

REGULAMENTO BÁSICO SAMP/AGMP

Registro ANS: 402206

CAPITULO I DO OBJETO

Art. 1 - O presente regulamento tem por finalidade a Prestação de Serviços continuada de Assistência a Saúde, pelo SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA AOS MEMBROS DO MINISTÉRIO PÚBLICO - ASSOCIAÇÃO GOIANA DO MINISTÉRIO PÚBLICO - SAMP/AGMP, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência médico-hospitalar visando à prevenção da doença, a recuperação e a manutenção da saúde, abrangendo a cobertura descrita no Rol de Procedimentos Médicos editados pela ANS, vigente à época do evento, com cobertura para todas as doenças do CID-10, em consonância com o inciso I, do art. 1º, da Lei no 9.656/98.

Art. 2 - Por admitir e determinar direitos e obrigações individuais para ambas as partes, nos termos dos artigos 458 a 461, do Novo Código Civil, a natureza deste contrato é bilateral e de adesão. Tem como características a onerosidade e a aleatoriedade, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

Art. 3 - No plano existem situações em que, de acordo com a legislação vigente, haverá algumas hipóteses de EXCLUSÃO, CARÊNCIA e COBERTURA LIMITADA, as quais encontram-se previstas e definidas neste regulamento.

CAPITULO II DAS DEFINIÇÕES

Art. 4 - Para todos os efeitos deste regulamento, ficam expressas as seguintes definições:

I. Acidente pessoal

É todo evento externo, súbito, involuntário e violento não definido por lei como acidente de trabalho, causador de lesão física, excluídos os casos dentários e sísmicos de qualquer natureza.

II. Acidente de Trabalho

É qualquer intercorrência que aconteça com o beneficiário em seu ambiente de trabalho, assim como em seu trajeto. Este conceito abrange a recuperação e a reintegração do trabalhador em suas atividades profissionais. **Não sendo objeto deste regulamento.**

III. Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS

É o órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades de assistência suplementar à saúde, tendo como finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as

operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde suplementar no País.

IV. Agravo da Contraprestação

É qualquer acréscimo no valor da contraprestação pecuniária do plano.

V. BENEFICIÁRIO TITULAR

É a pessoa física Associada à AGMP que contrata os serviços de assistência médico – hospitalar, através da assinatura do contrato, investida de todos os poderes de representação dos beneficiários titulares e dependentes perante o **SAMP/AGMP**.

VI. Beneficiário Agregado

São considerados agregados, qualquer outra pessoa que mantém vínculo com o beneficiário titular, mas que não se enquadra na definição de beneficiário dependente, incluídos no plano SAMP/AGMP anterior a 24 de abril de 2010.

VII. Beneficiário Dependente

São os dependentes diretos dos beneficiários titulares, compreendendo-se como tais, para efeito deste regulamento, o esposo(a) ou companheiro(a) e filhos(as) solteiros até 24 anos de idade incompletos, os filhos incapazes de qualquer idade, os tutelados e os que estão sob termo de guarda e responsabilidade do titular e aqueles declarados judicialmente dependentes do titular.

VIII. Beneficiário Vinculado

É qualquer outra pessoa que mantém vínculo com o beneficiário titular, compreendendo-se como tais: pai, mãe, genro, nora, neto e neta.

IX. Carência

É o espaço de tempo durante o qual os usuários **não** têm direito a determinadas coberturas, mesmo pagando as taxas mensais ajustadas.

X. Cartão Individual de Identificação

É a cédula onde se determina a identidade do beneficiário (nome, idade, código de inscrição na **SERVIÇO MÉDICO SAMP/AGMP**, etc.) e é, também, o comprovante de sua ADMISSÃO no plano de saúde.

XI. Cirurgia Eletiva

É aquela decorrente de evento coberto por este regulamento e não considerado emergência ou urgência.

XII. Cirurgia Reparadora

Aquela efetuada, exclusivamente, para a restauração de funções em órgãos, membros e regiões que tenham sido afetados em decorrência de acidentes pessoais ou doenças cobertas por este regulamento e ocorridos na vigência deste.

XIII. Cobertura Parcial Temporária

É a não cobertura pelo prazo de 24 (vinte e quatro) meses de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, relacionados com doenças ou lesões preexistentes e qualquer outra a elas relacionadas.

XIV. Operadora

O Serviço De Assistência Médica Aos Membros Do Ministério Público - Associação Goiana do Ministério Público, sociedade civil legalmente autorizada a operar planos de saúde, estando inclusive com registro na Agência Nacional de Saúde – ANS, sob nº 40220-6, bem como registrada no CREMEGO - Conselho Regional de Medicina do Estado da Goiás sob nº 1584.

XV. Co-Participação

É o montante, definido na Proposta de Admissão, em termos percentuais ou valores monetários, para cada procedimento realizado, pelo qual o **ASSOCIADO(A) BENEFICIÁRIO** se obriga a pagar ao **SERVIÇO MÉDICO SAMP/AGMP** ou, diretamente, a quem execute a assistência suplementar à saúde.

XVI. Declaração Pessoal de Saúde

É o documento formal previsto em lei, que faz parte integrante deste regulamento e tem como objetivo principal, quando for o caso, relacionar todas as doenças e condições de saúde de conhecimento prévio do declarante, na data de assinatura deste instrumento.

XVII. Doença aguda

É toda doença de aparecimento súbito, causadora de morbidade provisória e, na grande maioria dos casos reversível à tratamento.

XVIII. Doença Congênita

É a doença ou anomalia que existe desde o nascimento, podendo ser hereditária ou adquirida durante a vida intra-uterina ou por ocasião do parto.

XIX. Doenças preexistentes

São as doenças ou lesões que o usuário tinha conhecimento na data de sua inscrição no cadastro do **SERVIÇO MÉDICO SAMP/AGMP**.

XX. Emergência

É qualquer alteração súbita nas funções do organismo que demandem imediata assistência médica por implicar risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

XXI. Exame

É o procedimento complementar solicitado pelo médico, que possibilita uma investigação diagnóstica para melhor avaliar as condições clínicas do beneficiário.

XII. Evento

É toda ocorrência ocasionada por dano involuntário à saúde do beneficiário, em consequência de acidente pessoal ou doença.

XXIII. Franquia

Representa a participação financeira do beneficiário nos casos de internação hospitalar previstos no regulamento.

XXIV. Guia de Serviços de Saúde (ou Guia Médico)

É o manual elaborado pelo **SERVIÇO MÉDICO SAMP/AGMP**, que contém informações e procedimentos a serem seguidos pelos usuários para utilização das coberturas contratadas. Contém, ainda, a lista dos serviços da rede credenciada.

XXV. Hospitais de Tabela Própria

São aqueles hospitais que utilizam suas próprias listas de preços e procedimentos, não se sujeitando à Tabela de Referência de terceiros. Os hospitais de tabela própria e/ou de alto custo não estão incluídos na cobertura deste regulamento.

XXVI. Leitos de Alta Tecnologia

Unidades de terapia intensiva, unidades de terapia semi-intensiva, recuperação pós-anestésica, unidades intermediárias, unidades coronarianas, unidade de tratamento de pacientes queimados, unidade de hemorragia digestiva e unidades de isolamento.

XXVII. Órtese

Dispositivo ou aparelho ortopédico, usado para suportar, alinhar, prevenir ou corrigir deformidades, ou para melhorar a função de partes móveis do corpo. Ex.: talas, muletas, cadeiras ortopédicas, aparelhos para membros, coletes etc...

XXVIII. Plano

É a opção de cobertura adquirida pelo Aderente, através das segmentações.

XXIX. Procedimentos de Alta Complexidade

Consideram-se Procedimentos de Alta Complexidade aqueles assim nomeados no Rol de Procedimentos Médicos da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS em vigor na data em que ocorrer o evento.

XXX. Proposta de Admissão

É o documento validado pelo **SERVIÇO MÉDICO SAMP/AGMP**, preenchido pelo **ASSOCIADO(A) BENEFICIÁRIO** que expressa a constituição do vínculo jurídico entre as partes e firma as condições do regulamento.

XXXI. Prótese

Substituição de um órgão ou parte natural por uma peça artificial. Órgãos, partes do corpo artificiais, tais como olho, perna, mão, dentadura, válvula etc...

XXXII. Rede Credenciada

É a relação dos prestadores de serviços (médicos, hospitais, prontos-socorros, clínicas, laboratórios e demais estabelecimentos especializados na área da medicina), que estão autorizadas a atender os beneficiários nos eventos cobertos por este regulamento.

XXXIII. Regulamento

É o documento legal que define as garantias, limites e exclusões relativas ao plano.

XXXIV. Tabela de Referência

É a lista indicativa de procedimentos e seus respectivos valores, aplicada às hipóteses em que seja necessária a aferição de preços dos serviços de assistência à saúde, como nos casos de co-participação e reembolso, por exemplo.

XXXV. Contribuição Mensal

É o valor expresso em moeda corrente e pago mensalmente pela beneficiário Titular ao **SERVIÇO MÉDICO SAMP/AGMP**, antecipadamente, para garantir as coberturas previstas neste Regulamento.

XXXVI. Urgência

São os casos decorrentes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

XXXVII. Usuários

São todos os beneficiários titulares, dependentes, agregados e vinculados inscritos pelo **PRIMEIRO** no cadastro do **SERVIÇO MÉDICO SAMP/AGMP**.

CAPÍTULO III CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

Art. 5 -TIPO DE CONTRATAÇÃO: Plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população que possua ligação com a Operadora, Instituidora, Mantenedora ou Patrocinadora de caráter profissional, classista ou setorial.

Art. 6 – Podem ser inscritos no plano **SAMP/AGMP** como beneficiários titulares, para efeito do presente regulamento, todos os **ASSOCIADOS(AS)** da **AGMP**.

Art. 7 - São considerados beneficiários dependentes, para efeito deste regulamento, os dependentes diretos dos beneficiários titulares, compreendendo-se como tais, O esposo(a) ou companheiro(a) e filhos solteiros até o limite de 24 (vinte e quatro) anos de idade incompletos, os filhos incapazes de qualquer idade, os tutelados e os que estão sob termo de guarda e responsabilidade do titular e aqueles declarados judicialmente dependentes do titular.

Art. 8 - São considerados agregados, qualquer outra pessoa que mantém vínculo com o beneficiário titular, mas que não se enquadra na definição de beneficiário dependente, incluídos no plano anterior a 24 de abril de 2010.

Art. 9 – São considerados vinculados, filhos maiores de 24 anos, incluídos posterior a 24 de abril de 2010, e ainda, pai, mãe, genro, nora, neto e neta.

Art. 10 - VIGÊNCIA - O período de vigência será a data de aprovação e assinatura do contrato. O contrato tem renovação automática e por prazo indeterminado, a partir do prazo inicial de vigência, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação, bem como a incidência de qualquer período adicional de carências. A data do início da vigência é a data de assinatura do contrato, para efeito de reajuste anual.

Art. 11 - Plano: SERVIÇO MÉDICO SAMP/AGMP – com direito a internação hospitalar em apartamento privativo com acompanhante e atendimento na Rede Credenciada SAMP.

Art . 12 - Abrangência: REDE CEDENCIADA - SAMP/AGMP – Estadual

CAPÍTULO IV DAS COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

Art. 13 - Respeitados os prazos de carência, as exclusões e as coberturas estabelecidas nestas Condições Gerais, o BENEFICIÁRIO terá cobertura para as despesas ambulatoriais, hospitalares, exames complementares e serviços auxiliares listados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, conforme o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, relacionados às doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde (CID 10).

Art. 14 - A participação de profissional médico anestesiológico nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento terá cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação cirúrgica.

Art. 15 - O atendimento, dentro da segmentação e da área de abrangência estabelecida no contrato, está assegurado independentemente do local de origem do evento.

CAPÍTULO V COBERTURAS AMBULATORIAIS EM UNIDADES DA REDE CREDENCIADA PELA OPERADORA

Art. 16 - Ao BENEFICIÁRIO serão asseguradas as coberturas com despesas decorrentes de cirurgias ambulatoriais que não necessitem de internação hospitalar, consultas médicas, exames clínicos e laboratoriais, bem como terapias, conforme relacionado a seguir:

- a) Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, aptas a atender as especialidades 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;
- c) Procedimentos de fisioterapia em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente;
- d) Consultas e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, conforme indicação do médico assistente.
- e) Psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, que poderão ser realizados tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme indicação do médico assistente;
- f) Atendimentos nos casos de planejamento familiar, incluindo:

- atividades educacionais;
- consultas de aconselhamento para planejamento familiar;
- implante de dispositivo intra-uterino (DIU) hormonal incluindo o dispositivo.

g) Os seguintes procedimentos, considerados especiais:

- Hemodiálise e diálise peritonial;
- Quimioterapia oncológica ambulatorial;
- Radioterapia;
- procedimentos de hemodinâmica ambulatorial;
- Hemoterapia ambulatorial;
- Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

CAPÍTULO VI

COBERTURAS HOSPITALARES EM UNIDADES DA REDE CREDENCIADA PELA OPERADORA

Art. 17 - Ao BENEFICIÁRIO serão asseguradas as coberturas de despesas médico-hospitalares, sem limite de prazo, valor máximo e quantidade de internação, em unidades credenciadas aptas a atender as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM, englobando os seguintes itens:

a) Internações hospitalares clínicas e/ou cirúrgicas, bem como o acesso à acomodação em nível superior (Apartamento Padrão), sem ônus adicional, na indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou contratados pelo plano e internações em Centro de Terapia Intensiva ou similar;

b) Despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem, exceto quando em caráter particular, e alimentação;
Toda e quaisquer taxas, incluindo materiais utilizados, assim como a remoção do paciente, quando comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, em território brasileiro, dentro dos limites da abrangência geográfica prevista no contrato;

c) Remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro;

d) O BENEFICIÁRIO terá direito à cobertura de despesas de diária(s) de 1 (um) acompanhante, no caso de paciente menor de 18 (dezoito) anos e com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente, no local da internação, excetuado os casos de CTI ou similar;

e) Exames complementares indispensáveis ao controle da evolução da doença e à elucidação diagnóstica realizados durante o período de internação hospitalar;

f) Fornecimento de medicamentos nacionais e nacionalizados, anestésicos, gases medicinais e transfusões, conforme prescrição do médico assistente ministrados durante o período de internação hospitalar;

g) Atendimentos nos casos de planejamento familiar incluindo o seguinte procedimento: sulfato de DEHIDROEPIANDROSTERONA (SDHEA);

h) Os seguintes procedimentos, considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:

- Hemodiálise e diálise peritoneal;
- Quimioterapia oncológica ambulatorial;
- Radioterapia;
- Hemoterapia;
- Nutrição enteral ou parenteral;
- Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica; - Embolizações e radiologia intervencionista;
- Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- Procedimentos de fisioterapia;

i) Cirurgia plástica reparadora quando efetuada para restauração de órgãos e funções conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

j) 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;

k) Cirurgia buco-maxilo-facial, realizada por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar;

l) Estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar;

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

CAPÍTULO VII
COBERTURA PARA SAÚDE MENTAL EM UNIDADES DA REDE CREDENCIADA
PELA OPERADORA

Art. 18 - Ao BENEFICIÁRIO serão asseguradas as coberturas das despesas relativas à saúde mental correspondentes ao tratamento de todos os transtornos psiquiátricos codificados na CID-10.

Art. 19 - A cobertura ambulatorial, sem internação, garantirá:

a) Atendimento às emergências psiquiátricas, assim consideradas as que impliquem ao BENEFICIÁRIO ou a terceiros, risco à vida ou danos físicos (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão) e/ou risco de danos morais ou patrimoniais importantes;

b) Psicoterapia de crise, entendida como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área de saúde mental, iniciada imediatamente após o atendimento de emergência, com duração máxima de 12 (doze) semanas, limitada à cobertura de 12 (doze) sessões, não cumulativas, por ano de vigência do contrato;

c) Tratamento básico, assim entendido aquele prestado pelo médico assistente, ou sob sua orientação, com número ilimitado de consultas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico ou outros procedimentos ambulatoriais.

Art. 20 - A cobertura com internação garantirá:

a) 15 (quinze) dias, não cumulativos, por ano de vigência, em hospital geral, para portador de transtornos psiquiátricos em situação de intoxicação ou abstinência, provocada por alcoolismo ou outras formas de dependência química, que necessitem de hospitalização.

b) 30 (trinta) dias, não cumulativos, por ano de vigência, em hospital psiquiátrico, em unidade de terapia ou em enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portador de transtornos psiquiátricos em situação de crise.

c) todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos, incluindo o atendimento das lesões auto-infligidas;

d) 180 (cento e oitenta) dias, não cumulativos, por ano de vigência, em regime de Hospital Dia, para tratamento de transtornos psiquiátricos, especificamente para diagnósticos relacionados no CID 10 (Classificação Internacional de Doenças) a seguir relacionados: F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79, e F90 a F98.

CAPÍTULO VIII COBERTURAS OBSTÉTRICAS

Art. 21 – DAS COBERTURAS OBSTÉTRICAS

- a) Procedimentos relativos ao pré-natal e à assistência ao parto e puerpério;
- b) Cobertura de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, e pós-parto imediato;
- c) Cobertura assistencial ao recém-nascido (a), filho(a) natural ou adotivo(a) do BENEFICIÁRIO, durante os 30 (trinta) primeiros dias após o parto sendo vedada qualquer alegação de Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP) ou aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravado.

Art. 22 - Os beneficiários titulares, dependentes, agregados e vinculados serão assistidos por médicos credenciados do **SERVIÇO MÉDICO SAMP/ AGMP**.

CAPÍTULO IX DO ATENDIMENTO

Art. 23 - Os usuários serão atendidos por médicos do **SERVIÇO MÉDICO SAMP/AGMP**, através de seus médicos credenciados.

Art. 24 - Para a realização do atendimento será necessário a apresentação do cartão de identificação fornecido pelo **SERVIÇO MÉDICO SAMP/ AGMP**, dentro do prazo de validade, juntamente com um documento oficial de identidade, respeitadas as coberturas, carências e a necessidade de autorização prévia para alguns serviços, a critério do **SERVIÇO MÉDICO SAMP/AGMP**, conforme previsto nas **DEFINIÇÕES**. Em se tratando de exames especiais de diagnósticos e terapias, é necessária autorização prévia do **SERVIÇO MÉDICO SAMP/AGMP**.

Art. 25 - A solicitação de autorização do **SERVIÇO MÉDICO SAMP/AGMP** mencionada no artigo 17 deverá estar acompanhada dos seguintes documentos:

- a) Requisição de médico assistente, onde conste(m) o(s) exames(s) de forma especificada.
- b) Prescrição do médico assistente, onde conste o tratamento proposto e o diagnóstico ou dados clínicos que justifiquem o procedimento.
- c) Relatório do médico assistente, com a justificativa, avaliação e respectiva programação, isto é, o número de sessões e o período aproximado do tratamento.

Art. 26 - Fica reservado ao **SERVIÇO MÉDICO SAMP/ AGMP**, o direito de recusar atendimento aos pedidos abusivos, desnecessários e/ou que não se enquadrem nas condições deste REGULAMENTO.

Art. 27 - O **SERVIÇO MÉDICO SAMP/ AGMP** poderá, a qualquer tempo, fazer o cancelamento ou a contratação de prestadores de serviço, mantendo a qualidade de

sua rede de atendimento, devendo, porém, comunicar as alterações ao **BENEFICIÁRIO TITULAR**, nos termos da Lei.

CAPÍTULO X EXCLUSÕES DE COBERTURA

Art. 28 - Estão excluídos de todas as coberturas financeiras, os tratamentos, intervenções e despesas decorrentes de:

- a) Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- b) Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- c) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais;
- d) Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
- e) Tratamentos que tenham finalidade estética;
- f) Inseminação artificial;
- g) Medicamentos e materiais importados não nacionalizados, sendo aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA;
- h) Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, exceto:
 - Medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso (art. 18, inciso XI, da RN n.º 465/2021), respeitadas as Diretrizes de Utilização – DUT descritas nos itens 54 e 64, do Anexo II, da RN n.º 465/2021; e
 - Medicamentos utilizados durante internação domiciliar em substituição à internação hospitalar, com ou sem previsão contratual, obedecidas as exigências previstas nos normativos vigentes da ANVISA e nas alíneas "d" e "g", do inciso II, do artigo 12, da Lei n.º 9.656/1998 c/c art. 13, da RN n.º 465/2021.
- i) Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
- j) Cirurgias de miopia para grau inferior a 5 (cinco); e, cirurgias de hipermetropia para grau superior a 6 (seis);
- k) Cirurgia para mudança de sexo;
- l) Tratamentos de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, tratamentos em clínicas de repouso, tratamentos em estância hidrominerais,

tratamento em clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados em ambiente hospitalar;

m) Transplantes, à exceção de córnea, rim e os transplantes autólogos;

n) Todo e qualquer procedimento que não conste do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento;

o) Consultas e tratamentos médicos e hospitalares efetuados antes do cumprimento das carências previstas no contrato;

p) Realização de procedimentos e exames a pedido do usuário sem fundamentação médica;

q) Realização de procedimentos ou exames no exterior, mesmo que a coleta tenha sido feita aqui no Brasil;

r) Despesas extraordinárias, não relacionadas diretamente com a internação, tais como: diferença de despesas médico-hospitalares motivadas por internação em acomodação superior à OPERADORA, por opção do usuário; despesas com frigobar; aparelho de televisão, telefonemas, gorjetas e quebra de objetos;

s) Inseminação artificial e cirurgia para alteração de sexo;

t) Cobertura de tratamento em localidade ou unidade não credenciada, por conforto ou conveniência do usuário; e

u) Enfermagem de caráter particular, seja em regime domiciliar ou hospitalar, mesmo que as condições do paciente exijam cuidados especiais e/ou extraordinários, consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de urgência ou emergência e aluguel de equipamentos hospitalares e similares.

CAPÍTULO XI PERÍODOS DE CARÊNCIA

Art. 29 - Para que possam beneficiar-se dos serviços não relacionamos a doenças preexistentes, os beneficiários devem cumprir os períodos de carência abaixo relacionados, contados do início da vigência do presente contrato ou da inscrição do novo beneficiário e observando-se a característica do atendimento: urgências/emergências ou eletivos/programados:

GRUPO BENEFÍCIO	URGÊNCIAS EMERGÊNCIAS	ELETIVOS PROGRAMADOS
Consultas eletivas	-	30 dias
Atendimentos de urgências /emergências em Pronto-socorro, incluindo complicações gestacionais.	24 horas	180 dias
Exames básicos	24 horas	30 dias
Exames especiais	24 horas	90 dias
Procedimentos terapêuticos ambulatoriais básicos	24 horas	90 dias

Procedimentos terapêuticos ambulatoriais especiais	24 horas	90 dias
Horários médicos de internação	24 horas	180 dias
Internações hospitalares	24 horas	180 dias
Internações hospitalares de transtorno psiquiátrico.	24 horas	180 dias
Procedimentos relacionados à obstetrícia / neonatologia.	24 horas (CPT)	300 dias
Doenças e lesões preexistentes	24 horas (CPT)	24 meses

Art. 30 - Carência é o período ininterrupto durante o qual o BENEFICIÁRIO não terá direito a determinadas coberturas previstas no contrato. Os prazos de carência não se confundem com o prazo da Cobertura parcial Temporária - CPT, correndo eles de maneira independente e não podendo ser somados.

Art. 31 - Quando se tratar de beneficiário(s) proveniente(s), de forma ininterrupta, de outro plano de mesma modalidade em pré-pagamento, haverá aproveitamento das carências já cumpridas no plano anterior, ressalvadas as modificações de cobertura, como nas hipóteses de ampliação acomodação hospitalar superior. O direito ao atendimento na nova abrangência geográfica, acomodação hospitalar superior ou cobertura, conforme o caso, só será possível após o cumprimento das carências acima mencionadas.

CAPÍTULO XII DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

Art. 32 - O beneficiário deverá informar à OPERADORA, quando expressamente solicitado na documentação contratual por meio da Declaração de Saúde, o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes 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.

Art. 33 - Doenças ou Lesões Preexistentes são aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei nº 9656/1998, o inciso IX do art 4º da Lei nº 9961/2000 e as diretrizes estabelecidas na Resolução Normativa nº 162/2007.

Art. 34 - Para informar a existência de doenças e lesões preexistentes, o beneficiário preencherá o Formulário de Declaração de Saúde acompanhado da Carta de Orientação ao Beneficiário e poderá solicitar um médico para orientá-lo.

Art. 35 - 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 OPERADORA, sem qualquer ônus para o beneficiário.

Art. 36 - Caso o beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da OPERADORA, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus financeiro dessa entrevista.

Art. 37 - 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 conseqüências da omissão de informações.

Art. 38 - É vedada a alegação de omissão de informação de doença ou lesão preexistente quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário pela OPERADORA, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.

Art. 39 - Cobertura Parcial Temporária (CPT): Consiste na suspensão pelo prazo ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, da cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, relacionados às doenças e lesões preexistentes, declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal, consoante especificações do "Anexo de Exclusões por Preexistência", contados a partir da contratação ou da adesão ao plano. Findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses da contratação ou adesão ao plano, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme a segmentação OPERADORA, prevista na Lei nº 9.656, de 1998 e resoluções.

Agravo: Consiste em um acréscimo no valor da contraprestação mensal (mensalidade), conforme especificações no aditivo contratual, permitindo a cobertura para a doença ou lesão preexistente declarada, após o cumprimento das carências normais previstas para cada cobertura.

A Cobertura Parcial Temporária será formalizada através da assinatura do Termo de Formalização da Cobertura Parcial Temporária, que será anexada ao presente contrato. Os procedimentos de alta complexidade em período de Cobertura Parcial Temporária encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no site www.ans.gov.br.

Se na contratação ou adesão ao plano, tiver sido constatada a existência de doença ou lesão preexistente do beneficiário e a SAMP deixar de oferecer no momento da adesão contratual a Cobertura Parcial Temporária, não caberá alegação de omissão de informação na Declaração de saúde e nem aplicação posterior de Cobertura Parcial Temporária ou Agravo.

Art. 40 - 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

Art. 41 - É vedada à OPERADORA a alegação de Doença ou Lesão Preexistente decorridos 24 meses da data da celebração do contrato ou da adesão ao plano privado de assistência à saúde.

Art. 42 - Nos casos de Cobertura Parcial Temporária, findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme a segmentação OPERADORA e prevista na Lei nº 9.656/1998.

Art. 43 - O Agravo será regido por Aditivo Contratual específico, cujas condições

serão estabelecidas entre as partes, devendo constar menção expressa a percentual ou valor do Agravo e período de vigência do Agravo.

Art. 44 - Identificado indício de fraude por parte do beneficiário, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a OPERADORA deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao beneficiário através de Termo de Comunicação ao Beneficiário e poderá solicitar abertura de processo administrativo junto a ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do beneficiário à Cobertura Parcial Temporária.

Art. 45 - Instaurado o processo administrativo na ANS, à OPERADORA caberá o ônus da prova.

Art. 46 - A OPERADORA 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 preexistente.

Art. 47 - A ANS efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação.

Art. 48 - Se solicitado pela ANS, o beneficiário deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.

Art. 49 - Após julgamento, e acolhida à alegação da Operadora, 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 preexistente, desde a data da efetiva comunicação da constatação da doença e lesão preexistente, pela Operadora, bem como será excluído do contrato.

Art. 50 - Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de doença ou lesão preexistente, bem como a suspensão ou rescisão unilateral do contrato até a publicação, pela ANS, do encerramento do processo administrativo.

CAPÍTULO XIII

ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES

Art. 51 - Será garantido o reembolso de todos os procedimentos cobertos por este instrumento jurídico, comprovadamente pagos, quando o Beneficiário utilizar os serviços de profissionais ou instituições que não façam parte da Rede Credenciada.

Art. 52 - O Beneficiário, para se habilitar ao reembolso acima mencionado, deverá apresentar à OPERADORA os seguintes documentos: Recibo e/ou NF individual por paciente, constando o código do procedimento, a quantidade se for o caso, carimbo e assinatura do profissional e relatório do médico assistente.

Art. 53 - Os valores a serem reembolsados não têm qualquer vínculo com os preços negociados pelo beneficiário diretamente com os médicos, ou instituições de saúde não pertencentes à rede credenciada, não havendo, obrigatoriedade contratual de reembolso integral. Não será, contudo, inferior ao valor praticado pela OPERADORA junto à rede credenciada.

Art. 54 - Os reembolsos efetuados ao Beneficiário serão realizados dentro de 30 (trinta) dias, após a entrega da documentação completa na OPERADORA e de acordo com a Tabela de Preços praticada pela OPERADORA com sua rede credenciada ou OPERADORA.

Art. 55 - O Beneficiário deverá observar o prazo máximo para apresentação dos pedidos de reembolso, que é de 01 (um) ano a partir da data de ocorrência do evento.

Art. 56 - O beneficiário poderá ainda consultar o valor do reembolso para determinado procedimento pelo telefone (62) 3285-6660 / 3274-3513 ou pela internet (www.samp.org.br), no link Portal do Associado.

CAPÍTULO XIV MECANISMO DE REGULAÇÃO

Art. 57 - Para realização das coberturas assistenciais, os beneficiários devem observar os mecanismos de regulação adotados pela Operadora para gerenciar e regular a demanda de utilização de serviços prestados. Observando ainda, as atualizações estabelecidas em normativos da Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigentes na data do evento.

CAPÍTULO XV CO-PARTICIPAÇÃO

Art. 58 - Será cobrado do usuário a título de CO-PARTICIPAÇÃO, que conforme o regulamento pela resolução CONSU nº 08 de 03/11/1998 é definido como "a parte efetivamente paga pelo consumidor à operadora de plano de assistência à saúde, referente a utilização de procedimentos".

- a) Consultas médicas;
- b) Exames complementares e ou outros assemelhados;
- c) Fonoaudiologia e terapias;
- d) Tratamento ambulatorial;
- e) Internação;
- f) Utilização da rede OPERADORA em detrimento da rede credenciada (valor vigente a época do contrato).

CAPÍTULO XVI CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO

Art. 59 - Nenhum atendimento ao serviço previsto neste contrato será realizado sem a apresentação do Cartão de Identificação do beneficiário fornecida e expedida pela OPERADORA para os beneficiários cadastrados no Plano, acompanhada de cédula de identidade dos mesmos ou, inexistindo tal documento, outro que surta efeitos similares, exceto nos casos de urgência e emergência.

Art. 60 - O beneficiário, no extravio do Cartão, para obter uma 2ª (segunda) via, comunicará o fato imediatamente à OPERADORA, arcando com as despesas da confecção de outra via.

Art. 61 - Cessa a responsabilidade do beneficiário a partir da comunicação do extravio do cartão de identificação.

CAPÍTULO XVII AUTORIZAÇÕES PRÉVIAS

Art. 62 - Para a realização dos procedimentos contratados será necessária a obtenção de AUTORIZAÇÃO PRÉVIA através de GUIA, exceto consultas e os casos caracterizados como urgência e emergência.

Art. 63 - O pedido médico deverá ser apresentado à Central de Emissão de Guias da OPERADORA que emitirá resposta pelo profissional avaliador no prazo de 01 (um) dia útil, a contar da data da solicitação à OPERADORA, ou em prazo inferior, quando caracterizada a urgência.

Art. 64 - Os procedimentos deverão ser solicitados pelo médico-assistente em formulário específico e disponibilizado pela OPERADORA, ou quando não credenciado, em Receituário, contendo dados do BENEFICIÁRIO, descrição dos exames e especificação de acordo com CID.

DA JUNTA MÉDICA CAPÍTULO XVIII

Art. 65 - A OPERADORA garante, no caso de situações de divergência médica, a definição do impasse através de junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo beneficiário, por médico da operadora e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais nomeados.

Art. 66 - Cada uma das partes pagará os honorários do profissional que nomear, exceto se o médico assistente escolhido pelo beneficiário pertencer à rede credenciada ou própria da OPERADORA, que nesse caso, arcará com os honorários de ambos os nomeados. A remuneração do terceiro desempatador deverá ser paga pela operadora.

CAPÍTULO XIV SERVIÇOS PRÓPRIOS E REDE CREDENCIADA

Art. 67 - Será fornecida ao beneficiário uma relação contendo os dados dos prestadores de serviços credenciados pela Operadora, obedecidas as regras que disciplinam o atendimento dos mesmos, sendo que os beneficiários com mais de 60 (sessenta) anos, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até 05 (cinco) anos possuem privilégios na marcação de consultas, exames e qualquer outros procedimentos em relação aos demais beneficiários.

Art. 68 - A relação contendo os dados dos prestadores de serviços próprios e credenciados da Operadora terá suas atualizações disponíveis na sede da OPERADORA, através do serviço de tele-atendimento ou por meio da internet.

Art. 69 - A inclusão como contratado, credenciado, de qualquer entidade hospitalar, implica compromisso para com os consumidores quando a sua manutenção ao longo da vigência do contrato, conforme regras abaixo:

a) A substituição da entidade hospitalar seja por outra equivalente e mediante comunicação aos consumidores e à ANS com trinta dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo, os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor;

b) Nos casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, a Operadora arcará com a transferência do beneficiário para outro estabelecimento equivalente, sem ônus adicional, garantindo-lhe a continuação da assistência;

c) Na hipótese da substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer por vontade da Operadora durante período de internação do beneficiário, o hospital estará obrigado a manter a internação e a Operadora a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério do médico assistente, na forma do contrato;

d) Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, a operadora deverá solicitar à ANS autorização expressa.

CAPÍTULO XX REAJUSTE

Art. 70 - A contraprestação pecuniária será reajustada anualmente, independentemente da data de inclusão dos beneficiários, no aniversário do contrato, sem prejuízo da atualização das variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária, migração e adaptação de contrato à Lei n.º 9.656, de 1998.

Art. 71 - O valor da contraprestação pecuniária e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice de elevação de preços observados para cada componente do custo, que também poderá ser revisto se houver utilização comprovada acima da média normal, acrescido de novos métodos de elucidação diagnóstica e tratamento ou aumento comprovado dos custos dos serviços contratados que venha afetar o equilíbrio econômico-financeiro do plano, apurado no período de 12 meses consecutivos, observando à data-base de aniversário, considerada esta o mês de assinatura do Contrato, sendo vedada a aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano.

Art. 72 - Para fins de aplicação desta cláusula, considera-se reajuste qualquer variação positiva na contraprestação pecuniária, inclusive aquela decorrente de revisão ou reequilíbrio econômico atuarial do contato.

Art. 73 - No reajuste da contraprestação pecuniária, será também considerada a variação da população (distribuição por sexo e faixa etária), que possa implicar em

alteração do perfil técnico atuarial da carteira de beneficiários, visando com isso o equilíbrio econômico-financeiro do contrato, sem prejuízo da periodicidade anual

CAPÍTULO XXI DAS FAIXAS ETÁRIAS

Art. 74 - Havendo a previsão de reajuste por alteração de faixa etária de qualquer BENEFICIÁRIO inscrito no presente Contrato, a contraprestação pecuniária será reajustada no mês subsequente ao da ocorrência, de acordo com os percentuais da tabela abaixo, que se acrescentarão sobre o valor da última contraprestação pecuniária, observadas as seguintes condições, conforme artigo 3º, incisos I e II da RN 63/03:

I. O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária.

II. A variação acumulada entre a sétima e a décima faixa não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

PERCENTUAIS DE AUMENTO POR FAIXA ETÁRIA PÓS RES. RN 63/2003:

FAIXA ETÁRIA	
00 a 18 anos	_____ %
19 a 23 anos	_____ %
24 a 28 anos	_____ %
29 a 33 anos	_____ %
34 a 38 anos	_____ %
39 a 43 anos	_____ %
44 a 48 anos	_____ %
49 a 53 anos	_____ %
54 a 58 anos	_____ %
59 ou mais	_____ %

CAPÍTULO XXII CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

Art. 75 - A perda da qualidade de beneficiário titular poderá ocorrer nas seguintes situações:

a) pela rescisão do presente contrato;

b) fraude praticada pelo beneficiário titular, apurada de acordo com a legislação vigente.

c) A exclusão do Beneficiário Titular cancelará a inscrição de seus respectivos dependentes, agregados e vinculados;

Art. 76 - Perda da qualidade de beneficiário dependente:

- a) pela perda da condição de dependência prevista nas condições gerais deste contrato;
- b) a pedido do beneficiário titular;
- c) fraude praticada pelo beneficiário dependente, apurada de acordo com a legislação vigente;
- d) O dependente cônjuge do beneficiário titular falecido, poderá assinar o contrato em seu nome, em até 30 dias a contar do óbito, aproveitando as carências já cumpridas, mantendo todos os dependentes.

CAPÍTULO XXIII RESCISÃO

Art. 77 - O plano poderá ser extinto por decisão da competente instância decisória.

CAPÍTULO XXIV DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 78 - Fazem parte do presente contrato seus Anexos e Regulamentos, bem como a Solicitação de Adesão, o Orientador Médico com a Rede Credenciada da OPERADORA definida pelo tipo de plano contratado, a Declaração de Saúde, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde - MPS e o Guia de Leitura Contratual - GLC, Carta de Orientação ao beneficiário, os Recibos de Pagamento e o Rol de Procedimentos Médicos da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, disponibilizados pela Operadora ao beneficiário, desde o início das tratativas que resultaram na celebração do presente, independentemente de sua disponibilização no site www.sampagmp.org.br com suas alterações.

Art. 79 - O Rol de Procedimentos Médicos tem sua atualização sob a responsabilidade da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS - e está disponível no site www.ans.gov.br.

Art. 80 - A nomenclatura médica de doenças a que se refere este contrato segue a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, Décima Versão - CID 10 - da Organização Mundial da Saúde.

Art. 81 - TRANSFERÊNCIA DE PLANOS: as partes acordam que a mudança de plano poderá ser solicitada pelo BENEFICIÁRIO, constituindo-se causa para novo plano, sendo que esta mudança só poderá ocorrer na data de aniversário do contrato.

Art. 82 - Será admitida a transferência do titular e seus respectivos dependentes para um plano com menos benefícios, salvo se o beneficiário já tiver sido beneficiado com hospitalização, caso em que essa transferência só será admitida após decurso de 12 (doze) meses, contados da última alta hospitalar.

Art. 83 - A transferência somente ocorrerá quando efetuada pelo beneficiário titular e

incluirá todos os BENEFICIÁRIOS do plano anteriormente contratado.

Art. 84 - A autorização, por parte da OPERADORA, de eventos não previstos ou excluídos neste contrato não confere ao BENEFICIÁRIO direito adquirido e/ou extensão da abrangência de coberturas do presente contrato, caracterizando mera liberalidade da OPERADORA.

Art. 85 - Caso haja a obrigatoriedade de coberturas extracontratuais, ainda que por força de decisão judicial ou por procedimento administrativo, caberá ao beneficiário reembolsar a OPERADORA por todo e qualquer valor que esta venha a despendar, incluindo o valor da condenação, das custas, despesas processuais, e honorários advocatícios. Nas referidas ações e procedimentos administrativos, o BENEFICIÁRIO poderá denunciar a lide à OPERADORA, se e quando permitido pela lei do processo.

Art. 86 - A tolerância ou a demora da OPERADORA em exigir do BENEFICIÁRIO o cumprimento de quaisquer das obrigações aqui previstas, ou mesmo a sua omissão quanto a tais questões, não será considerada novação, podendo, conforme o caso, a qualquer tempo, ser exigido seu cumprimento.

Art. 87 - Não é admitida a presunção de que a OPERADORA ou o BENEFICIÁRIO possam ter conhecimento de circunstâncias que não constem deste contrato, ou de comunicações posteriores por escrito.

Art. 88 - Conforme o disposto a RN nº 255, de 18 de maio de 2011, da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, o fluxo das informações relativas à assistência prestada aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde passa a ser atribuição do Responsável pela Área Técnica de Saúde, designado pela operadora quando da solicitação de autorização de seu funcionamento, de acordo com os itens 1.1 e 1.23 do Anexo I e os itens 1.1 e 1.12 do Anexo IV, todos da RN nº 85, de 7 de dezembro de 2004. O Responsável pela Área Técnica de Saúde deverá zelar pela proteção do sigilo das informações assistenciais. Independentemente das obrigações do responsável pelo fluxo de informações assistenciais, as operadoras de planos privados de assistência à saúde permanecem responsáveis pelo envio das informações à ANS, respondendo pela omissão ou incorreção dos dados.

CAPÍTULO XXV ELEIÇÃO DE FORO

Art. 89 - Fica eleito o foro do domicílio do BENEFICIÁRIO para dirimir qualquer demanda sobre o presente contrato, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

CAPÍTULO XXVI ATRIBUTOS DO CONTRATO

Art. 90 - O presente regulamento tem por finalidade a Prestação de Serviços continuada de Assistência a Saúde, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência médico-hospitalar visando à prevenção da doença, a recuperação e a manutenção da saúde, abrangendo a cobertura descrita no Rol de Procedimentos

Médicos editados pela ANS, vigente à época do evento, com cobertura para todas as doenças do CID-10, em consonância com o inciso I, do art. 1º, da Lei no 9.656.

Art. 91 - Por admitir e determinar direitos e obrigações individuais para ambas as partes, nos termos dos artigos 458 a 461, do Novo Código Civil, a natureza deste contrato é bilateral e de adesão. Tem como características a onerosidade e a aleatoriedade, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

CAPÍTULO XXVII ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA/URGÊNCIA

Art. 92 - É obrigatória por parte da OPERADORA a cobertura integral, ambulatorial e hospitalar, do atendimento nos casos de:

I - urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional; e

II - emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

Art. 93 - A OPERADORA garantirá os atendimentos decorrentes de acidentes pessoais, sem restrições, depois de decorridas 24 horas de vigência do contrato.

Art. 94 - A cobertura será prestada por 12 (doze) horas ou, caso surja a necessidade de internação, por período inferior, para os atendimentos de urgência e emergência:

I - referentes ao processo gestacional, durante o cumprimento dos períodos de carência; e

II - efetuados no decorrer dos períodos de carência para internação.

Art. 95 - Após cumpridas as carências, haverá cobertura dos atendimentos de urgência e emergência desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções.

CAPÍTULO XXVIII DA REMOÇÃO

Art. 96 - A OPERADORA garantirá a remoção do paciente nas seguintes hipóteses:

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

II - para uma unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, quando houver o limite de 12 (doze) horas de atendimento, nas hipóteses citadas acima, e este for atingido ou surgir a necessidade de internação.

CAPÍTULO XXIX

DA REMOÇÃO PARA O SUS

Art. 97 - À OPERADORA caberá 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.

Art. 98 - Quando não puder haver remoção por risco de vida, o BENEFICIÁRIO e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a OPERADORA desse ônus.

Art. 99 - A OPERADORA 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.

Art. 100 - Se o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade que, ainda que pertencente ao SUS, não disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento, ficará a OPERADORA desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

CAPÍTULO XXX

DO REEMBOLSO

Art. 101 - Será garantido ao Beneficiário o reembolso das despesas decorrentes dos atendimentos de urgência e emergência ocorridos na área de abrangência geográfica da cobertura contratual sempre que não for possível a utilização dos serviços de prestadores da rede assistencial deste plano.

Art. 102 - O beneficiário terá o prazo de 01 (um) ano após o atendimento, para solicitar o reembolso, devendo para tanto apresentar à OPERADORA os seguintes documentos:

Recibo e/ou NF individual por paciente, constando o código do procedimento, a quantidade se for o caso, carimbo e assinatura do profissional e relatório do médico assistente.

Art. 103 - O reembolso será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento da documentação completa pela OPERADORA, e seu valor não poderá ser inferior ao praticado por esta junto à rede assistencial do presente plano.

CAPÍTULO XXXI

FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

Art. 104 - O valor a ser pago pela cobertura assistencial à OPERADORA é pré - estabelecido.

Art. 105 - A responsabilidade pelo pagamento das contraprestações pecuniárias à operadora será do BENEFICIÁRIO.

Art. 106 - O BENEFICIÁRIO obriga-se a pagar à OPERADORA, em pré-pagamento, os valores relacionados na Proposta de Admissão, por associado, para efeito de inscrição

e mensalidade, através da emissão de faturas.

Art. 107 - As mensalidades serão pagas até seus respectivos vencimentos, conforme acordado na proposta de Admissão.

Art. 108 - Quando a data de vencimento cair em dia que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser realizado até o primeiro dia útil subsequente.

Art. 109 - As faturas emitidas pela OPERADORA serão baseadas na comunicação de movimentação de pessoal enviada pelo BENEFICIÁRIO. A fatura se baseará nos dados disponíveis, realizando-se os acertos nas faturas subsequentes.

Art. 110 - Se o BENEFICIÁRIO não receber documento que possibilite realizar o pagamento de sua obrigação até cinco dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente à OPERADORA, para que não se sujeite a consequência da mora.

Art. 111 - Ocorrendo impontualidade no pagamento da mensalidade, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso, além de multa de 2% (dois por cento).

Art. 112 - O beneficiário que não realizar o pagamento da sua contribuição na forma e prazo acordado com o BENEFICIÁRIO por período superior a 60 dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência, poderá ser excluído do plano a pedido do BENEFICIÁRIO.

Art. 113 - A OPERADORA poderá efetivar convênio com a Procuradoria Geral de Justiça do Estado de Goiás para desconto em folha de pagamento das contribuições pecuniárias.