

**CONTRATO DE PLANO DE ASSISTENCIA À SAÚDE  
COLETIVO POR ADESÃO**

**FREE 600 TOTAL EXECUTIVO**

**REGISTRO Nº 460001091**

Pelo presente instrumento e na melhor forma de direito, de um lado a Contratada Agemed Saúde S.A, inscrita no CNPJ/MF sob o número 02.933.220/0001-01, sediada na Cidade de Joinville, Estado de Santa Catarina, na Rua Paraná nº 175, Bairro Anita Garibaldi, Medicina de Grupo, inscrita na ANS sob o n. 33960-1, doravante denominada OPERADORA e de outro lado, como CONTRATANTE a EMPRESA ASSOCIACAO BENEFICIENTE DOS MILITARES ESTADUAIS DE SANTA CATARINA - ABEPOM, CNPJ nº 73.360.539/0001-25, com endereço RUA ALLAN KARDEC, nº 157, Bairro AGRONOMICA, CEP 88025-100, Cidade FLORIANOPOLIS - SC, tem entre si justo e acertado o presente contrato, o qual, aceitam, outorgam e obrigam-se fielmente a cumprir e respeitar.

**1 – DO OBJETO DO CONTRATO**

1.1 - O presente contrato tem por objeto a prestação continuada de serviços na forma de Plano Privado de Assistência à Saúde, conforme previsto no inciso I, art. 1º da Lei 9.656/98, abrangendo as coberturas do Rol de Procedimentos instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar aos usuários regularmente inscritos, na forma e condições deste instrumento. A assistência ora pactuada visa à prevenção da doença, a recuperação e a manutenção da saúde, observando-se a legislação vigente e os termos deste instrumento, em especial, as coberturas contratadas.

1.2 – Este contrato é bilateral e gera direitos e obrigações para ambas as partes, na forma do disposto no artigo 54 do Código de Defesa do Consumidor, tendo por características principais a bilateralidade e a onerosidade.

1.3 – Fazem parte integrante deste Contrato os seguintes documentos:

- a) Declaração de Saúde, documento cuja obrigatoriedade é determinada por lei e onde o usuário informa o seu estado de saúde;
- b) Guia Médico, relação de prestadores de serviços credenciados da Agemed, cuja utilização dos serviços se dará de acordo com o plano contratado e sua abrangência geográfica.

**2 - DO USUÁRIO TITULAR E DEPENDENTES E CONDIÇÕES DE INCLUSÃO CONTRATUAL**

2.1 – Usuário Titular é a pessoa que apresenta vínculo efetivo com pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial: (empregatício, associativo ou sindical). O usuário dependente é aquele incluído pelo usuário titular, assim considerados:

- a) Cônjuge;
- b) Companheiro(a);
- c) filhos naturais e/ou adotivos, igual ou menor de 24 anos e;
- d) os filhos comprovadamente incapazes

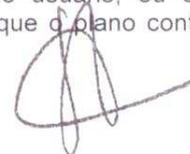
- Aproveitamento de carência: fica garantida a inclusão de filho adotivo, menor de doze anos de idade, aproveitando os períodos de carência já cumpridos pelo usuário adotante, nas mesmas condições de cobertura do adotante, desde que inscritos até 30 (trinta) dias após a formalização da adoção ou 30 (trinta) dias a partir da concessão pelo juízo da guarda provisória.

2.2 - Será assegurada a inscrição de filho adotivo, menor de 12 (doze) anos de idade, aproveitando os períodos de carência já cumpridos pelo usuário adotante e ainda:

- a) Cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do usuário, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto e, desde que o plano contratado possua cobertura para atendimento obstétrico;



Mario Luis da Silva



Soraia de Assis

AGEMED SAÚDE S.A.

b) Inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou, adotivo do usuário, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou da adoção e, desde que o plano contratado possua cobertura para atendimento obstétrico, e

c) Às crianças nascidas de PARTO COBERTO pela Operadora, não caberá qualquer alegação de doença ou lesão preexistente, sendo-lhes garantida a assistência durante os 30 (trinta) primeiros dias de vida dentro da cobertura do plano do titular, assim como estará garantida a sua inscrição na Operadora sem a necessidade de cumprimento de qualquer período de carência ou de cobertura parcial temporária ou agravo.

2.3 - A Contratante deverá fornecer à Operadora, quando da solicitação de inclusão de usuários/dependentes, todos os documentos e comprovantes legais hábeis a atestar tanto a condição de usuário titular quanto a de usuário dependente, dentre eles mas não se limitando a: certidão de casamento, certidão de nascimento, cópia do RG, cópia do CPF, comprovante do vínculo empregatício (associativo ou sindical), comprovante de residência, guia FGTS, assim como todos os demais dados exigidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

2.4 - A inobservância dos itens acima e o não fornecimento pela Contratante das documentações necessárias à inclusão do usuário/dependente e/ou a comprovação de sua condição perante a Contratante, acarretará conseqüentemente a NÃO inclusão do mesmo junto a Operadora e/ou a sua exclusão contratual por falta de dados. Em ambas as situações, a Operadora estará isenta das obrigações assistenciais objeto deste contrato, cabendo à Contratante as responsabilidades decorrentes, inclusive de ordem financeira.

2.5 - Fica estabelecido que, após a primeira fatura será permitida a inclusão de novos usuários, salvo se forem recém admitidos, recém casados e/ou recém nascidos/adotados. Para estes casos em particular, a inclusão não poderá ocorrer em prazo superior a 30 (trinta) dias do evento (admissão, casamento e/ou nascimento).

**Parágrafo Primeiro:** O prazo de 30 dias da vinculação do titular à pessoa jurídica contratante será contado a partir do 1º dia subsequente ao vencimento do contrato de experiência com prazo determinado.

**Parágrafo Segundo:** Os usuários titulares e dependentes que formalizarem o seu pedido de ingresso no plano fora dos prazos acima previstos, independente do número de participantes, cumprem os períodos normais de carências estabelecidas neste contrato, exceto os dependentes recém casados, recém nascidos e filhos adotivos inscritos conforme Cláusula 12.

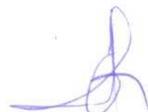
### 3 - DA REPRESENTAÇÃO DOS USUÁRIOS

3.1 - A Contratante, no ato da assinatura deste contrato, ficará investida - perante a Operadora - dos poderes de representação dos usuários e seus dependentes, principalmente para negociar inclusão/exclusão contratual, reajustes e/ou alterações contratuais.

3.2 - A Operadora encaminhará a Contratante, todas as documentações, comunicações ou avisos pertinentes ao presente Contrato, devendo esta última, na qualidade de representante dos usuários/dependentes, repassar a estes cópia de todos os documentos recebidos, dentre eles cópia do Contrato Condições Gerais e Guia Médico, ficando inteiramente responsável pela inobservância deste item, em caso de desconhecimento contratual alegado pelo usuário.

### 4 - IDENTIFICAÇÃO DE USUÁRIOS

4.1 - Após a efetivação do cadastramento do usuário e seus dependentes junto à Operadora, esta fornecerá um Cartão Individual de Identificação, com validade anual, cuja apresentação juntamente com um documento de identificação oficial com foto será indispensável para utilização dos serviços ora Contratados, sob pena de não ser atendido, não cabendo neste caso, nenhuma responsabilidade à Operadora. Para todo Usuário Titular a Operadora fornecerá um Guia Médico que será entregue à Contratante e por esta distribuído aos seus usuários.



Mario Luis da Silva

AGEMED SAÚDE S.A.

Soraia de Assis

2

4.2 - Em caso de exclusão de usuários/dependentes, rescisão, resolução ou rescisão do presente contrato, será de inteira obrigação e responsabilidade da Contratante o recolhimento e respectiva devolução dos cartões individuais de identificação à Operadora, sob pena de responder por todos os prejuízos decorrentes de seu uso indevido.

4.3 - Considera-se uso indevido a utilização desses documentos para obter atendimento, mesmo na forma contratada, pelos usuários/dependentes que perderem essa condição, por exclusão ou término do contrato, ou em qualquer hipótese, por terceiros, que não sejam usuários/dependentes, com ou sem o conhecimento destes.

4.4 - Ocorrendo utilização dos serviços próprios ou credenciados sem o devido pagamento do custo mensal do plano (configurando utilização indevida), fica a Contratante responsabilizada quanto ao ressarcimento à Operadora do valor correspondente aos serviços prestados e suportados financeiramente.

4.5 - Ocorrendo a perda ou extravio do Cartão de Identificação ou de outros documentos fornecidos pela Operadora, a Contratante obriga-se a comunicar de imediato o fato à mesma, por escrito, responsabilizando-se pelo seu uso indevido até a data do recebimento da comunicação pela Operadora.

4.6 - O custo para emissão de segunda via do cartão de identificação será de R\$ 5,00 pago à Operadora na data da solicitação do novo cartão.

## **5 - SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL**

A Contratante/usuários farão jus, satisfeitas as respectivas condições, à cobertura Ambulatorial e Hospitalar com Obstetria, do Plano contratado de acordo com as condições específicas abaixo discriminadas.

### **5.1 - SEGMENTAÇÃO AMBULATORIAL**

A cobertura deste item compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, definidos e listados no rol de procedimentos constantes na RN 211/2010 (e posteriores alterações) observadas as seguintes abrangências:

#### **a) Cobertura de Consultas Médicas**

Garante as despesas efetuadas com a realização de consultas médicas inclusive obstétricas para pré-natal.

1- como consulta médica entende-se o encontro do profissional devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina com o paciente não internado, para fins de assistência e tratamento médico, consistindo de exame clínico, interpretação de exames complementares para diagnóstico e prescrição terapêutica;

2 - Os retornos da primeira consulta para acompanhamento, avaliação de exames complementares e prescrição terapêutica não serão considerados como nova consulta e conseqüentemente não gerarão honorários;

3 - Não haverá limite de consultas por usuário.

#### **b) Cobertura de exames complementares**

Garante as despesas efetuadas com exames complementares realizados fora do regime de internação hospitalar;

#### **c) Cobertura de procedimentos ambulatoriais**

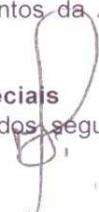
Garante as despesas efetuadas com a realização de pequenas cirurgias e/ou tratamentos ambulatoriais, mesmo que em ambiente hospitalar, desde que não se caracterizem como internação, conforme definição no rol de procedimentos da ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar;

#### **d) Cobertura de procedimentos ambulatoriais especiais**

Garante as despesas efetuadas com a realização dos seguintes procedimentos ambulatoriais, considerados especiais.



Mario Luis da Silva



Soraia de Assis

AGEMED SAÚDE S.A.

- 1 - Hemodiálise e Diálise Peritoneal - CAPD;
- 2 - Quimioterapia Ambulatorial;
- 3) Radioterapia (megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletroterapia etc.);
- 4- Hemoterapia Ambulatorial e
- 5 - Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

#### **e) Cobertura de atendimento psiquiátrico ambulatorial**

Garante o tratamento ambulatorial de todos os transtornos psiquiátricos codificados na classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde 10ª revisão (CID - 10), sendo cobertos os seguintes atendimentos:

- a) tratamento básico, entendendo-se como tal, aquele que prestado por médico, com número ilimitado de consultas;
- b) cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente;
- c) atendimento às emergências, assim consideradas as situações que impliquem em risco de morte ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros, incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes e
- d) psicoterapia de crise entende-se como tal, o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, com duração máxima de 12 semanas, tendo início imediatamente atendimento de emergência e sendo limitadas a 12 sessões por ano/usuário.

## **5.2 - SEGMENTAÇÃO HOSPITALAR**

A cobertura deste item garante os atendimentos e despesas médicas e/ou hospitalares a seguir elencados:

#### **a) Cobertura de Internação**

Garante as despesas médicas e/ou hospitalares efetuadas com internamentos para fins clínicos ou cirúrgicos que necessitem de ambiente hospitalar. Serão cobertas as despesas decorrentes de:

- 1- diárias de internação na acomodação prevista nas condições particulares.
- 2 - diárias de unidade de terapia intensiva - UTI - e unidade de isolamento ou similares;
- 3 - honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;
- 4 - exames complementares indispensáveis para o controle de evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia/radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internamento hospitalar;
- 5 - toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados e
- 6 - acomodação e alimentação padrão fornecida pelo hospital para um único acompanhante, desde que o paciente seja menor de 18 anos ou mais de 60 anos. *Exceção-se desta condição o padrão de contratação Executivo ou Especial, onde a Contratante terá assegurada a cobertura total das despesas para acompanhantes.*

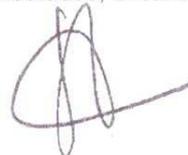
#### **b) Cobertura de Procedimentos Especiais Durante a Internação**

Garante as despesas médicas e/ou hospitalares realizados durante o período de internação com os seguintes procedimentos, considerados especiais:

- 1 - Hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- 2 - Quimioterapia;
- 3 - Radioterapia;
- 4- Hemoterapia;
- 5 - Nutrição enteral e parenteral;
- 6 - Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
- 7 - Embolizações e radiologia intervencionista;
- 8 - Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- 9- Fisioterapia;
- 10 - Transplantes e rins e córnea, bem como despesas com procedimentos vinculados, entende-se como tal, todas aquelas necessárias à realização do transplante, incluindo:
  - 10.1) Despesas assistenciais com doadores vivos;
  - 10.2) Medicamentos utilizados durante a internação;



Mario Luis da Silva



Soraia de Assis  
AGEMED SAÚDE S.A.

10.3) Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicação e manutenção;

10.4) Despesas com captação, transporte e preservação do órgão na FA de ressarcimento ao SUS.

*Obs.: o candidato a transplante de órgão proveniente de doador cadáver, conforme legislação específica, deverá obrigatoriamente, estar inscrito em uma das centrais de notificação, captação e distribuição de órgãos - CNDOS e se sujeitará ao critério de fila única de espera e de seleção.*

#### **c) Cirurgia Plástica Reconstrutiva de Mama**

Utilizando-se todos os meios e técnicas necessárias para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer conforme determina o art. 10 A de lei 9.656/98.

#### **d) Cobertura de Internamento Psiquiátrico**

Garante tratamento sob regime de internamento hospitalar de todos os transtornos psiquiátricos codificados na classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde 10ª revisão (CID - 10) sendo cobertos:

1 - o custo integral até 30 dias de internação, por ano de contrato, em hospital psiquiátrico ou em unidade enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise;

2 - o custo integral até 15 dias de internação, por ano de contrato, em hospital geral, para paciente portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização.

3 - Se os períodos de internação psiquiátrica acima descritos (15 e 30 dias) forem excedidos, a Contratante pagará a Operadora, a título de co-participação, o percentual de 50% (cinquenta por cento) sobre os totais das despesas de internação do período em excesso.

4 - A cobertura em hospital dia para os diagnósticos F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79 e F90 a F98, relacionados no CID-10, deverá ser estendida a 180 (cento e oitenta) dias por ano. Cobertura para pacientes portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise com direito a 30 (trinta) dias de internação, por ano de contrato não cumulativos, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral. Além desta cobertura, o usuário poderá dispor de 8 (oito) semanas anuais de tratamento em regime de hospital-dia.

### **5.3 – SEGMENTAÇÃO OBSTÉTRICA**

Compreende toda a cobertura prevista na segmentação ambulatorial e hospitalar, dos procedimentos relativos ao pré-natal, acrescida ainda da assistência às despesas médico-hospitalares efetuadas com internamentos motivados por gravidez e suas consequências, tais como: parto, cesariana, aborto involuntário, prenhez ectópica, bem como a curetagem uterina motivada por interrupção voluntária da gravidez quando assim determinada pelo médico responsável para evitar risco de vida da parturiente.

a) Serão cobertas as despesas com assistência à saúde ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do usuário, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto.

### **6 - URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

Para efeito desta cobertura entende-se como atendimento de emergência aquele que implicar em risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis para o paciente, assim caracterizados na declaração do médico assistente. Como atendimento de urgência, entende-se aquele resultante de acidente pessoal ou de complicações no processo gestacional, não implicando em risco iminente de morte.

a) Como acidente pessoal considera-se o evento ocorrido após o início de vigência do Plano, de forma súbita, involuntária e violenta, por meio exclusivo e diretamente externo que venha a causar lesão física ao usuário do plano, tornando necessário tratamento médico em caráter de urgência.

b) Cobertura de Atendimento Ambulatorial de Urgência/Emergência: Serão cobertas as despesas ambulatoriais decorrentes da realização de atendimento caracterizado como de

  
Mario Luis da Silva    Soraia de Assis  
AGEMED SAÚDE S.A.

urgência/emergência que demandem atenção continuada, limitada as primeiras 12 horas de atendimento.

b.1) Quando necessária, para a continuidade do atendimento de urgência e emergência, a realização de procedimento exclusivo da cobertura hospitalar, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e em tempo menor que 12 (doze) horas, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser da Contratante, não cabendo ônus à Operadora.

c) Cobertura de Atendimento Hospitalar de Urgência/Emergência: Serão cobertas as despesas decorrentes dos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para internação desde a admissão do paciente até a sua alta ou que sejam necessários à preservação da vida, órgãos e funções.

c.1) No Plano Hospitalar, o atendimento de urgência decorrente de acidente pessoal, será garantido, sem restrições, após decorridas 24 (vinte e quatro) horas da vigência do contrato.

d) Cobertura de Urgência/Emergência para Obstetria: Os contratos de plano hospitalar, com ou sem cobertura Obstétrica, deverão garantir os atendimentos de urgência e emergência quando se referirem ao processo gestacional.

d.1) Em caso de necessidade de assistência médica hospitalar decorrente de condição gestacional de pacientes com plano hospitalar sem cobertura obstétrica ou com cobertura obstétrica – porém ainda cumprindo período de carência – a Operadora estará obrigada a cobrir o atendimento prestado nas mesmas condições previstas para o plano ambulatorial. (CONSU N° 13, artigo 2°)

e) Quando o atendimento de emergência for efetuado no decorrer dos períodos de carência, este deverá abranger cobertura igualmente àquela fixada para o plano ambulatorial, não garantindo, portanto, cobertura para internação. A cobertura de urgência/emergência se restringirá as previstas para atendimentos ambulatoriais, caso o atendimento for:

I - decorrente de doença ou lesão preexistente para a qual exista acordo de cobertura parcial temporária;

II - decorrente da condição gestacional de pacientes sem cobertura obstétrica;

III - efetuado no decorrer dos períodos de carência.

## **7 - ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA**

7.1 - A abrangência geográfica para os atendimentos previstos neste contrato é Grupo de Municípios.

7.2 - Para utilização dos serviços contratados, a contratante deverá observar a rede de prestadores fornecida através do Guia Médico da Operadora, limitando-se à área de abrangência geográfica indicada.

## **8 - PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO**

8.1 - A Contratante, de acordo com o plano contratado, conta com o seguinte padrão de acomodação em internação:

a) Executivo ou Especial: Acomodação Individual.

8.2 - Havendo indisponibilidade de leito nos estabelecimentos credenciados pela Operadora, será garantido ao usuário/dependente o acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional.

## **9 - DO CUSTO MENSAL E MECANISMO DE REGULAÇÃO FINANCEIRA**

9.1 - O Custo Mensal por Usuário será cobrado de forma pré-estabelecida, levando-se em consideração o valor do custo fixo mensal de cada usuário inscrito, de acordo com a respectiva faixa etária, conforme tabela constante do ANEXO I. Os valores apurados serão cobrados integralmente e diretamente da Contratante.

  
Mario Luis da Silva Soraia de Assis<sup>6</sup>  
AGEMED SAÚDE S.A.

9.2 – A fatura será composta pelo somatório do custo fixo mensal de cada usuário e dos valores referentes às franquias para os procedimentos acima previstos, que eventualmente sejam utilizadas pelos usuários/dependentes.

9.3 - O pagamento da fatura deverá ser efetuado pela Contratante até o dia 10 de cada mês. Havendo dúvidas acerca das cobranças, a Contratante poderá solicitar - antes do vencimento da fatura - que lhe sejam prestados todos os esclarecimentos necessários à elucidação de suas dúvidas.

9.4 - O não recebimento da fatura pela Contratante dentro do prazo de pagamento, não a isenta da responsabilidade quanto ao pagamento da mesma, devendo este fato ser notificado em tempo hábil à Operadora, para a devida regularização, sendo que tal inobservância implicará na automática aplicação de todas as condições que regem o presente Contrato, inclusive no tocante ao seu cancelamento por falta de pagamento.

9.5 - O pagamento antecipado das faturas não elimina nem reduz os prazos de carência já estabelecidos.

9.6 - A Operadora não poderá se responsabilizar em caso de recolhimento por parte da Contratante de qualquer valor a título de pagamento de quitação do serviço objeto deste contrato, junto aos seus funcionários.

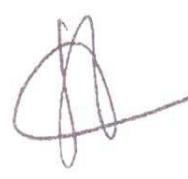
9.7 - Ocorrendo a impontualidade no pagamento das prestações, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, correção monetária de acordo com a variação do IGPM (Índice Geral de Preços de Mercado da Fundação Getúlio Vargas) ou outro índice que venha a substituí-lo, acrescido ainda de multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado, ou ainda, conforme o caso, ressarcimento por perdas e danos, honorários advocatícios e reembolso de custas judiciais.

9.8 - A ausência de quitação da fatura pela Contratante até o 31º (Trigésimo primeiro) dia posterior a data de seu vencimento, implicará no automático cancelamento contratual, isentando a Operadora de eventuais responsabilidades por ausência de cobertura ou atendimento aos usuários/dependentes daquele contrato.

9.9 - A Contratante será única e exclusivamente responsável pelos prejuízos e danos ocasionados aos seus Usuários/dependentes em decorrência de sua inadimplência, devendo ser responsabilizada e denunciada nos caso de eventuais demandas judiciais proposta pelos usuários/dependentes daquela empresa contra a Operadora.

9.10 - Caso a Operadora seja acionada judicialmente por algum usuário/dependente da Contratante, para proceder à cobertura de tratamentos, reparação de danos, indenizações, dentre outros, tendo em vista a rescisão contratual por inadimplência da Contratante e eventualmente venha ser condenada judicialmente ao pagamento destes custos ao usuário/dependente, terá direito de regresso contra a Contratante, podendo cobrar todos os valores suportados, com juros e correções monetárias.

9.11 - A Operadora não interferirá nas relações trabalhistas e/ou estatutárias entre Contratante e os usuários incluídos no presente contrato.

  
  
  
Mario Luis da Silva    Soraia de Assis  
AGEMED SAÚDE S.A.

## 10 - DOS REAJUSTES

10.1 – A atualização dos valores dos custos mensais individuais será efetuada anualmente, no mês de aniversário do plano, com base nos seguintes critérios:

- a) Reajuste financeiro com base na variação dos custos hospitalares (diárias e taxas hospitalares, materiais, gases medicinais, medicamentos e outros), honorários, introdução de tecnologia de ponta, exames complementares, serviços auxiliares; salários e despesas administrativas, apurados nos últimos 12 (doze) meses;
- b) Reajuste técnico decorrente da alteração do nível de sinistralidade que terá como base à reavaliação dos custos mensais individuais e sinistros da carteira específica da Contratante ocorridos nos últimos 12 (doze) meses, acrescidos da média da variação do IGPM no período ou outro índice que vier substituí-lo.
- c) Os reajustes financeiros e técnicos serão aplicados a todos os usuários/dependente, independentemente da idade;
- d) O critério de atualização previsto nos itens "a" e "b" poderão ter periodicidade inferior a um ano desde que haja concordância da Contratante

10.2 - Reajuste através da alteração de faixa etária, em razão da idade do usuário, observando para tanto os percentuais previstos no ANEXO I.

10.3 - O reajuste por variação de faixa etária não será aplicado aos usuários com mais de 60 anos de idade, que já tenham contribuído financeiramente com o plano de saúde ou plano sucessor, há mais de 10 (dez) anos.

10.4 - Os critérios de reajuste contratual obedecerão à comunicação à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) de acordo com as exigências previstas para cada modalidade de contratação.

## 11 – DO REEMBOLSO

11.1 - A Operadora assegurará, nos limites das obrigações contratuais, o reembolso das despesas efetuadas pela Contratante com assistência à saúde, **em caso comprovado de urgência/emergência**, quando não for possível a utilização da rede credenciada da Operadora, de acordo com os critérios e valores a seguir definidos:

### a) Despesas Hospitalares:

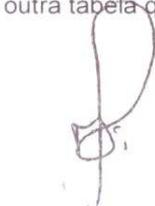
Independente do valor pactuado entre a Contratante/Usuário e o prestador não credenciado, para efeito de reembolso serão considerados como valor de cada serviço aqueles previstos na Tabela de serviços hospitalares da agemed administradora de planos de saúde Ltda, registrada no Ofício de Registro Civil de Títulos e Documentos de Joinville – SC, sob o nº 00078281, às fls. 00024 no livro B-265, arquivado sob o nº 25086827, ou outra tabela que venha substituí-la.

### b) Materiais e Medicamentos:

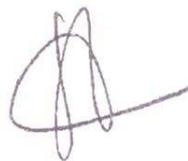
Independente do valor pactuado entre a Contratante/Usuário e o prestador não credenciado, para efeito de reembolso serão considerados os valores previstos como preço ao consumidor no Brasíndice vigente na data final do atendimento (alta do usuário). Os materiais e medicamentos não constantes no Brasíndice serão reembolsados com base na Tabela de Preços de orteses, próteses e materiais especiais da Agemed, registrada no Ofício de Registro Civil de Títulos e Documentos de Joinville – SC, sob o nº 00078283, às fls. 00026 no livro B-265, arquivado sob o nº 25086827, ou outra tabela que venha substituí-la.

### c) Honorários Médicos:

Serão reembolsados a título de honorários Médicos os valores previstos na Tabela de valores para reembolso de procedimentos médicos e hospitalares da Agemed Planos de saúde registrada no Ofício de Registro Civil de Títulos e Documentos de Joinville – SC, sob o nº 00076179, às fls. 00022 no livro B-258, arquivado sob o nº 25084697, ou outra tabela que venha substituí-la.



Mario Luis da Silva



Soraia de Assis

AGEMED SAÚDE S.A.

### 11.2 – Documentação para Reembolso

Para obtenção do reembolso, a Contratante deverá enviar à Operadora os seguintes documentos originais:

- a) Relatório do médico assistente contendo diagnóstico, tratamento efetuado e data do atendimento;
- b) Recibos individuais e originais dos honorários médicos devidamente quitados. Quando se tratar de pessoa jurídica, nota fiscal original e quitada. Em ambos os casos deverão ser discriminados os seguintes dados:
  - i. Nome completo do paciente, incluindo CPF e RG;
  - ii. Procedimento e data de sua realização;
  - iii. Atuação do médico (cirurgião, clínico, auxiliar, anestesista e outros);
  - iv. Valor dos honorários cobrados e valor dos descontos se houver;
  - v. Nome, número do Conselho Regional e CPF do médico;
  - vi. Assinatura do responsável pela emissão do documento com nome legível e CPF
- c) Conta hospitalar discriminada, inclusive relação de materiais e medicamentos utilizados, exames e taxas, nome do paciente, data do início do evento, data da alta hospitalar e relatório médico da internação, apresentando indispensavelmente a nota fiscal devidamente quitada. Ainda será facultada à Operadora periciar os prontuários médicos, resguardadas as normas éticas.
- d) Somente serão considerados válidos documentos originais apresentados pela Contratante à Operadora.

11.3 - O reembolso será realizado no prazo de 30 (trinta) dias contados da data da aceitação da documentação apresentada pela Contratante, através de cheque nominal ou depósito em conta bancária fornecida pela Contratante.

11.4 - Se a documentação não contiver todos os dados comprobatórios que permitam cálculo correto do ressarcimento, a Operadora poderá solicitar da Contratante documentação ou informações complementares sobre o procedimento a ser ressarcido, o que acarretará novo prazo de 30 (trinta) dias a partir desta entrega. A Contratante perderá o direito ao reembolso após decorridos 60 (sessenta) dias da data da alta médica, bem como se o evento ocorrer após a rescisão contratual ou se a rescisão ocorreu por inadimplência da Contratante.

11.5 – A Operadora se reserva o direito de analisar todo e qualquer valor apresentado pela Contratante para fins de reembolso, comparando-os com os valores médios para procedimentos idênticos ou similares.

## 12 - CARÊNCIA

12.1 - A exigência de carência se aplicará quando as inclusões de beneficiários ocorrerem 30 (trinta) dias após a celebração do contrato.

12.2 - A cada aniversário do contrato será permitida a inclusão de novos beneficiários sem o cumprimento de prazos de carência, desde que: (i) o beneficiário que tenha vínculo comprovado e esteja dentro do grau de parentesco previsto na Cláusula 2, item 2.1; e (ii) a proposta de adesão seja formalizada até trinta dias da data de aniversário do contrato.

12.3 - Após o término dos prazos definidos nos itens anteriores desta Clausula será exigido o cumprimento de prazos de carência. O cumprimento dos prazos de carência se dará da seguinte forma:

- Exames Complementares - 180 dias
- Procedimentos Ambulatoriais Especiais - 180 dias
- Atendimento Psiquiátrico Ambulatorial - 180 dias
- Internamento Clínico/Cirúrgico – 180 dias
- Internamento Psiquiátrico – 180 dias
- Partos – 300 dias

12.4 - Nos casos onde na Declaração de Saúde forem informadas Doenças e Lesões Preexistentes - DLP serão oferecidas as opções de Agravio ou Cobertura Parcial Temporária - CPT, seguindo todas as orientações e regras previstas na Clausula 15.

  
Mario Luis da Silva      
Soraia de Assis  
AGEMED SAÚDE S.A.

12.5 – A Operadora considerará para fins de contagem e aplicação dos prazos de carência, a data da assinatura da proposta de adesão de cada usuário no plano contratado.

### 13 – REMOÇÃO

13.1 -Fica garantida pela operadora a remoção inter-hospitalar em ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida do paciente depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência e desde que caracterizado pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela rede credenciada para a continuidade do tratamento.

13.2 - Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente que a do SUS, a operadora está desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

13.3 - Quando a remoção não puder ocorrer por risco de morte, o usuário titular e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando a operadora deste ônus.

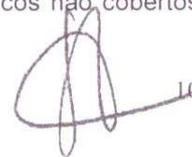
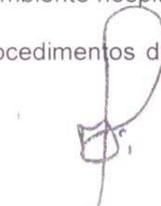
13.4 - A remoção do paciente se dará por via terrestre dentro dos limites de abrangência geográfica previsto no contrato e desde que a modalidade de contratação inclua internação hospitalar.

13.5 - Nos contratos de plano hospitalar e referência, que envolvam acordo de cobertura parcial temporária por doenças e lesões preexistentes, a cobertura do atendimento de urgência e emergência para essa doença ou lesão será igual àquela estabelecida para planos ambulatoriais, ou seja, a Operadora garantirá cobertura limitada até as 12 primeiras horas do atendimento, bem como a remoção do paciente para uma das unidades do sistema único de saúde (SUS) que disponha de recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento.

### 14 - DOS RISCOS EXCLUÍDOS

14.1 - Estão excluídas todas as coberturas deste plano de assistência, os tratamentos/despesas decorrentes de;

- a) casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- b) tratamentos clínicos ou cirúrgicos não éticos ou ilegais, assim definidos sob o aspecto médico ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- c) tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais;
- d) tratamento clínicos, cirúrgicos e/ou investigação diagnóstica com finalidade estética, bem como orteses e próteses para o mesmo fim;
- e) tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- f) inseminação artificial;
- g) fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;
- h) fornecimento de medicamentos para tratamento em regime domiciliar;
- i) fornecimento de próteses, orteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
- j) despesas médicas e/ou hospitalares efetuados antes do cumprimento das carências previstas nas condições particulares;
- k) exames realizados a pedido do usuário;
- l) despesas extraordinárias, tais como: diferenças de despesas médico-hospitalares motivadas por internação hospitalar em acomodação superior à contratada, por opção do usuário, despesas com frigobar, telefones, gorjetas e quebra de objeto, dieta não recomendada pelo médico ao paciente, produtos de toailete e de higiene pessoal, decorações, aparelho de tv e jornais;
- m) enfermagem de caráter particular seja em regime domiciliar ou hospitalar, mesmo que as condições do paciente e/ou extraordinários;
- n) tratamentos em clínicas de emagrecimento (exceto para tratamento de obesidade mórbida),clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar.
- o) transplantes (à exceção de córnea e rim)
- p) remoção para tratamentos clínicos ou cirúrgicos, ou procedimentos diagnósticos não cobertos pelo plano e remoções por via diferente da terrestre;



Mario Luis da Silva Soraia de Assis  
AGEMED SAÚDE S.A.

- q) procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior, ainda que a coleta de material seja no Brasil, ou fora da área geográfica de abrangência contratada;
- r) despesas não vinculadas diretamente à cobertura contratada pela Contratante;
- s) procedimentos odontológicos, ainda que decorrentes de acidente pessoal, exceto cirurgias buco-maxilo-facial que necessitem de ambiente hospitalar;
- t) todo e qualquer procedimento realizado fora da rede credenciada da Operadora, exceto para os casos de urgência/emergência.

## **15 – DECLARAÇÃO DE SAÚDE, AGRAVO, COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA, LESÕES E DOENÇAS PREEXISTENTES**

15.1 - A Contratante e seus usuários/dependentes estão cientes e concordam que é condição primordial para a manutenção deste contrato que o usuário/dependente informe à Operadora, expressamente através da Declaração de Saúde, a condição sabida de doença e/ou lesão preexistente, previamente à assinatura deste Contrato, sob pena de imputação de fraude, sujeito à suspensão ou denúncia do Contrato.

15.2 – Tal informação será prestada à Operadora a fim de que seja realizada uma entrevista qualificada com um médico indicado pela mesma sem nenhum ônus para a Contratante ou, a seu critério com um médico não pertencente ao quadro próprio ou credenciado da Operadora, assumindo neste caso, as despesas daí decorrentes. A Contratante poderá ainda abrir mão da utilização de profissional médico quando do preenchimento da declaração de saúde, responsabilizando-se pela veracidade das informações.

15.3 - A Operadora poderá solicitar em caráter complementar, a realização de alguns exames com o intuito de auxiliar o médico perito durante a avaliação de saúde do usuário/dependente.

15.4 - A Constatação, seja através da declaração de saúde, entrevista qualificada ou através de exames periciais, da existência de doença ou lesões preexistentes, resultará no agravamento do valor da mensalidade ou na cobertura parcial temporária pelo prazo de 24 (vinte e quatro) meses, a critério da Contratante. Para fins desta comprovação, a Operadora poderá utilizar-se de qualquer documento legal, assumindo o ônus da prova, e comunicando imediatamente ao usuário/dependente a existência de doença ou lesão, não declarada por ocasião da contratação do plano.

15.5 - A aplicação de Agravo liberará a utilização de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças ou lesões preexistentes, mediante o acréscimo nas contraprestações pecuniárias, observadas as carências normais previstas em contrato.

15.6 - A Cobertura Parcial Temporária provocará a suspensão da cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, relacionados às exclusões estabelecidas em contrato, às doenças e lesões preexistentes e quaisquer doenças específicas, por um prazo máximo de 24 (vinte e quatro) meses da data da assinatura do contrato. Findo o prazo, a cobertura será integral, não cabendo qualquer tipo de agravo.

15.7 – Caso a Contratante não concorde com a alegação da existência de doença ou lesões preexistentes, a Operadora deverá encaminhar a documentação pertinente à ANS.

15.8 - Se for acolhida a alegação pela ANS em favor da Operadora, a Contratante passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação pela Operadora.

15.9 - Não haverá, sob qualquer alegação, a suspensão do contrato até o julgamento pela ANS.

15.10 - Às crianças nascidas de parto coberto pela Operadora, não caberá qualquer alegação de doença ou lesão preexistente, desde sejam inscritas no contrato dentro de 30 dias do nascimento.



Mario Luis da Silva    Soraia de Assis  
AGEMED SAÚDE S.A.

15.11 - A Contratante será ainda co-responsável pelos danos decorrentes da fraude no preenchimento da declaração de saúde de seus Usuários, respondendo individualmente ou solidariamente pelo ressarcimento das despesas geradas à Operadora em decorrência deste ato ilícito.

## **16 - DOS PROCEDIMENTOS PERICIÁVEIS – NECESSIDADE DE AUTORIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO JUNTO À OPERADORA**

16.1 - Todos os procedimentos de saúde oferecidos através do presente contrato são classificados como procedimentos sujeitos à autorização prévia da Operadora.

16.2 - A Operadora reserva-se ainda, no direito de determinar a realização de perícia quando julgar necessário para elucidação de eventuais dúvidas acerca dos procedimentos solicitados pelos médicos responsáveis. A Operadora poderá pedir informações complementares ao médico assistente do usuário/dependente, caso seja constatada inexatidão ou omissão nas declarações e/ou informações prestadas nas Guias de Solicitação de Serviços/Procedimentos.

16.3 - Os procedimentos sujeitos à autorização prévia e/ou perícia, somente poderão ser considerados liberados para realização junto aos prestadores, após liberação dos mesmos pelo médico auditor da Operadora.

16.4 - As divergências de natureza médica sobre as coberturas e atendimentos previstos pelo plano, serão dirimidas por uma junta médica constituída de 3 (três) médicos, conforme a natureza do atendimento, sendo um nomeado pela Operadora, outro pela Contratante e um terceiro desempataador, escolhido pelos dois médicos nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da Operadora.

16.5 - Se não houver acordo na escolha do médico desempataador, a sua designação será solicitada ao Presidente do Conselho de Medicina sediado na localidade do litígio, devendo as partes (Operadora e Contratante) aguardarem todo o trâmite administrativo, sem alegação posterior de prejuízo tanto material quanto moral.

## **17 – UTILIZAÇÃO INDEVIDA – RESSARCIMENTO PELA CONTRATANTE**

17.1 - Os custos suportados pela Operadora, provocados pelo uso indevido do Cartão de Identificação, inclusive por usuários excluídos, serão cobrados da Contratante através de boleto de cobrança bancária, o qual deverá ser quitado até a data do seu vencimento.

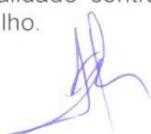
17.2 - O não pagamento desta fatura até a data de seu vencimento ocasionará multa de 10% (dez por cento) sobre o montante do débito, acrescido de juros de mora de 1% (um por cento) ao mês e atualização monetária do período.

17.3 – Caso a Operadora não Obtenha êxito na cobrança extrajudicial do débito, poderá ingressar judicialmente contra a Contratante, cobrando inclusive os valores referentes às custas judiciais e honorários advocatícios.

17.4 – A Contratante será unicamente ou solidariamente responsável pela pratica de atos ilícitos e/ou fraudulentos por seus Usuários/dependentes perante a Operadora, respondendo em todos os aspectos pelos danos daí decorrentes.

## **18 - REGRAS PARA PLANOS COLETIVOS – APOSENTADOS, EXONERADOS E DEMITIDOS SEM JUSTA CAUSA**

18.1 - Ao usuário que contribuir para o plano decorrente de vínculo empregatício, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, é assegurado o direito de manutenção na condição de usuário da cobertura de assistência à saúde contratada nas mesmas condições que gozava quando da vigência do contrato de trabalho e, desde que manifeste seu interesse em permanecer nesta modalidade contratual no prazo máximo de trinta dias após o cancelamento de seu contrato de trabalho.



Mario Luis da Silva Soraia de Assis  
AGEMED SAÚDE S.A.

- a) a período de manutenção da condição de usuário será de 1/3 do tempo de permanência no plano, com um mínimo assegurado de 6 meses e um máximo de 24 meses;
- b) esta condição é extensiva obrigatoriamente a todo o grupo familiar inscrito no plano quando da vigência do contrato de trabalho;
- c) em caso de morte o usuário titular, o direito de permanência é assegurado aos dependentes cobertos pelo plano ou seguro privado coletivo de assistência a saúde nos termos do disposto nesta cláusula.
- d) O direito assegurado nesta cláusula não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho;
- e) A condição prevista no caput deste artigo deixará de existir quando da admissão do usuário titular em novo emprego;
- f) Considera-se, na contagem de prazos de carência para essas modalidades de planos, o período de permanência do usuário no plano coletivo cancelado;
- g) No caso de aposentadoria, quando o usuário contribuir - financeiramente - para o plano de assistência a saúde, em decorrência do vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de 10 anos, é assegurado o direito de manutenção da condição de usuário, nas mesmas condições que gozava quando da vigência do contrato de trabalho;
- h) Ao aposentado que contribuir para o plano, em decorrência de vínculo empregatício, por período inferior ao estabelecido no item anterior é assegurado o direito de manutenção da condição de usuários, nas mesmas condições que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, a razão de um ano para cada ano de contribuição;
- i) Em qualquer dos casos (itens acima), o usuário deverá arcar com os custos mensais da cobertura contratada, inclusive de seus dependentes, nas mesmas condições previstas no contrato principal da contratante.

18.2 - Caso a operadora tenha registrado um plano individual/familiar - ativo na ANS - na época do cancelamento do plano coletivo, garantirá o direito de inclusão de usuário, no caso de rescisão ou exoneração do seu contrato de trabalho, sem justa causa, em contrato individual/familiar de assistência a saúde, sem necessidade de cumprimento de carência se esta já tiver sido cumprida no contrato coletivo. Caso tenha sido cumprida a carência, em parte, a mesma será aproveitada no plano individual/familiar, devendo ser cumprido o período de carência restante.

## 19 – DA VIGÊNCIA E CONDIÇÃO DE RENOVAÇÃO CONTRATUAL

19.1 - O período inicial de vigência do plano assistencial da Contratante é de 12 (doze) meses, contados a partir da assinatura do presente contrato.

19.2 - Ao término da primeira vigência contratual, não havendo qualquer manifestação das partes, no prazo de 30 dias de antecedência, o contrato passará a reger-se por prazo indeterminado, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato e para renovação.

## 20 – DA VIGÊNCIA DO RISCO INDIVIDUAL

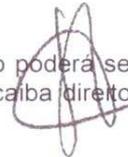
20.1 - Para os usuários/dependentes incluídos pela Contratante até o dia 10 de cada mês, a vigência do risco individual terá início a partir do Primeiro dia do mês subsequente.

20.2 - Para os usuários/dependentes incluídos pela Contratante após o dia 10 do mês, a vigência do risco individual somente terá início no mês posterior ao subsequente da solicitação, valendo inclusive para os casos de recém-nascidos, recém-casados e recém-admitidos.

20.3 – As datas previstas acima poderão ser adiadas se houver necessidade de esclarecimentos ou informações adicionais relativas a qualquer documentação, declaração de saúde ou quaisquer outros dados, tanto de usuário titular quanto de seus eventuais dependentes.

## 21 - DA RESCISÃO, EXCLUSÃO OU CANCELAMENTO CONTRATUAL

21.1 - Sem prejuízo das penalidades previstas em Lei, o presente contrato poderá ser rescindido de pleno direito, através de notificação prévia de 10 (dez) dias, sem que caiba direito a qualquer indenização, quando verificada as seguintes hipóteses:

  
Mario Luis da Silva     Soraia de Assis    13  
AGEMED SAÚDE S.A.

- a) No caso de inadimplência da Contratante por período não superior a 30 dias consecutivos ou não;
- b) Caso seja apurada pela Operadora qualquer irregularidade cometida por parte da Contratante/usuários e dependentes, dentre elas fraude, tentativa de fraude dolo ou inobservância das obrigações convencionadas nestas Condições Gerais;
- c) Se por má-fé a Contratante, usuários/dependentes omitir informações ou tentar, por qualquer meio, obter vantagem ilícita sobre a Operadora;
- d) Se a Contratante, usuários/dependentes praticar em suas declarações qualquer omissão, inexatidão ou erro, que tenham influenciado na aceitação das condições deste contrato.
- e) Se a natureza dos riscos deste contrato vier a sofrer alterações que a tornem incompatível com as condições técnico/atuariais mínimas de manutenção

21.2 - Na hipótese de rescisão contratual, na data de encerramento contratual, cessará para todos os fins, qualquer responsabilidade da Operadora perante a Contratante, usuários/dependentes, pelos serviços de assistência médica em geral, considerando para estes fins a cláusula 21.8.

21.3 - Para eventuais serviços em curso, como internações/tratamentos continuados, fica estabelecido que serão de responsabilidade da Contratante as despesas havidas após a rescisão contratual.

21.4 - A Contratante reconhece como dívida líquida e certa em favor da Operadora, com forma de título executivo extrajudicial, qualquer cobrança a atendimentos prestados a seus usuários/dependentes após a rescisão contratual. Será responsabilidade da Contratante proporcionar ciência da rescisão contratual aos seus usuários/dependentes.

21.5 - Exclusão do Usuário/Dependentes:

O usuário e seus dependentes serão automaticamente excluídos do contrato nas seguintes hipóteses:

- a) Quando a Contratante solicitar, a seu critério e sob sua responsabilidade - através de solicitação escrita;
- b) Automaticamente com a rescisão contratual entre a Contratante e a Operadora
- c) Quando ocorrer a morte do usuário titular;
- d) Quando cessar entre o usuário titular e a Contratante por justa causa - o vínculo sobre o qual foi realizado o plano.

21.6 - O cancelamento contratual do plano de saúde do usuário Titular, implicará no automático e imediato cancelamento de seus dependentes.

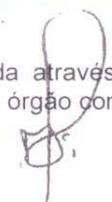
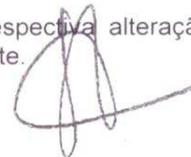
21.7 - A Contratante, em caso de rescisão contratual ou exclusão de seus Usuários, ficará responsável pelo recolhimento de todos os cartões de identificação fornecidos no ato da contratação, bem como será responsável por eventuais utilizações indevidas dos mesmos.

21.8 - As exclusões requeridas pela Contratante, seja por demissão ou por perda da condição de titular/dependente, deverão ser informadas à Operadora até o 10º dia de cada mês - acompanhadas do respectivo cartão de Identificação do Usuário - para que surtam os efeitos legais no mês subsequente, caso contrário às exclusões somente serão processadas no mês posterior ao subsequente da solicitação e as despesas daí decorrentes correrão por conta da Contratante.

21.9 - Independentemente do cancelamento contratual, fica ressalvado à Operadora o direito de cobrar valores não pagos pela Contratante durante a vigência dos serviços assistenciais contratados.

21.10 - É de responsabilidade da Contratante comunicar de imediato à Operadora qualquer alteração em seu endereço, para que todas as correspondências e documentos lhe sejam entregues em tempo hábil, inclusive os boletos de cobrança.

21.11 - A alteração de endereço deverá ser comprovada através da respectiva alteração do contrato social da empresa devidamente registrada junto ao órgão competente.

  
  
  
Mario Luis da Silva    Soraia de Assis  
AGEMED SAÚDE S.A.

21.12 - A inobservância da condição prevista nesta cláusula não impedirá a Operadora quanto à automática aplicação de todas as condições que regem o presente contrato, inclusive no que se refere a rescisão ou cancelamento contratual, sendo considerado para todos os fins, como endereço válido, aquele inicialmente informado na Proposta Contratual.

## **22 - DOS SERVIÇOS DISPONÍVEIS (próprios, credenciados ou referenciados).**

22.1 - A Operadora reserva-se o direito de cancelar os serviços preferenciais de hospitais, bem como nomear novos prestadores de serviços de atendimento do mesmo padrão, desde que haja aviso prévio de 30 (trinta) dias à Contratante e após justificativa à ANS, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraudes ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor.

22.2 - Caso ocorra a substituição de estabelecimento hospitalar durante o período de internação do usuário/dependente, o mesmo será imediatamente transferido para outra entidade hospitalar equivalente, sem qualquer ônus adicional, a critério do médico responsável e na forma definida neste contrato, ou, caso não seja possível sua imediata remoção, terá garantida a continuidade de seu tratamento até a alta hospitalar, ficando a Operadora responsável pelas despesas daí decorrentes.

22.3 - A Operadora deverá solicitar autorização expressa da ANS, com justificativas, para redimensionamento da rede hospitalar por redução, atendendo obrigatoriamente o disposto no artigo 17 da Lei 9.656/98.

## **23 – DISPOSIÇÕES GERAIS**

23.1 - Casos omissos e eventuais dúvidas deverão ser resolvidos entre as partes Contratantes e serão objeto de aditivo ao presente instrumento, quando for o caso.

23.2 - A Contratante e os usuários/dependentes inscritos neste contrato, autorizam a Operadora, sem quaisquer restrições, a receber cópia de Prontuário Médico, Informações Clínicas, Relatórios e Resultados de exames, junto aos médicos de quaisquer entidades públicas ou privadas de saúde, isentando-os desde já, de qualquer responsabilidade que implique em ofensa ao sigilo profissional.

23.3 - A propaganda, divulgação ou promoção do plano por parte da Contratante somente poderá ser feita com autorização expressa e supervisão da Operadora, respeitadas as condições do plano. A Operadora ficará isenta de qualquer responsabilidade por material divulgado pela Contratante, sem sua prévia autorização.

23.4 - A Contratante, como representante de seus usuários/dependentes, autoriza a Operadora a prestar todas as informações cadastrais, inclusive quanto aos atendimentos realizados, que venham ser solicitados pelos órgãos de fiscalização de assistência à saúde e ANS.

23.5 - Nenhuma responsabilidade caberá à Operadora pelos atendimentos médicos, atos, opiniões, procedimentos hospitalares e ambulatoriais prestados por sua rede credenciada de profissionais e entidades, em desconformidade com os padrões exigidos pela legislação de cada grupo, ficando tal responsabilidade restrita única e exclusivamente ao próprio prestador de serviços que tiver dado causa à infração.

23.6 - A Operadora não se responsabiliza por qualquer informação ou promessa que não esteja assinada por pessoa autorizada, nem mesmo por informações, promessas, promoções ou outros comprometimentos que não estejam previstos neste contrato, exceto se previamente por ela aprovado por escrito.

23.7 - O presente contrato obriga as partes Contratantes por si, seus herdeiros ou sucessores.

23.8 - Os direitos e vantagens adquiridos com a assinatura do presente Contrato não poderão ser transferidos, cedidos ou onerados, sob qualquer título, pretexto ou alegação.



Mario Luis da Silva Soraia de Assis  
AGEMED SAÚDE S.A.

23.9 - Qualquer concessão praticada pela Operadora no tocante as cláusulas do presente contrato, não se constituirá em novação, perdão, renúncia, alteração ou renovação contratual, bem como não caracterizará qualquer direito adquirido pela Contratante/Usuário/dependente.

23.10 - Efetuado o atendimento ao usuário ou seus dependentes por qualquer cobertura do plano contratado, a Operadora ficará automaticamente sub-rogada, até o valor despendido, em todos os direitos e ações que competirem ao usuário titular ou seus dependentes contra terceiros, obrigando-se o usuário titular a facilitar os meios ao pleno exercício desta sub-rogação.

23.11 - Este instrumento contratual foi elaborado levando-se em consideração a legislação vigente até o momento de sua assinatura contratual, assim, qualquer alteração das condições que implique em necessária modificação do que foi aqui estabelecido, sujeitará a novo ajuste das normas, inclusive com possíveis reflexos na contraprestação.

23.12 - A Contratante poderá solicitar a seu critério - através de comunicação formal dirigida à Operadora - alteração do plano de saúde contratado, para outro plano de nível superior oferecido pela Operadora. Neste caso, a Contratante estará subordinada ao cumprimento dos períodos de carência previstos para o novo contrato.

23.13 - As garantias do Plano terão seqüência como se a Contratante permanecesse no padrão de acomodação anterior, enquanto estiver cumprindo os novos prazos de carência para gozo do padrão de acomodação do novo Plano escolhido.

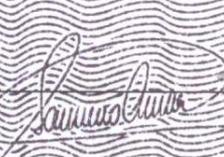
23.14 - A alteração de Plano deverá incluir todos os Usuários/Dependentes no Contrato.

23.15 - A Contratante fornecerá ainda à Operadora, para manutenção do contrato de prestação de serviços de Assistência à Saúde contratado, todos os documentos que eventualmente venham ser exigidos e definidos como obrigatórios pela Agência Nacional de Saúde Suplementar ou demais órgão de fiscalização.

23.16 - Para dirimir qualquer dúvida sobre o presente Contrato, fica eleito o Foro da sede da Contratante.

Joinville, 17 de JANEIRO de 2014.

  
ABEPOM  
Contratante  
José Aroldo Schlichting  
Cel PM  
Presidente  
ABEPOM

  
Agência Saúde S.A.  
Operadora  
Samuel Lima

VÁLIDO PARA CONTRATOS

Testemunhas:

1. Sara Pesenti  
Nome: SARA GABRIELA PESENTI  
CPF: 099.784.349-76

2. \_\_\_\_\_  
Nome:  
CPF:

## GLOSSÁRIO - CONCEITOS E DEFINIÇÕES

- 1 - **Aborto Involuntário:** Interrupção de uma gravidez em curso não provocada voluntariamente.
- 2 - **Acidente pessoal:** é todo evento, exclusivo e diretamente externo, súbito, com data caracterizada, imprevisível, involuntário e violento, causador de lesão física, por si só e independente de qualquer outra causa torne necessária a internação e/ou tratamento médico.
- 3 - **Acidente do Trabalho:** qualquer intercorrência que aconteça com o usuário em seu ambiente de trabalho, assim como em seu trajeto de ida ou retorno.
- 4 - **Acupuntura:** Tratamento de certas perturbações funcionais, inclusive para aliviar determinadas dores com utilização de agulhas.
- 5 - **Agravo:** é o acréscimo que o consumidor vai pagar por mês para ter direito imediato à cobertura completa de doenças e lesões preexistentes.
- 6 - **Ambulatório:** enfermaria para consultas ou primeiros socorros, atendimentos de curativos ou pequenas cirurgias.
- 7 - **Atendimento de emergência:** é aquele decorrente de imprevisto, de evento perigoso e de fortuito, embora não necessite de ser atendido com rapidez, imediatamente. É aquele decorrente de risco de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente.
- 8 - **Atendimento de urgência:** é o procedimento que deve ser feito com rapidez, imediatamente, ou seja, é aquele decorrente de acidente pessoal ou de complicações no processo gestacional.
- 9 - **Beneficiário:** é aquele favorecido por vantagem (benefício) ou direito (também chamado de usuário).
- 10 - **Benefício:** trata-se de uma cobertura não obrigatória, expressamente prevista em contrato e oferecida ao usuário.
- 11 - **Carência:** é um período pré-determinado no início do contrato, durante o qual o usuário não pode usar integralmente os serviços oferecidos pelo plano ou seguro saúde.
- 12 - **Cartão Individual de Identificação:** é o cartão que contém a identidade do usuário, com todos os dados necessários para permitir seu atendimento nos departamentos conveniados com a Operadora.
- 13 - **Cartão Proposta:** Documento mediante o qual o proponente expressa a intenção de contratar um Plano Coletivo de Assistência à saúde, manifestando pleno conhecimento de suas obrigações e direitos estabelecidos no Plano que esteja adquirindo.
- 14 - **CID:** Código Internacional de Doenças, divulgado pela OMS – Organização Mundial de Saúde.
- 15 - **Check-up:** Série de exames, inclusive clínico para detectar doenças ou alterações orgânicas que são comuns na faixa etária e sexo do usuário.
- 16 - **Coberturas/Garantias:** São riscos cobertos de acordo com o plano contratado.
- 17 - **Cobertura parcial temporária:** é a exclusão do tratamento integral de doenças preexistentes enquanto o usuário do plano cumpre a carência.
- 18 - **Condições Gerais:** clausulas contratuais que estabelecem obrigações e direitos tanto da Operadora quanto do Usuário de um mesmo Plano Coletivo de Assistência à Saúde.
- 19 - **Co-participação:** é a participação na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário diretamente à Operadora, após a realização do procedimento
- 20 - **Contratada:** é a empresa que se obriga perante a Contratante/usuário, garantindo a prestação de serviços de assistência à saúde, através de seus médicos ou profissionais contratados.(Operadora)
- 21 - **Contratante:** é o indivíduo ou empresa, devidamente identificado na Proposta de Adesão ou Contrato, que contrata a prestação de serviços de assistência à saúde para seus funcionários, para si ou para seus dependentes.
- 22 - **Curetagem:** Raspagem do interior do útero com auxílio de uma cureta (instrumento com a forma de colher).
- 23 - **Declaração de Saúde:** é o questionário fornecido pela Contratada, preenchido pelo Contratante e seus dependentes, destina-se a declarar a existência de doenças preexistentes, servindo ainda como avaliação do estado de saúde do usuário e dependentes.
- 24 - **Dependentes:** são os usuários que dependem por lei do titular do contrato.
- 25 - **Despesas Médico-Hospitalares:** São as despesas de honorários médicos, serviços hospitalares e diagnose, materiais e medicamentos cobertos pelo Plano Coletivo de Assistência à Saúde.
- 26 - **Diagnose:** Determinação através de sintomas e/ou mediante exames diversos para confirmação de um diagnóstico.

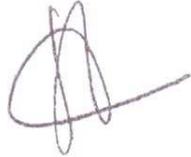
- 27 - **Diálise Peritonial:** Processo terapêutico que consiste em introduzir e retirar da cavidade abdominal, de modo contínuo e intermitente, uma determinada solução, depurando o sangue de diversas substâncias nocivas.
- 28 - **DIU:** Dispositivo intra uterino.
- 29 - **Doença:** é o distúrbio de saúde definido, com sintomas e sinais que leva o indivíduo a tratamento médico hospitalar.
- 30 - **Doenças ou lesões preexistentes:** são doenças e lesões que o Contratante e seus dependentes, tinham conhecimento ou sabiam ser sofrendores ou portadores no momento da assinatura do contrato.
- 31 - **Dolo** - é a intenção de cometer um fato contrário à lei com conhecimento de sua ilicitude.
- 32 - **Eletivo:** é o procedimento médico não considerado de urgência ou emergência.
- 33 - **Embolia:** Obstrução do sistema vascular.
- 34 - **Endoprótese:** Tipo de prótese instalada internamente em um membro ou órgão.
- 35 - **Evento:** Conjunto de ocorrências e/ou serviços de assistência médico e/ou hospitalares, que tenham por origem ou causa o mesmo acidente ou doença.
- 36 - **Exames:** são os procedimentos complementares, que auxiliam no diagnóstico do paciente, disponibilizando ao médico responsável uma melhor análise das condições gerais e específicas do paciente.
- 37 - **Fonoaudiologia:** Estudo dos distúrbios da voz e da audição.
- 38 - **Foro:** a Cidade ou comarca que determina a competência do Juízo para a causa.
- 39 - **Franquia:** é o valor financeiro a ser pago pelo beneficiário diretamente ao prestador da rede credenciada ou referenciada no ato da utilização do serviço, por não ser responsabilidade contratual da Operadora.
- 40 - **Fraude:** Ação Praticada de má-fé (ação mal intencionada) e que, em certas circunstâncias, configura estelionato.
- 41 - **Hemodiálise:** Processo terapêutico em que o sangue, mediante o uso de equipamento especial, é depurado de diversas substâncias nocivas.
- 42 - **Hemodinâmica:** Exame dos movimentos do sangue e dos fatores que nele intervêm.
- 43 - **Homeopatia:** Tratamento através de substâncias em doses diluídas.
- 44 - **Internação Hospitalar:** quando o usuário fica sob os cuidados do hospital para ser submetido a algum tipo de tratamento.
- 45 - **Laparoscopia:** Visualização dos órgãos abdominais com auxílio de aparelho especial (laparoscópio).
- 46 - **Medicina Alternativa:** Tratamento de doenças por métodos não convencionais.
- 47 - **Mensalidade:** é o valor pago mensalmente pelo Contratante, face ao contrato firmado e ao plano de saúde escolhido. (também chamado de Custo Fixo Mensal)
- 48 - **Nutrição Parenteral:** Nutrição por via que não o tubo digestivo.
- 49 - **Nutrição Enteral:** Nutrição via tubo digestivo.
- 50 - **Órtese:** Tipo de prótese externa. É a peça ou aparelho que auxilia o desempenho de um órgão do corpo (por exemplo, marca-passo, etc)
- 51 - **Osteossíntese:** Reconstrução óssea.
- 52 - **Plano:** é o tipo de cobertura contratada que o Contratante adquire na assinatura do contrato.
- 53 - **Plano Seguro Saúde Agemed com Franquia:** É o contrato assinado com a AGEMED, no qual está determinado o limite de RISCO financeiro do Contratante nas despesas por usuário nas coberturas Ambulatoriais e por evento nas coberturas hospitalares, acima do qual ele transfere para a Operadora.
- 54 - **Prazo:** é o período de duração.
- 55 - **Prenhez Ectópica:** Gravidez fora do útero.
- 56 - **Prescrição Terapêutica:** Receita médica para tratamento de uma doença.
- 57 - **Procedimento médico ambulatorial:** são os procedimentos executados no máximo com anestesia local, que não exijam a presença de médico anestesista e que não ultrapasse o máximo de 12 (doze) horas entre o início do procedimento e a alta do paciente.
- 58 - **Profilaxia:** Parte da medicina que tem por objeto as medidas preventivas contra as enfermidades (emprego de meios para evitar doenças).
- 59 - **Proposta de Adesão:** trata-se do documento preenchido pelo Contratante e contratada, que firma as condições do contrato. Este termo dá direito ao Contratante de fazer parte de um determinado contrato, somente após a assinatura de ambas as partes neste termo e aprovação contratual pela Operadora, que se dará o início da vigência do contrato.

Mario Luis da Silva

Soraia de Assis

AGEMED SAÚDE S.A.

- 60 - Prótese:** Substituto artificial de um membro ou órgão, bem como qualquer aparelho que auxilie ou aumente uma função natural (exemplo, pinos metálicos, válvulas cardíacas, etc).
- 61 - Psicoterapia:** Tratamento das doenças mentais pela sugestão.
- 62 - Quarto Coletivo (Standard):** é o leito hospitalar, utilizado respectivamente por dois ou mais pacientes.
- 63 - Quimioterapia:** Tratamento com substâncias químicas que visa a destruição de tumores.
- 64 - Radiologia:** Exames radiológicos empregados para diagnósticos.
- 65 - Radioisótopos:** Tratamento através de material radioativo.
- 66 - Radioterapia:** Tratamento com radiação que visa a destruição de tumores.
- 67 - Reembolso:** é a devolução dos valores gastos em atendimento de urgência/emergência, quando não for possível a utilização da rede contratada, até o limite da tabela referência de valores praticados pela contratada.
- 68 - Risco:** É o evento futuro, provável e incerto, contra o qual o Usuário previne-se através de um Plano Coletivo de Assistência à Saúde.
- 69 - Operadora:** É a pessoa jurídica devidamente autorizada pela ANS para comercializar o Plano Coletivo de Assistência à Saúde.
- 70 - Senilidade:** Relativo a velhice.
- 71 - Sinistro:** É ocorrência dos serviços que proporcionaram o atendimento das coberturas pactuadas nestas Condições Gerais.
- 72 - Sublevação:** Incitar à revolta.
- 73 - Sub-rogação:** Direito que a lei confere a Operadora que pagou a indenização ao Usuário, de assumir seus direitos contra os terceiros responsáveis pelo prejuízo.
- 74 - Titular:** é o indivíduo Contratante do plano de saúde.
- 75 - Transplantes:** Remoção de tecidos ou órgãos de uma parte do corpo e colocação em outra parte do mesmo organismo ou em organismo distinto.
- 76 - Transtornos Psiquiátricos:** Patologias apresentadas, orgânicas ou não, que comprometem a saúde mental, afetando a relação com o meio social, familiar, profissional, etc..
- 77 - Usuário:** é a pessoa inscrita no contrato ou termo de adesão, que usufruirá dos serviços contratados, seja como titular ou dependente.
- 78 - Vigência:** é a data a partir da qual passam a entrar em vigor os termos contratados.



Mario Luis da Silva Soraia de Assis  
AGEMED SAÚDE S.A.

### ANEXO CONTRATUAL I

- a) A atualização dos valores dos custos mensais individuais será efetuada anualmente, através da alteração de faixa etária em conformidade com a tabela abaixo:

FREE TOTAL 600 EXECUTIVO				
FAIXAS	PORCENTUAL POR FAIXA	VALOR	QTDE-USUÁRIOS	TOTAL DE FAIXA
00-18	0.00%	R\$116,23	1	R\$ 116,23
19-23	21.00%	R\$156,68	1	R\$156,68
24-28	19.85%	R\$202,72	1	R\$202,72
29-33	17.23%	R\$215,99	1	R\$215,99
34-38	17.64%	R\$226,60	0	R\$0,00
39-43	13.50%	R\$243,01	1	R\$243,01
44-48	13.23%	R\$303,04	1	R\$303,04
49-53	12.83%	R\$338,81	0	R\$0,00
54-58	16.91%	R\$404,58	0	R\$0,00
59-+	37.17%	R\$524,69	0	R\$0,00
<b>Total</b>			Usuários 6	<b>R\$1.237,67</b>

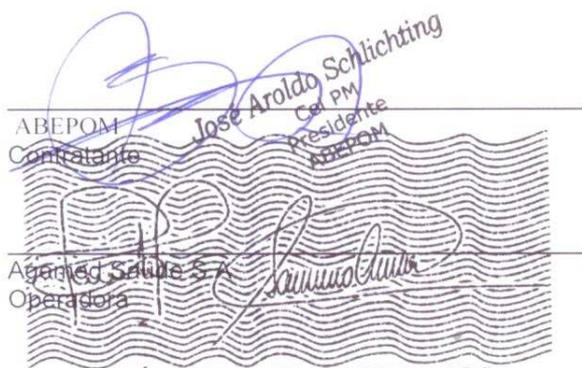
- b) Além dos valores previstos na tabela acima, a Contratante ficará condicionada ao pagamento das franquias previstas para o plano de assistência à saúde, contratado.

Joinville, 17 de JANEIRO de 2014.

ABEPOM  
Contratante

Jose Aroldo Schlichting  
Cel PM  
Presidente  
ABEPOM

Agência Saúde S.A.  
Operadora



VÁLIDO PARA CONTRATOS

Testemunhas:

1. Sara Pesenti  
Nome: SARA GABRIELA PESENTI  
CPF: 099.784.349-76

2. Juvêncio Gomes Silva  
Nome: Juvêncio Gomes Silva  
CPF: \_\_\_\_\_  
Gerehte Geral  
ABEPOM

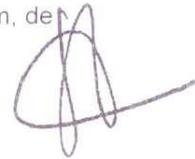
DECLARAÇÃO DE CONHECIMENTO DE PLANO REFERÊNCIA

COLETIVO POR ADESÃO REGISTRO Nº 459930096

Em atendimento a Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, declaro para os devidos fins, na qualidade de representante legal da Contratante, que tomei conhecimento de todos os termos do **Plano Referência registrado na ANS sob o número 459930096**, o qual possui cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, leito de terapia intensiva ou similar com padrão de internação enfermagem, deixando porém, de contratá-lo por livre opção.



Mario Luis da Silva



Soraia de Assis

AGEMED SAÚDE S.A.

Joinville, 17 de JANEIRO de 2014.



ABEPOM  
José Aroldo Schlichting  
Cel PM  
Presidente  
ABEPOM

Contratante