excepcionalmente, poderá a administração da **CONTRATADA** optar por percentual de reajuste menor que o obtido através da fórmula acima, em face de circunstâncias administrativas, comerciais e análise de viabilidade. Nesse caso, o percentual definido pela **CONTRATADA** é que será divulgado no seu portal na internet e servirá para aplicação em todos os contratos do respectivo sub-grupamento.

11.10.7 Na falta do índice que compõe o reajuste, deverá ser considerado o índice oficial que vier a substituí-lo.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - FAIXA ETÁRIA

12.1 As mensalidades foram fixadas em função da idade do Beneficiário inscrito, de acordo com as faixas etárias e percentuais de reajustes incidentes em cada uma delas, conforme estabelecido nos ANEXOS.

12.2 Quando a alteração da idade importar em deslocamento para a faixa superior, as mensalidades serão alteradas, automaticamente, no mês seguinte ao do aniversário do Beneficiário, pelo percentual de reajuste estabelecido para a faixa etária subsequente.

12.3 Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária não se confundem com o reajuste financeiro anual.

12.4 Os percentuais de variação em cada mudança de faixa etária são fixados observadas as seguintes condições:

- a) O valor fixado para a última faixa etária não pode ser superior a 6 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária;
- b) A variação acumulada entre a 7ª (sétima) e a 10ª (décima) faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a 1ª (primeira) e a 7ª (sétima) faixas;
- c) As variações por mudança de faixa etária não podem apresentar percentuais negativos.

12.5 Em decorrência da aplicação do disposto no Estatuto do Idoso - Lei nº 10.471/03, em específico no seu art. 3º, não será aplicado reajuste por faixa etária ao Beneficiário com 60 (sessenta) anos de idade ou mais, permanecendo apenas a aplicação do reajuste financeiro anual previsto neste Contrato, conforme normas e índices determinados pelo órgão oficial competente, seja a ANS ou outro que vier a substituí-la, ou ainda pelo índice estabelecido neste Contrato.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

13.1 Caberá à **CONTRATANTE** solicitar a suspensão da cobertura ou a exclusão de Beneficiários, inclusive nas seguintes situações:

- a) Perda da qualidade de Titular;
- b) Perda da qualidade de Dependente, no caso do Beneficiário deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição previstas neste instrumento, ou quando deixar de entregar os documentos comprobatórios exigidos para sua manutenção como Dependente;
- c) Inadimplência do Beneficiário.

13.2 A **CONTRATADA** só poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos Beneficiários, sem a anuência da **CONTRATANTE**, nas seguintes hipóteses:

- a) Em caso de fraude ao Plano, sendo que, em caso de fraude relacionada à doença ou lesão pré-existente será instaurado processo administrativo junto à ANS, para apuração da fraude, nos termos da legislação vigente;
- b) Perda da qualidade de Titular;
- c) Perda da qualidade de Dependente, no caso do Beneficiário deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição previstas neste instrumento ou quando deixar de entregar os documentos comprobatórios exigidos para sua manutenção como Dependente.

13.3 A exclusão do Beneficiário Titular implicará na automática exclusão de todos os seus Dependentes, exceto nos casos expressamente previstos neste Instrumento.

13.4 O cancelamento da inscrição, nos termos tratados neste Contrato, não exime o Beneficiário de quitar eventuais débitos com o PLANO, incluídos os valores de contribuição mensal e de coparticipação.

13.5 O Beneficiário Dependente que for excluído do presente Contrato poderá firmar Contrato em seu próprio nome, em até 30 (trinta) dias, contados da data de exclusão neste instrumento, aproveitando as carências já cumpridas, exceto na hipótese de exclusão do dependente por inadimplência ou fraude comprovada, quando deverá quitar os débitos existentes e cumprir novos períodos de carência. Essa faculdade somente será admitida quando a **CONTRATADA** possuir planos Individuais/Familiares ativos para comercialização vigente na época da solicitação.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – RESCISÃO/SUSPENSÃO

14.1 Sem prejuízo das penalidades previstas em lei, além das infrações especificamente previstas nesta avença, o presente Contrato poderá ser rescindido, de acordo com o disposto na Lei n.º 9.656/1998, sem que caiba direito a qualquer indenização à **CONTRATANTE**, a qualquer tempo, nas hipóteses seguintes:

- a) Inadimplência da **CONTRATANTE**, por período superior a 30 (trinta) dias, independente de notificação, sem prejuízo do direito da **CONTRATADA** de requerer judicialmente a quitação do débito, com suas consequências moratórias;
- b) Fraude comprovada e/ou dolo da **CONTRATANTE**;
- c) Descumprimento da **CONTRATANTE** às cláusulas e condições deste Contrato;
- d) Falência, insolvência civil ou qualquer outra forma de liquidação judicial ou extrajudicial da **CONTRATANTE**;
- e) Se não for mantido o número mínimo de Beneficiários estabelecido para manutenção deste contrato, conforme prevê a Cláusula Condições de Admissão, ressalvado o disposto no parágrafo abaixo.

14.2 Na hipótese de redução do número de Beneficiários ficar abaixo do limite estabelecido na cláusula Condições de Admissão, a **CONTRATADA** poderá, a seu critério, manter vigência temporária adicional, para que seja reconstituído o mínimo contratualmente estabelecido. Caberá a (o) **CONTRATANTE** pagar o equivalente à média per capita das mensalidades, multiplicada pelo número de Beneficiários faltantes.

14.3 Independente do direito de rescindir o Contrato após 30 (trinta) dias de inadimplência, a **CONTRATADA** poderá ainda suspender os atendimentos após 10 (dez) dias sucessivos de falta de pagamento.

14.4 Após o término do prazo mínimo de vigência contratual, é facultado a qualquer das partes denunciarem o Contrato, mediante comunicação escrita e protocolada, dirigida à outra parte, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

14.5 Caso a **CONTRATANTE** manifeste intenção de rescindir o presente Contrato, antes do término do prazo mínimo de vigência contratual, fica obrigado ao pagamento, a título de multa pecuniária, do valor correspondente ao especificado nos ANEXOS, ressalvado o direito da **CONTRATADA** de exigir complemento do valor caso o

prejuízo suportado seja superior ao montante da multa acima especificada, na forma do Código Civil vigente.

14.6 Em nenhuma hipótese haverá restituição do valor pago pela **CONTRATANTE** para o Beneficiário fazer jus às coberturas definidas neste instrumento.

14.7 Não será admitida a inclusão ou exclusão de Beneficiários durante o prazo de aviso prévio descrito neste Contrato.

14.8 A **CONTRATADA** reserva-se ao direito de cobrar da **CONTRATANTE**, pelos meios legais cabíveis, eventuais despesas decorrentes de atendimento prestado ao Beneficiário Titular e a seus Dependentes, após a rescisão do Contrato, restando-se cessadas as responsabilidades da **CONTRATADA**.

14.9 Em quaisquer das hipóteses de suspensão ou rescisão, havendo beneficiários em período de internação, compromete-se a **CONTRATANTE** a arcar integralmente com as respectivas despesas, até que ocorra a alta hospitalar do beneficiário inscrito neste contrato.

14.10 É responsabilidade da **CONTRATANTE** comunicar, com antecedência, aos beneficiários inscritos no plano a rescisão deste contrato.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DA PROTEÇÃO DE DADOS

15.1 Para os fins desta Cláusula, são considerados:

- a) “Dados Pessoais”: qualquer informação relativa a uma pessoa singular identificada ou identificável (“Titular” ou “Titular dos Dados”); é considerada identificável uma pessoa singular que possa ser identificada direta ou indiretamente, em especial por referência a um identificador, como por exemplo um nome, um número de identificação, dados de localização, identificadores por via eletrônica ou a um ou mais elementos específicos da identidade física, fisiológica, genética, mental, econômica, cultural ou social dessa pessoa singular;
- b) “Representante do Titular dos Dados”: Um dos pais ou o representante legal, conforme aplicável, para a coleta de consentimento quando ocorrer o Tratamento de Dados Pessoais da Criança.
- c) “Criança”: Em observância ao art. 2º do Estatuto de Criança e do Adolescente – ECA, a pessoa até 12 (doze) anos de idade incompletos.

- d) "Tratamento": Qualquer operação ou conjunto de operações efetuadas sobre Dados Pessoais ou sobre conjuntos de Dados Pessoais, por meios automatizados ou não, tais como a coleta, o registro, a organização, a estruturação, a conservação, a adaptação ou alteração, a recuperação, a consulta, a utilização, a divulgação por transmissão, difusão ou qualquer outra forma de disponibilização, a comparação ou interconexão, a limitação, a eliminação ou a destruição.
- e) "Controlador": Parte que determina as finalidades e os meios de Tratamento de Dados Pessoais. No presente Contrato **CONTRATANTE** e **CONTRATADA** ("Partes") são Controladores.
- f) "Operador": Parte que trata Dados Pessoais de acordo com as instruções do Controlador. No presente Contrato, Operador será o terceiro que poderá ser contratado por qualquer das Partes.
- g) "Incidente de Segurança": Acessos não autorizados, situações acidentais ou ilícitas de destruição, perda, alteração, comunicação ou qualquer forma de Tratamento inadequado ou ilícito dos Dados Pessoais.
- h) "LGPD" significa a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei nº 13.709/2018);

15.2 As Partes reconhecem e concordam que, no que diz respeito ao Tratamento dos Dados Pessoais, cada Parte atua como um controlador em relação a tal Tratamento e não se pretende que qualquer Parte atue como um operador para a outra Parte em relação a qualquer atividade de tratamento de referidos dados.

15.3 As Partes declaram, por este instrumento, que cumprem toda legislação aplicável sobre privacidade e proteção de dados, inclusive, sempre e quando aplicável, a Constituição Federal, o Código de Defesa do Consumidor, o Código Civil, o Marco Civil da Internet (Lei n. 12.965/2014), seu decreto regulamentador (Decreto 8.7771/2016), a Lei Geral de Proteção de Dados (Lei n. 13.709/2018), e demais normas setoriais ou gerais sobre o tema ("Legislação Aplicável").

15.4 Cada Parte deverá assegurar que quaisquer Dados Pessoais que forneça à outra Parte tenham sido coletados em conformidade com a Legislação Aplicável. As Partes deverão tomar as medidas necessárias, incluindo fornecer informações adequadas aos titulares de dados e garantir a existência de uma base legal, para que a outra Parte tenha o direito de receber tais Dados Pessoais para os fins previstos neste Contrato.

15.5 A Parte que receber os Dados Pessoais fornecidos pela outra Parte deverá tratar os Dados Pessoais somente na medida do necessário para atingir a finalidade pela

qual os Dados Pessoais foram fornecidos e para cumprimento das obrigações previstas no presente Contrato. As Partes reconhecem que os Dados Pessoais também poderão ser tratados caso necessários para cumprimento de obrigação legal ou regulatória a qual a Parte esteja sujeita no Brasil ou para o exercício de direitos em processos judiciais, administrativos e arbitrais.

15.6 Cada Parte deverá usar os esforços razoáveis para assegurar que quaisquer Dados Pessoais que forneça à outra Parte sejam precisos e atualizados.

15.7 Durante a vigência deste Contrato e sem prejuízo do cumprimento de obrigações previstas na Legislação Aplicável, as Partes observarão, no mínimo, os seguintes padrões de segurança:

- a) Estabelecer registros de controle sobre o acesso aos Dados Pessoais mediante a definição de responsabilidades das pessoas que terão possibilidade de acesso e de privilégios de acesso exclusivo para determinados responsáveis;
- b) Mecanismos de autenticação de acesso, usando, por exemplo, sistemas de autenticação dupla para assegurar a individualização do responsável pelo Tratamento dos Dados Pessoais, bem como a adoção de técnicas que garantam a inviolabilidade dos Dados Pessoais, prevendo no mínimo a encriptação;
- c) Inventário detalhado dos acessos aos Dados Pessoais, contendo o momento, a duração, a identidade do funcionário ou do responsável pelo acesso, inclusive quando tal acesso é feito para cumprimento das obrigações legais ou determinações por parte de autoridades;

15.8 As Partes deverão manter sigilo em relação aos Dados Pessoais tratados em virtude deste Contrato, garantindo que todas as pessoas autorizadas a tratar tais dados estejam comprometidas, de forma expressa e por escrito, estejam sujeitas ao dever de confidencialidade, bem como devidamente instruídas e capacitadas para o Tratamento de Dados Pessoais.

15.9 Na hipótese em que uma Parte não tenha condições isoladas para realizar o cumprimento das obrigações previstas na Legislação Aplicável em relação aos direitos dos titulares, cada Parte deverá auxiliar a outra, de imediato, visando:

- a) Confirmação da existência de tratamento;
- b) Informação sobre acesso aos dados;
- c) Correção de dados incompletos, inexatos ou desatualizados;

- d) Anonimização, bloqueio ou eliminação de dados desnecessários, excessivos ou tratados em desconformidade com a lei;
- e) Portabilidade dos dados;
- f) Eliminação dos dados pessoais tratados com o consentimento, quando aplicável;
- g) Elaboração de relatórios de impacto à proteção dos Dados Pessoais;
- h) Informação sobre a possibilidade de não fornecimento do consentimento e sobre as consequências da negativa;
- i) Revogação do consentimento;
- j) Revisão de decisões automatizadas tomadas com base no tratamento de dados pessoais.

15.10 Cada Parte deverá informar, de maneira imediata, à outra Parte, qualquer solicitação de correção, eliminação, anonimização ou bloqueio dos Dados Pessoais, que tenha recebido do titular, para que seja repetido idêntico procedimento em relação à própria Parte ou com quaisquer terceiros que tenham recebido os Dados Pessoais do titular em virtude da existência deste Contrato, visando o atendimento da Legislação Aplicável, exceto nos casos em que o envio desta informação seja comprovadamente impossível ou implique esforço desproporcional.

15.11 As Parte se comprometem a, antes da coleta, acesso, uso e transferência dos Dados Pessoais, justificar a operação em uma das bases legais previstas na LGPD para que o Tratamento seja realizado legitimamente.

15.12 As Partes expressamente se comprometem a tratar os Dados Pessoais sensíveis que lhes forem confiados ou que eventualmente sejam tratados na relação direta com o titular em estrita observância das regras específicas previstas na Legislação Aplicável, incluindo, mas não se limitando à LGPD.

15.13 As Partes se comprometem a tratar os Dados Pessoais de Crianças e adolescentes em observância do disposto no art. 14, da LGPD.

15.14 Cada uma das Partes será a única responsável, independentemente da necessidade de comprovação de culpa, por eventuais Incidentes de Segurança que venham a ocorrer em relação aos Dados Pessoais tratados sob sua responsabilidade.

15.15 Caso uma das Partes seja demandada por qualquer pessoa, autoridade ou entidade, pública ou privada, em razão do Incidente de Segurança, fica garantido a essa Parte o direito de chamamento ou denúncia à lide, nos termos do Código de Processo Civil;

15.16 Em caso de Incidente de Segurança envolvendo Dados Pessoais obtidos em decorrência deste Contrato, independentemente do motivo que o tenha ocasionado, deverão as Partes, imediatamente, comunicarem-se mutuamente, através de notificação formal, certificando-se do recebimento, contendo no mínimo as seguintes informações:

- a) data e hora do Incidente de Segurança;
- b) data e hora da ciência pela Parte notificante;
- c) relação dos tipos de dados afetados pelo Incidente de Segurança;
- d) quantidade e relação de Titulares afetados pelo Incidente de Segurança;
- e) dados e informações de contato do Encarregado de Proteção de Dados (DPO) para fornecer outras informações sobre o Incidente de Segurança;
- f) descrição das possíveis consequências do Incidente de Segurança;
- g) indicação das medidas adotadas, em andamento, e futuras para reparar o dano e evitar novos Incidentes de Segurança;

15.17 Caso a Parte não disponha de todas as informações elencadas no item anterior no momento do envio da notificação, deverá encaminhá-las gradualmente, desde que o envio de todas as informações não exceda o prazo de 24 (vinte e quatro) horas a partir da ciência do incidente.

15.18 As Partes disponibilizarão toda a documentação necessária para demonstrar o cumprimento às obrigações estabelecidas neste Contrato e/ou na Legislação Aplicável, em período previamente combinado entre as Partes. Fica garantido às Partes o direito a realização de pelo menos uma auditoria semestral nos sistemas uma da outra, com o objetivo de verificar medidas e controles de segurança da informação e adequação do Tratamento de Dados Pessoais ao objeto e às obrigações do presente Contrato.

15.19 O relatório de auditoria deverá ser enviado à Parte auditada e à Parte solicitante, simultaneamente, e deverá ser considerada confidencial, podendo as Partes apenas divulgá-lo a seus respectivos assessores legais.

15.20 Os custos da auditoria deverão ser suportados pela Parte solicitante.

15.21 As Partes se comprometem a tomar todas as medidas para garantir que quaisquer vulnerabilidades de sistema, processos, governança e outros apontados no relatório de auditoria sejam tratados adequadamente, devendo preparar um plano de ação com cronograma razoável para a realização de referidas atividades, sem

prejuízo da Parte solicitante decidir pela rescisão deste Contrato, uma vez consideradas graves as irregularidades verificadas.

15.22 Caso requerido por uma das Partes e não havendo a rescisão deste Contrato, referido plano de ação deverá ser compartilhado com a outra Parte, devendo a Parte auditada enviar a cada período trimestral uma atualização de status para atendimento a todos os pontos constantes do plano de ação.

15.23 caso uma Parte tenha necessidade de compartilhar com terceiros os Dados Pessoais recebidos pela outra Parte, independentemente do motivo, deverá referida Parte impor a tais terceiros o dever de, no mínimo, cumprir com as obrigações estabelecidas neste Contrato bem como na Legislação Aplicável, sendo inclusive, responsável, perante a outra Parte, pelas atividades de Tratamento de Dados Pessoais exercidas pelo terceiro contratado e por eventuais Incidentes de Segurança.

15.24 Ao término da relação entre as Partes, cada Parte deverá, em caráter definitivo, eliminar, anonimizar e/ou bloquear acesso aos Dados Pessoais que tiverem sido tratados em decorrência do Contrato, salvo se referida Parte tiver base legal, de acordo com a Legislação Aplicável, para continuar o tratamento dos Dados Pessoais.

15.25 Em caso de descumprimento de qualquer obrigação prevista nesta Cláusula ou em caso de Incidente de Vazamento que imponha o dever à Parte inocente de indenizar o titular dos Dados Pessoais ou quaisquer terceiros, ficará a Parte infratora com a obrigação de reparar eventuais perdas e danos, as quais não estarão sujeitas a qualquer limite, ainda que disposto de outra forma no Contrato ou em qualquer outro instrumento firmado pelas Partes.

15.26 Na hipótese de qualquer alteração aos termos previstos nesta Cláusula, as Partes deverão celebrar aditivo contratual, por escrito, formalizando a mudança acordada.

15.27 Do consentimento para tratamento de dados pessoais.

15.27.1 A **CONTRATANTE** por meio do presente instrumento se compromete a obter junto aos Beneficiários a manifestação livre, informada e inequívoca pela qual eles consentem e concordam que a **CONTRATADA** realize o tratamento de seus dados pessoais para finalidade específica, em conformidade com a Lei nº 13.709/2018 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), tomando decisões referentes ao tratamento de seus dados pessoais, realizando operações como as que se referem a coleta, produção, recepção, classificação, utilização, acesso, reprodução,

transmissão, distribuição, processamento, arquivamento, armazenamento, eliminação, avaliação ou controle da informação, modificação, comunicação, transferência, difusão ou extração.

15.27.2 Sendo assim, a **CONTRATANTE** garante que a **CONTRATADA** está autorizada a tomar decisões referentes ao tratamento e a realizar o tratamento dos dados pessoais dos Beneficiários, cujo tratamento já está respaldado por base legal, regulamentar ou contratual também para as seguintes finalidades:

15.27.3 Possibilitar que a **CONTRATADA** envie ou forneça ao Beneficiário seus produtos, serviços e benefícios advindos de convênio ou contrato com terceiros, de forma remunerada ou gratuita;

15.27.4 Possibilitar que a **CONTRATADA** estruture, teste, promova e faça propaganda de produtos e serviços, personalizados ou não ao perfil do Beneficiário;

15.27.5 A **CONTRATANTE** assegura que colherá o consentimento dos Beneficiários para que a **CONTRATADA** esteja autorizada a compartilhar os seus dados pessoais com outros agentes de tratamento de dados, caso seja necessário para as finalidades listadas nesta Cláusula, observados os princípios e as garantias estabelecidas pela Lei nº 13.709/2018.

15.28 A **CONTRATADA** responsabiliza-se pela manutenção de medidas de segurança, técnicas e administrativas aptas a proteger os dados pessoais de acessos não autorizados e de situações acidentais ou ilícitas de destruição, perda, alteração, comunicação ou qualquer forma de tratamento inadequado ou ilícito.

15.29 A **CONTRATANTE** assegura, por meio do consentimento a ser colhido junto aos Beneficiários, que a **CONTRATADA** poderá manter e tratar os dados pessoais daqueles durante todo o período em que estes forem pertinentes ao alcance das finalidades listadas nesta Cláusula.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DO COMPLIANCE

16.1 - As Partes declaram que conhecem todas as leis nacionais e internacionais às quais estão submetidas, bem como aquelas a elas aplicáveis em decorrência deste Contrato e, adicionalmente, garantem que cumprem e que continuarão cumprindo aquelas que tenham por finalidade, no âmbito público ou privado, o combate à prática de corrupção, suborno, lavagem de dinheiro, ocultação de bens, direitos e valores, crimes contra a administração pública nacional ou estrangeira, terrorismo, violações à defesa da livre concorrência, legislação antitruste, e demais temas correlatos, incluindo, mas não se limitando, ao Decreto Lei nº 2.848/1940, a Lei nº 8.429/1992, a Lei nº 8.666/1993, a Lei nº 9.613/1998, a Lei nº 12.529/2011, e a Lei nº 12.846, de

2013, juntamente com suas regras e regulamentos, conforme alterados de tempos em tempos ("Leis Anticorrupção") e que não praticarão, direta ou indiretamente, por si ou por terceiros, por ação ou omissão e em relação a este Contrato, qualquer ato que constitua uma violação das Leis Anticorrupção ou que de outro modo faça com que a outra Parte ou seus diretores, conselheiros, empregados, controladas e/ou qualquer outra pessoa, física ou jurídica, atuando para ou em seu nome ("Representantes"), violem as Leis Anticorrupção.

16.2 As Partes se obrigam, de qualquer forma, com relação a qualquer operação ou negócio relativo a este Contrato, a não atuar para influenciar a obtenção de negócios ou vantagens para si ou para a outra Parte em violação às Leis Anticorrupção, notadamente por meio, seja direta ou indiretamente, de qualquer Agente Público.

16.3 Para fins deste Contrato, Agente Público significa: (i) qualquer diretor ou funcionário, nomeado ou eleito, de um governo local, estadual, regional, federal ou multinacional, ou qualquer departamento, agência ou ministério de um governo; (ii) qualquer pessoa física que, embora temporariamente ou sem pagamento, detenha sob qualquer forma um cargo, emprego ou função pública; (iii) qualquer diretor ou funcionário de uma Organização Internacional Pública, como as Nações Unidas ou o Banco Mundial; (iv) qualquer pessoa física atuando em uma capacidade oficial para ou em nome de uma agência, departamento ou ministério do governo ou uma Organização Internacional Pública; (v) um partido político, funcionário de partido político ou qualquer candidato a cargo político; (vi) qualquer diretor ou funcionário de uma empresa detida ou controlada pelo estado, bem como empresas que desempenhem uma função governamental (como de aeroporto ou porto marítimo, serviços públicos, energia, água ou eletricidade); ou (vii) qualquer membro de uma família real, incluindo pessoas que não possuam autoridade formal, mas possam influenciar em interesses empresariais.

16.4 Caso uma Parte viole quaisquer declarações ou garantias contidas nesta Cláusula em relação ao Contrato, a Parte violadora se obriga a notificar imediatamente por escrito à outra Parte.

16.5 As Partes se obrigam a manter livros, contas, registros e documentos relativos ao Contrato, e quando houver fundada suspeita de e/ou uma violação às Leis Anticorrupção no âmbito das atividades, operações, serviços e trabalhos vinculados ao presente Contrato, concordam em conceder uma à outra o direito de, mediante notificação por escrito devidamente fundamentada, por si ou por terceiros renomados, como contadores ou advogados contratados pela Parte solicitante, o que não deverá

ser negado de forma não razoável pela Parte solicitada, solicitar, analisar e revisar procedimentos e Documentação-suporte relacionados a presente contratação, devendo também disponibilizar seus funcionários, diretores e conselheiros para esclarecimentos presenciais, na medida em que razoavelmente necessário, para verificar o cumprimento do disposto nas Leis Anticorrupção e/ou no Contrato. Todas as informações obtidas deverão ser tratadas como confidenciais e usadas exclusivamente para os fins acima. Todos e quaisquer custos incorridos por qualquer parte nesse processo deverão ser arcados pela Parte Solicitante.

16.7 Cada Parte concorda que nenhuma disposição contida neste Contrato deverá impedir a divulgação integral de informações a respeito de uma violação das Leis Anticorrupção por qualquer Parte, a qualquer momento, a uma autoridade com jurisdição e responsabilidade para investigar ou executar as Leis Anticorrupção, preservando-se ao máximo as informações confidenciais, o direito de defesa e a reputação dos envolvidos. A Parte que resolver divulgar informações deverá comunicar previamente o fato à outra Parte por escrito.

16.8 Qualquer falha em cumprir as disposições desta Cláusula ou qualquer violação das Leis Anticorrupção por qualquer Parte ou seus Representantes será considerada uma violação a este Contrato e, mediante notificação por escrito à Parte violadora a esse respeito, a outra Parte poderá rescindir este Contrato com efeito imediato e sem qualquer direito da Parte violadora receber indenização. Cada uma das Partes se compromete a indenizar e isentar a outra Parte de quaisquer reivindicações, ações, investigações, perdas e danos, penalidades e multas de qualquer tipo, resultantes de comprovada violação das disposições contidas nesta Cláusula, devendo esta disposição subsistir a qualquer rescisão do Contrato.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – DISPOSIÇÕES GERAIS

17.1 Para os efeitos deste Contrato, são adotadas as seguintes definições:

a) **ACIDENTE PESSOAL:** evento ocorrido em data específica, provocado por agentes externos ao corpo humano, súbitos e involuntários e causadores de lesões físicas não decorrentes de problemas de saúde, e que, independente de qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico, como, por exemplo, acidentes de carro, quedas e inalação de gases;

b) **AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS:** autarquia sob regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o

território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde;

- c) **AGRAVO:** qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o Beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão pré-existente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a **CONTRATADA** e o Beneficiário. Exercendo prerrogativa legal, a **CONTRATADA** não optará pelo fornecimento do Agravo;
- d) **ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA E ATUAÇÃO DO PLANO:** área definida em Contrato dentro da qual o Beneficiário poderá utilizar os serviços contratados;
- e) **ATENDIMENTO AMBULATORIAL:** compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, ou serviços como recuperação pós-anestésica, UTI, CETIN e similares;
- f) **ATENDIMENTO ELETIVO:** termo usado para designar os atendimentos médicos que podem ser programados, ou seja, que não são considerados de urgência ou de emergência;
- g) **CARÊNCIA:** prazo ininterrupto, contado a partir data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, durante o qual os Beneficiários não têm direito às coberturas contratadas;
- h) **CID-10:** Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10ª revisão;
- i) **COBERTURA:** garantia, nos limites e modalidades deste Contrato, do pagamento de despesas médicas e hospitalares, diretamente às pessoas físicas ou jurídicas prestadoras de serviços, em nome e por conta dos Beneficiários;
- j) **COMPANHEIRO:** pessoa que vive em união estável com outrem, considerada união estável a entidade familiar entre o homem e a mulher, configurada na convivência pública, contínua e duradoura com o objetivo de constituição de família, nos termos da Constituição Federal e do Código Civil Brasileiro;

- k) **COMPLICAÇÕES NO PROCESSO GESTACIONAL:** alterações patológicas durante a gestação, como, por exemplo, gravidez tubária, eclampsia, parto prematuro e abortamento;
- l) **CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - CONSU:** órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para deliberar sobre questões relacionadas à prestação de serviços de saúde suplementar, definidas no art. 35-A da Lei nº 9.656/1998;
- m) **HOSPITAL DIA:** atendimento hospitalar que não requeira pernoite em leito hospitalar, não correspondendo, portanto, a uma diária convencional;
- n) **INTERNAÇÃO HOSPITALAR:** situação na qual o Beneficiário é admitido em estabelecimento hospitalar, ficando sob os cuidados do médico assistente, para ser submetido a algum tipo de tratamento ou procedimento;
- o) **MÉDICO ASSISTENTE:** médico responsável pela indicação da conduta médica a ser aplicada ao paciente;
- p) **MPS:** Documento instituído pela ANS, destinado a informar ao BENEFICIÁRIO os principais aspectos a serem observados no momento da contratação de planos de saúde e a facilitar a apreensão do conteúdo do CONTRATO por meio da indicação das referências aos seus tópicos mais relevantes estabelecendo assim um Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde - MPS;
- q) **GLC:** Documento instituído pela ANS, destinado a informar ao BENEFICIÁRIO os principais aspectos a serem observados no momento da contratação de planos de saúde e a facilitar a apreensão do conteúdo do CONTRATO por meio da indicação das referências aos seus tópicos mais relevantes estabelecendo assim um Guia de Leitura Contratual - GLC;
- r) **SUMÁRIO:** Folha capa do CONTRATO, onde são sumarizados e localizados os ANEXOS DOS CONTRATOS e os TEMAS CONTRATUAIS e que, serve ainda ao MPS e ao GLC, pois referencia e mostra a página do CONTRATO onde estão os tópicos mais relevantes destes documentos;
- s) **Formulário de AUTORIZAÇÃO DE CADASTRO:** Documento que estabelece obrigações da CONTRATANTE com a CONTRATADA, no momento da

autorização do cadastro dos BENEFICIÁRIOS e que será obrigatoriamente exigido pela **CONTRATADA** durante toda a vigência do CONTRATO.

17.2 Por convenção, adotou-se neste Contrato o gênero masculino quando há referência ao gênero masculino e feminino.

17.3 A **CONTRATADA** fornecerá aos Beneficiários o Cartão Individual de Identificação, cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade legalmente reconhecido, assegura a fruição dos direitos e vantagens deste Contrato, podendo a **CONTRATADA** adotar, a qualquer tempo, novo sistema para melhor atendimento aos Beneficiários.

17.4 É obrigação do Beneficiário Titular, na hipótese de rescisão, resolução ou resilição deste Contrato, ou ainda, de exclusão, devolver os respectivos cartões de identificação e quaisquer outros documentos porventura fornecidos pela **CONTRATADA**, respondendo, diante da comprovação da ilicitude, pelos prejuízos resultantes do uso indevido desses documentos, restando isenta, neste caso, de qualquer responsabilidade, a **CONTRATADA**, a partir da exclusão do Beneficiário, rescisão, resolução ou resilição do presente instrumento. Nos casos em que os cartões não foram devolvidos, na forma acima, deverá o Beneficiário Titular assinar Termo próprio se responsabilizando por eventual má utilização dos serviços.

17.5 Considera-se uso indevido a utilização desses documentos para obter atendimento, mesmo que na forma contratada, pelos Beneficiários que perderam essa condição, por exclusão ou término do Contrato, ou, em qualquer hipótese, por terceiros, que não sejam Beneficiários.

17.6 O uso indevido do cartão de identificação, de qualquer Beneficiário, a critério da **CONTRATADA**, ensejará pedido de indenização por perdas e danos, bem como a exclusão do respectivo titular, e suas consequências.

17.7 Ocorrendo o roubo, o furto, a perda ou o extravio do Cartão Individual de Identificação, o Beneficiário Titular deverá comunicar o fato à **CONTRATADA**, por escrito, acompanhada de declaração de perda ou de boletim de ocorrência, para cancelamento ou, quando for o caso, emissão de segunda via. O cancelamento só terá validade quando reconhecido por escrito pela **CONTRATADA**.

17.8 As segundas vias do Cartão de Identificação serão cobradas, pela **CONTRATADA**, conforme valor de Taxa de Implantação vigente à época.

17.9 A CONTRATADA não se responsabilizará por qualquer procedimento do Beneficiário que contrarie as normas e rotinas contidas neste Contrato.

17.10 Os casos omissos no presente instrumento contratual serão resolvidos de comum acordo entre **CONTRATANTE** e **CONTRATADA**.

17.11 Qualquer tolerância não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

17.12 O Beneficiário Titular, por si e por seus Dependentes, autoriza a **CONTRATADA** a prestar todas as informações cadastrais solicitadas pelos órgãos de fiscalização da assistência à saúde.

17.13 Este Contrato foi elaborado levando-se em consideração a legislação vigente, assim, qualquer alteração das normas que implique em necessária modificação do avençado, as partes se sujeitarão ao ajuste das novas condições.

17.14 A CONTRATADA não será responsabilizada, em nenhuma hipótese, por eventos, procedimentos ou efeitos decorrentes da contratação direta de serviços não cobertos por este Contrato entre o Beneficiário Titular e/ou seus dependentes e os médicos-assistentes credenciados e/ou não credenciados pela **CONTRATADA**.

17.15 Faz parte do Contrato quaisquer documentos que tratem de assuntos pertinentes ao plano de saúde. Dentre esses documentos, incluem-se, quando for o caso: Proposta de Adesão, Declaração de Saúde, Tabela de Reembolso, Guia Rede Norden, GLC, MPS, SUMÁRIO e Formulário de AUTORIZAÇÃO DE CADASTRO.

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA – ELEIÇÃO DE FORO

16.1 As partes comprometem-se a resolver de comum acordo as divergências decorrentes do presente instrumento, não sendo possível a composição amigável, fica eleito o foro do domicílio do **CONTRATANTE**, para dirimir qualquer demanda sobre o presente Contrato.

E por estarem assim ajustadas e combinadas, as partes assinam esse instrumento em 02 (duas) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo.

NORDEN

PLANO DE SAÚDE

São Carlos, 01 de julho de 2025.

antonio.pinotti@meunorden.com

CONTRATADA
PERSONAL CARE OPERADORA DE
SAÚDE S/A
CNPJ: 31.097.886/0001-67

vnniasaocarlos@yahoo.com.br

Assinado

CONTRATANTE
SINDICATO DOS TRABALHADORES
TÉCNICO-ADMINISTRATIVOS DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO
CARLOS
CNPJ: 49.161.821/0001-07

Testemunhas:

edilson.pappis@meunorden.com

Nome:

Assinado
Edilson Chaves Pappis
D4Sign

planosdesaude@sintufscar.org.br

Nome:

Assinado
Adenir Cristina Martins Vieira
D4Sign

São Carlos/SP
Av. Getúlio Vargas, 740
16 3363.2200

meunorden.com

Personal Care Operadora de Saúde S/A
CNPJ 31.097.886/0001-67

ANS Nº 42170-7

D4Sign c5309163-f7d6-4bec-bb0a-0082562d4763 - Para confirmar as assinaturas acesse <https://secure.d4sign.com.br/verificar>
Documento assinado eletronicamente, conforme MP 2.200-2/01, Art. 10º, §2.

ANEXO I
PERÍODOS DE CARÊNCIA

- Cobertura para **Urgência e emergência**, nos termos previstos neste **Contrato: 24 (vinte e quatro) horas;**
- Cobertura para **Consultas Médicas: 7 (sete) dias;**
- Cobertura para **Exames/Procedimentos Simples (Valores entre 0 e 49 CH's, da tabela AMB 92): 30 (trinta) dias;**
- Cobertura para **Exames Complementares (Valores entre 50 e 100 CH's, da tabela AMB 92): 60 (sessenta) dias;**
- Cobertura para **Exames Especiais I (Valores entre 101 e 299 CH's, da tabela AMB 92): 150 (cento e cinquenta) dias;**
- Cobertura para **Exames Especiais II (Valores acima de 300 CH's, da tabela AMB 92): 180 (cento e oitenta) dias;** Os exames que não estiverem contemplados na tabela AMB 92, criada pela Associação Médica Brasileira, serão considerados como Especiais II.
- Cobertura para **Terapias/Sessões: acupunturista, nutricionista, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional, procedimentos de fisioterapia e psicoterapia: 120 (cento e vinte) dias;**
- Cobertura para **Atos/Cirurgias Ambulatoriais: 180 (cento e oitenta) dias;**
- Cobertura para **Internações Clínicas ou Cirúrgicas: 180 (cento e oitenta) dias;**
- Cobertura para **Parto a termo: 300 (trezentos) dias;**
- Cobertura para **Procedimentos e Alta Complexidade, Leitos de Alta Tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças e/ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal: 720 (setecentos e vinte) dias;**
- Cobertura para **Químio/Rádio: 180 (cento e oitenta) dias.**
- Cobertura para **Diálise/Hemodiálise: 180 (cento e oitenta) dias.**

- Cobertura para **Demais Casos**, bem como para novos procedimentos decorrentes de atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS: 180 (cento e oitenta) dias.

Detalhamento sobre o cumprimento de períodos de carência.

- 24 (vinte e quatro) horas: cobertura para os casos de emergências e urgências.
- 07 (sete) dias para Consultas Médicas Ambulatoriais Eletivas.
- 30 (trinta) dias para Exames e Procedimentos Simples: Nebulizações, Lavagem Auricular, Sutura de Ferimentos, Drenagem de Abscessos, Imobilizações, Engessamentos, Curativos Ambulatoriais, Exames laboratoriais, (exceto os classificados como alta complexidade (PAC), tais como cargas virais para hepatites e HIV, genotipagens virais, exames de genética), Eletrocardiografia Convencional.
- 60 (sessenta) dias para Exames Complementares: Exames de Laboratório (Análises Clínicas e Citopatológico), Eletrocardiograma Convencional, Exames Radiológicos não Contrastados, Colposcopia, Colpocitologia, Preventivo do Câncer Ginecológico, Serviços de apoio diagnóstico.
- 120 (cento e vinte) dias para: Consultas e Sessões Acupunturista, Nutricionista, Fonoaudiólogo e Terapeuta Ocupacional, Procedimentos de Fisioterapia e Psicoterapia.
- 150 (cento e cinquenta) dias para Exames Especiais I: Endoscopia digestiva alta, Ultrassonografia, Rx Contrastado, Teste Ergométrico, Mamografias e Exames Anatomopatológicos.
- 180 (cento e oitenta) dias para Exames Especiais II: Holter, Mapa, Eco Doppler Vascular, Ecocardiograma, Neurofisiologia (Eletroneuromiografias e Potenciais Evocados), Provas de Função Respiratório e TODOS OS PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE, Tomografias computadorizadas, Ressonâncias Magnéticas, Exames e Terapias com Medicina Nuclear (Ex.: Cintilografias), Mapeamento Cerebral, Hemoterapia, conforme diretrizes do Rol de Procedimentos, Exames Laboratoriais

Classificados como Alta Complexidade (PAC) pelo Rol de Procedimento da ANS.

- 180 (cento e oitenta) dias para Químio/Rádio: Quimioterapia e Radioterapia.
- 180 (cento e oitenta) dias para Diálise/Hemodiálise: Terapia Renal Substitutiva Hemodiálise e Diálise Peritoneal.

São Carlos, 01 de julho de 2025.

antonio.pinotti@meunorden.com

CONTRATADA
PERSONAL CARE OPERADORA DE
SAÚDE S/A
CNPJ: 31.097.886/0001-67

vanilsaocarlos@yahoo.com.br

Assinado
D4Sign

CONTRATANTE
SINDICATO DOS TRABALHADORES
TÉCNICO-ADMINISTRATIVOS DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO
CARLOS
CNPJ: 49.161.821/0001-07

Testemunhas:

edilson.pappis@meunorden.com

Nome:

Assinado
Edilson Chaves Pappis
D4Sign

planosdesaude@sintufscar.org.br

Nome:

Assinado
Helene Cristina Martins Vieira
D4Sign

ANEXO II
FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

I) Carteira de identificação do beneficiário, taxa de implantação e dia de vencimento:

- Carteira de identificação virtual (aplicativo): Isento;
- Emissão física da carteira de identificação do plano: R\$ 30,00 (trinta reais);
- Valor da Taxa de Implantação: Isento;
- Dia para pagamento da mensalidade: 20.

II) Faixa Etária e valores:

Faixas Etárias:	Mensalidade:	Percentuais de Reajustes:
a) 0 a 18 anos de idade	R\$ 95,72	00,00 %
b) 19 a 23 anos de idade	R\$ 103,62	08,25 %
c) 24 a 28 anos de idade	R\$ 140,40	35,50 %
d) 29 a 33 anos de idade	R\$ 176,90	26,00 %
e) 34 a 38 anos de idade	R\$ 193,71	09,50 %
f) 39 a 43 anos de idade	R\$ 195,65	01,00 %
g) 44 a 48 anos de idade	R\$ 243,58	24,50 %
h) 49 a 53 anos de idade	R\$ 294,73	21,00 %
i) 54 a 58 anos de idade	R\$ 377,26	28,00 %
j) 59 anos e acima	R\$ 574,32	52,23 %

Reajuste:

III) Reajuste Contratos não Agrupados:

- Índice para o Reajuste Financeiro do Contrato: IPCA – Índice de Preço ao Consumidor Amplo, divulgado pelo IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, com retroatividade de 02 (dois) meses contados do aniversário do Contrato;
- Meta de Sinistralidade de 75% (setenta e cinco por cento).

São Carlos, 01 de julho de 2025.

antonio.pinotti@meunorden.com
CONTRATADA
PERSONAL CARE OPERADORA DE
SAÚDE S/A
CNPJ: 31.097.886/0001-67

vaniasaocarlos@yahoo.com.br
Assinado
D4Sign
CONTRATANTE
SINDICATO DOS TRABALHADORES
TÉCNICO-ADMINISTRATIVOS DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO
CARLOS
CNPJ: 49.161.821/0001-07

Testemunhas:

edilson.pappis@meunorden.com
Assinado
Nome: *Edilson Chaves Pappis*
D4Sign

planosdesaude@sintulscar.org.br
Assinado
Nome: *Heleni Cristina Martins Vieira*
D4Sign

ANEXO III
CARACTERÍSTICAS DO PRODUTO E COPARTICIPAÇÕES

I) Características Básicas:

- N°. de Registro do Plano na ANS: 490.541/21-5.
- Nome Comercial do Plano na ANS: Plano AD+.
- Tipo de Contratação: Coletivo por Adesão
- Segmentação Assistencial: Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia
- Área Geográfica de Abrangência do Plano de Saúde: Municipal
- Área Atuação: São Carlos/SP.
- Padrão de Acomodação em Internação: Coletivo
- Formação do Preço: Pré-estabelecido
- Coparticipação e/ou franquia: Coparticipação
- Serviços e Coberturas Adicionais: Não possui
- Forma de Pagamento: Pré-pagamento
- Fator Moderador: Coparticipação isenta em consulta com o médico referência; de R\$ 25,00 em consultas em especialidades; de 30% sob o valor de cada exame, procedimentos ambulatoriais ou cirúrgicos limitado ao valor máximo de R\$ 75,00; de R\$ 40,00 em consulta de Pronto Atendimento; de R\$ 12,00

em sessões de fisioterapia; de R\$ 20,00 em terapia ocupacional; de R\$ 24,00 sessões de acupuntura; de R\$ 28,00 em sessões de fonoaudiologia, nutrição e psicologia; de R\$ 15,00 em terapias simples e especiais; de R\$ 75,00 em internações; e de 50% em internações psiquiátricas.

II) Condições de Admissão:

- Data de processamento das inclusões: Até o dia 25 (vinte e cinco), de cada mês, mediante documentação recebida e/ou existente;
- Data limite mensal para movimentação cadastral: Até o dia 25 (vinte e cinco), para inclusão no mês seguinte;

III) Duração do Contrato:

- Prazo Mínimo de Vigência Contratual: 12 (doze) meses;
- Data Inicial de Vigência: 01/07/2025.

IV) Rescisão/Suspensão:

- Multa pecuniária pela rescisão do Contrato antes da vigência mínima: 50% do valor das mensalidades remanescentes considerando a vigência mínima, tendo como base o faturamento realizado no mês anterior ao da solicitação de rescisão.
- Na hipótese de ausência de vinculação de beneficiários ativos no plano de saúde operará de forma automática a rescisão contratual, independente de notificação prévia, sendo exigida a multa pecuniária nas hipóteses em que a rescisão ocorrer durante o período de vigência mínima estabelecida em contrato.

São Carlos, 01 de julho de 2025.

antonio.pinou@meunorden.com

Assinado

CONTRATADA
PERSONAL CARE OPERADORA DE
SAÚDE S/A
CNPJ: 31.097.886/0001-67

vaniasaocarlos@yahoo.com.br

Assinado

D4Sign

CONTRATANTE
SINDICATO DOS TRABALHADORES
TÉCNICO-ADMINISTRATIVOS DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO
CARLOS
CNPJ: 49.161.821/0001-07

Testemunhas:

edilson.pappis@meunorden.com

Assinado

Nome:

Edilson Charles Pappis
D4Sign

planosdesaude@sintulscar.org.br

Assinado

Nome:

Helen Cristina Martins Vieira
D4Sign

ANEXO IV
DA EXTENSÃO DA PERMANÊNCIA DE DEPENDENTE ATÉ 29 ANOS
INCOMPLETOS

Em observância ao interesse das partes e como forma de garantir maior amplitude assistencial aos dependentes dos beneficiários titulares, a CONTRATADA autoriza, nos termos deste Anexo, a permanência de filhos, enteados e adotados dos beneficiários titulares como dependentes do plano até completarem 29 (vinte e nove) anos de idade incompletos, mesmo que não se encontrem matriculados em curso regular reconhecido pelo Ministério da Educação.

1. Elegibilidade

1.1. A permanência estendida prevista neste Anexo aplica-se exclusivamente aos filhos, enteados e adotados dos beneficiários titulares, desde que:

- a) Sejam solteiros;
- b) Não possuam filhos;
- c) Não exerçam atividade laboral com vínculo empregatício formal que lhes permita acesso a plano privado de assistência à saúde como titular.

2. Condições para manutenção no plano

2.1. Para fins de permanência como dependente, o beneficiário titular deverá apresentar, no momento da solicitação de permanência após os 24 (vinte e quatro) anos, declaração de que o dependente atende aos requisitos acima elencados.

2.2. A cada 12 (doze) meses, deverá ser renovada a declaração de que permanecem atendidos os requisitos de elegibilidade previstos neste Anexo.

3. Vigência e exclusão

3.1. O dependente será automaticamente excluído do plano no mês subsequente ao que completar 29 (vinte e nove) anos de idade ou assim que deixar de atender a qualquer dos critérios de elegibilidade acima estipulados, o que ocorrer primeiro.

4. Carência e cobertura

4.1. A extensão de permanência prevista neste Anexo não implica reinício de contagem de prazos de carência, desde que não haja interrupção da cobertura entre a idade de 24 (vinte e quatro) anos e a permanência estendida.

5. Disposições gerais

5.1. Permanecem inalteradas todas as demais cláusulas e condições do contrato principal.

5.2. Este Anexo integra o Contrato de Prestação de Serviços de Oferta de Plano de Saúde, firmado entre as partes, passando a produzir efeitos a partir da data de assinatura pelas partes abaixo qualificadas.

São Carlos, 01 de julho de 2025.

antonio.pinioli@meunorden.com

Assinado

CONTRATADA
PERSONAL CARE OPERADORA DE
SAÚDE S/A
CNPJ: 31.097.886/0001-67

vaniasaocarlos@yahoo.com.br

Assinado

D4Sign

CONTRATANTE
SINDICATO DOS TRABALHADORES
TÉCNICO-ADMINISTRATIVOS DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO
CARLOS
CNPJ: 49.161.821/0001-07

Testemunhas:

edilson.pappis@meunorden.com

Assinado

Nome:

Edilson Chaves Pappis
D4Sign

planosdesaude@sintufscar.org.br

Assinado

Nome:

Helene Cristina Martins Vieira
D4Sign

São Carlos/SP
Av. Getúlio Vargas, 740
16 3363.2200 ☎

meunorden.com

Personal Care Operadora de Saúde S/A
CNPJ 31.097.886/0001-67

ANS Nº 42170-7

ANEXO V

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE ENVIO DE COBRANÇA POR MEIO
ELETRÔNICO OU SEMELHANTE**

Na condição de beneficiário da **PERSONAL CARE OPERADORA DE SAÚDE S/A**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 31.097.886/0001-67, Registro na ANS nº 42170-7, com sede na Av. Getúlio Vargas, nº 740, Sala 67, Vila Lutfalla, São Carlos / SP, CEP 13.570-390, reconheço que as cobranças e demais correspondências relacionadas ao presente contrato serão enviadas exclusivamente por meio eletrônico ou semelhante, para os endereços eletrônicos e números de telefones informados por ocasião da contratação do plano de saúde.

Declaro, ainda, que compete a mim manter atualizados os dados acima relacionados para fins de comunicação e que, na hipótese da ausência de recebimento das cobranças mensais do plano de saúde, deverei entrar em contato com a operadora a fim de obter o boleto para a realização da quitação do débito.

Por ser a expressão da verdade, assino o presente termo no mesmo ato da assinatura do contrato de plano de saúde, para que surtam os devidos efeitos legais.

São Carlos, 01 de julho de 2025.

vaniasnocarlos@yahoo.com.br

Assinado



CONTRATANTE

**SINDICATO DOS TRABALHADORES
TÉCNICO-ADMINISTRATIVOS DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO
CARLOS**

CNPJ: 49.161.821/0001-07

antonio.pinotti@meunorden.com

Assinado

**PERSONAL CARE OPERADORA DE
SAÚDE S/A**
CNPJ: 31.097.886/0001-67

Testemunhas:

edilson.pappis@meunorden.com

Nome:

Assinado

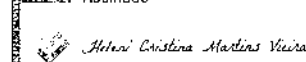


D4Sign

planoesdaude@sintufscar.org.br

Nome:

Assinado



D4Sign

São Carlos/SP
Av. Getúlio Vargas, 740
16 3363.2200 ☎

meunorden.com

Personal Care Operadora de Saúde S/A
CNPJ 31.097.886/0001-67

ANS Nº 42170-7

ANEXO VI
COBERTURA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NACIONAL PELO SISTEMA
ABRAMGE

Na condição de responsável pela contratação do plano privado de assistência à saúde contratado da **PERSONAL CARE OPERADORA DE SAÚDE S/A**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 31.097.886/0001-67, registro na ANS nº 42170-7, com sede na Av. Getúlio Vargas, nº 740, Sala 67, Vila Lutfalla, São Carlos / SP, CEP 13.570-390, reconheço que me foi concedida, **em caráter de liberalidade**, cobertura para atendimento de urgência e emergência pelo Sistema Abramge.

Declaro, de igual modo, que tenho ciência que todo beneficiário de plano de saúde administrado por uma empresa de medicina de grupo associada à Abramge terá direito a atendimento em situação que caracterize urgência e/ou emergência, desde que em trânsito, ou seja, atendimento fora de sua região de cobertura de seu contrato conforme verificado na lista de empresas participantes do Atendimento Abramge que estará disponível para consulta no site: www.atendimentoabramge.com.br e pelo telefone 0800.722.7511.

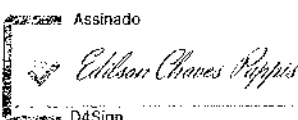
Por ser a expressão da verdade, assino o presente termo no mesmo ato da assinatura do contrato de plano de saúde, para que surtam os devidos efeitos legais.

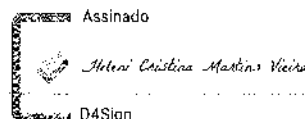
São Carlos, 01 de julho de 2025.

antonio.pinotti@meunorden.com
CONTRATADA
**PERSONAL CARE OPERADORA DE
SAÚDE S/A**
CNPJ: 31.097.886/0001-67

vaniasaocarlos@yahoo.com.br
Assinado
CONTRATANTE
**SINDICATO DOS TRABALHADORES
TÉCNICO-ADMINISTRATIVOS DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO
CARLOS**
CNPJ: 49.161.821/0001-07

Testemunhas:

edilson.pappis@meunorden.com
Nome:  Assinado
D4Sign

planosdesaude@sintufscar.org.br
Nome:  Assinado
D4Sign

São Carlos/SP
Av. Getúlio Vargas, 740
16 3363.2200 ☎

meunorden.com

Personal Care Operadora de Saúde S/A
CNPJ 31.097.886/0001-67

ANS Nº 42170-7