

**PRODUTO Nº 466.732/12-8**

## **Contrato de Prestação de Serviços de Assistência Médica tipo Ambulatorial Especial Empresarial por Adesão sem Cobertura Odontológica Co-Participação**

Contrato de prestação de serviços que entre si fazem  
**COOPERATIVA DE GERAÇÃO DE ENERGIA E  
DESENVOLVIMENTO TAQUARI JACUÍ** e o  
Centro Clínico Gaúcho Ltda.

**DAS PARTES:**

**Qualificação do Contratante:**

Pelo presente instrumento particular de prestação de serviços **COOPERATIVA DE GERAÇÃO DE ENERGIA E DESENVOLVIMENTO TAQUARI JACUÍ** com sede em Taquari, à Rua General Osório, n.º 2548, 2º piso Bairro Centro, inscrita no Cadastro Geral de Contribuintes do Ministério da Fazenda sob n.º 09.285.738/0001-17 neste ato representada por seu Presidente, Sr. Pedro Anísio Aquino Maia, daqui por diante denominada EMPRESA contratante.

**Qualificação da Contratada:**

A operadora **CENTRO CLÍNICO GAÚCHO LTDA**, REGISTRO NA ANS SOB N.º 39.280-4, classificado como Medicina de Grupo, com endereços em Porto Alegre à Rua Dona Margarida, 537; Av. São Pedro, 1327; Av. Alberto Bins, 391, 837 e 799; Av. Cristóvão Colombo, 542; Av. do Forte, 171; Pça XV de Novembro, 16/203, e nas Cidades de Alvorada, Cachoeirinha, Canoas, Gravataí, Guaíba, São Leopoldo e Viamão, inscrita no Cadastro Geral de Contribuintes do Ministério da Fazenda sob n.º 00.773.639/0001-00, neste ato representada por seus sócios, no fim assinados, doravante designado **CENTRO CLÍNICO**, tem entre si justo e acertado o **CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA**, de segmentação **AMBULATORIAL – Coletivo por Adesão**, mediante as seguintes cláusulas e condições que encontram-se em conformidade com a Lei 9656/1998.

### **I – ATRIBUTOS DO CONTRATO**

#### **CLÁUSULA PRIMEIRA – OBJETO DO CONTRATO**

- 1.1. O presente contrato tem por objetivo a prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais na forma de Plano Privado de Assistência à Saúde prevista no inciso I, do art. 1º, da lei 9656/98, visando a Assistência Médica com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, e do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento.

Trata-se de contrato, bilateral, gerando direitos e obrigações para as partes, conforme dispõe o Código Civil Brasileiro, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

## II – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

### CLÁUSULA SEGUNDA - DOS BENEFICIÁRIOS DO CONTRATO:

#### **Pessoas aptas a utilizar os serviços;**

- 2.1. O plano de saúde coletivo por adesão é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à pessoa física que mantenha vínculo profissional, classista ou setorial com:
- conselhos profissionais e entidades de classe nos quais seja necessário o registro para o exercício da profissão;
  - sindicatos, as centrais sindicais e as respectivas federações e confederações;
  - associações profissionais legalmente constituídas;
  - cooperativas que congreguem membros de categorias ou classes de profissões regulamentadas;
  - caixas de assistência e fundações de direito privado que se enquadrem nas disposições desta resolução;
  - bem como outras pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial desde que autorizadas pela ANS e as entidades previstas nas Leis 7395, de 31 de outubro de 1985 e 7398, de 04 de novembro de 1985;
- 2.2. Compete ao CENTRO CLÍNICO GAÚCHO exigir e comprovar a legitimidade da pessoa jurídica contratante e a condição de elegibilidade do beneficiário.
- 2.3. A adesão do grupo familiar dependerá da participação do titular no plano de saúde.
- 2.4. Serão considerados beneficiários da prestação de serviços o titular, pertencente ao corpo profissional, classista ou setorial da entidade contratante, podendo ainda, serem inscritos pelo titular seus dependentes, assim constituídos:
- O cônjuge;
  - O companheiro, havendo união estável na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge salva por decisão judicial;
  - Os filhos e enteados, ambos com até 21 anos incompletos (20 anos, 11 meses e 29 dias) ou, se estudantes universitários, até 24 anos incompletos (23 anos, 11 meses e 29 dias);
  - Os tutelados e os menores sob guarda (mediante decisão judicial).
- 2.5. Cadastramento de beneficiários:  
Para uso dos benefícios previstos neste Contrato, é indispensável o cadastramento prévio dos beneficiários titulares e dependentes junto ao CENTRO CLÍNICO GAÚCHO:
- 2.5.1. Haverá cobertura contratual ao recém nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, ou do seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, independente do cadastramento, sendo condicionadas as carências já cumpridas pelo beneficiário titular, sendo vedada qualquer alegação de DLP ou aplicação de CPT ou Agravo;
- 2.5.2. No caso de inscrição, do recém nascido (filho natural ou adotivo) do beneficiário, dentro do prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento/adoção, este ingressará no plano com as mesmas carências já cumpridas, até a data da inscrição, pelo titular;
- 2.5.3. No caso de inscrição de filho adotivo, até 12 anos de idade, haverá aproveitamento das carências já cumpridas pelo beneficiário adotante;
- 2.5.4. O prazo para apresentação da documentação comprobatória da condição de universitário, a fim de aproveitar o cumprimento de carência e CPT, será de 30 dias a contar da data que completar a maioria prevista no item 2.4 letra “c”.

- 2.6. As inclusões se efetivarão dentro do mês de sua comunicação, sendo observado o prazo máximo de 05 dias úteis contados do recebimento da solicitação para o cadastramento. Neste período, o beneficiário poderá usufruir dos serviços contratados mediante a apresentação de documento com foto, acompanhado de autorização da ENTIDADE contratante. Na hipótese da utilização de eventuais atendimentos antes desse prazo, a ENTIDADE autorizará estes para débito do CENTRO CLÍNICO GAÚCHO;
- 2.7. A ENTIDADE fornecerá a relação nominal dos beneficiários que deverão ser vinculados ao plano e os enviará em formulários, apropriados, a serem fornecidos pelo CENTRO CLÍNICO GAÚCHO;
- 2.7.1. Será necessária a comprovação para o CENTRO CLÍNICO GAÚCHO da dependência dos familiares designados em relação aos integrantes das categorias elencadas no item 2.1 do presente contrato;
- 2.7.2. É obrigatório o vínculo profissional, classista ou setorial entre o beneficiário titular e a ENTIDADE contratante, sendo que o CENTRO CLÍNICO GAÚCHO reserva-se no direito de exigir documentação comprobatória.
- 2.8. A ENTIDADE informará, mensalmente, ao CENTRO CLÍNICO GAÚCHO em formulários próprios, o efetivo mensal do corpo funcional e seus dependentes;
- 2.8.1. O efetivo mensal será calculado com base no número de beneficiários cadastrados pela ENTIDADE;
- 2.9. As adesões dos beneficiários titulares e dependentes serão automáticas na data da contratação do plano ou para as adesões posteriores, no ato da vinculação do beneficiário a ENTIDADE contratante;
- 2.9.1. Os beneficiários cadastrados posteriormente a contratação do plano ou após 30 dias de sua vinculação a EMPRESA contratante, deverão cumprir os prazos de carências estipulados neste contrato, observando também, os critérios e prazos para cobertura parcial temporária, doenças e/ou lesões preexistentes, bem como o oferecimento de agravo.

### **III – COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS**

#### **CLÁUSULA TERCEIRA - COBERTURA E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS**

**Prestação de Serviços de Assistência Médica e afins, de acordo com as coberturas e segmentações do Rol de Procedimentos da ANS.**

- 3.1. É garantido pelo plano, consultas Médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, em unidade da rede referenciada pela contratada, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, incluindo:
- 3.2. Exames, atendimentos e procedimentos listados no “Rol de Procedimentos” da Lei 9656/98, quando solicitados/realizados por médicos/serviços próprios, contratados, ou credenciados pelo CENTRO CLÍNICO GAÚCHO.
- 3.3. Cobertura dos serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitados pelo médico ou cirurgião dentista assistente, devidamente habilitado, mesmo quando realizado em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação, inclusive para os seguintes

procedimentos considerados especiais: hemodiálise e diálise peritoneal - CARPD; quimioterapia oncológica ambulatorial; radioterapia ambulatorial (megavoltagem, cobalterapia, cesioterapia, eletroterapia etc); procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais; hemoterapia ambulatorial; cirurgias oftalmológicas ambulatoriais e demais doenças listadas na Classificação estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à saúde – CID, da organização Mundial da Saúde.

- 3.4. Cobertura de consultas/sessões com as especialidades de nutrição, fonoaudiologia e terapia 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.
  - 3.5. Procedimentos de fisioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente;
  - 3.6. A cobertura de psicoterapia 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;
  - 3.7. É assegurado o atendimento ao beneficiário dentro da área da segmentação e da área de abrangência estabelecida no contrato, independentemente do local de origem do evento;
  - 3.8. Medicamentos registrados/regularizados na ANVISA, utilizados no ato dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos para a segmentação ambulatorial;
  - 3.9. Atendimento na especialidade Psiquiatria nas seguintes condições:
    - a) Atendimento as emergências - situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros (incluídas as ameaças de tentativas de suicídio e auto agressão) e/ou riscos de danos morais e patrimoniais;
    - b) Cobertura para transtornos psiquiátricos em situação de crise:  
Atendimento intensivo prestado por profissional de saúde mental, com duração máxima de 12 (doze semanas), tendo início imediatamente após o atendimento de emergência e podendo ser limitada a 12 (doze) sessões por ano de contrato, não cumulativas;
    - c) Tratamento básico médico, com número ilimitado de consulta, cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente;
    - d) Tratamento de transtornos psiquiátricos codificados na Classificação Estatística de Doenças e Problemas Relacionados com a saúde – CID 10, da OMS, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas, estão obrigatoriamente cobertos.
- 3.9.1. Conta-se o período de 1 (um) ano de vigência do contrato a partir do início da vigência do presente contrato para os usuários inscritos no seu início e a partir da data de inclusão para os posteriormente inscritos.

#### **IV – EXCLUSÕES DE COBERTURA**

##### **CLÁUSULA QUARTA - DAS EXCLUSÕES**

**Procedimentos, consultas ou exames não cobertos por este instrumento.**



41





4.1. Excluem -se do presente contrato:

- a) Internações hospitalares;
- b) Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, que são aqueles que empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país, sendo considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina – CFM ou pelo Conselho Federal de Odontologia- CFO; ou ainda, cujas indicações não constem da bula/manual registrada na ANVISA;
- c) Consultas domiciliares, bem como, o fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliares;
- d) Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como a aplicação de órteses e próteses para o mesmo fim;
- e) Qualquer tipo de inseminação artificial;
- f) Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética.
- g) Tratamento em clínica de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internação que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- h) Medicamentos e materiais importados não nacionalizados, isto é, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA;
- i) Medicamentos e vacinas ministrados ou utilizados fora do regime de internação ou de atendimento ambulatorial de urgência ou emergência;
- j) Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, bem como exames e medicamentos não reconhecidos pelos órgãos governamentais competentes nem por sociedades médico científicas brasileiras;
- k) Qualquer atendimento em caso de calamidade pública, atos da natureza, comoções internas, guerras e revoluções, quando declaradas pela autoridade competente;
- l) Enfermagem em caráter particular seja em hospital ou em residência, mesmo que as condições do paciente exijam cuidados especiais ou extraordinários.
- m) Fornecimento de órtese e prótese e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
- n) PCMSO (Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional);
- o) Os serviços que não constarem no “Rol de Procedimentos” da Lei 9656/98, devidamente atualizado;
- p) Procedimentos de diagnóstico e terapêutica em hemodinâmica que demandem internação e apoio de estrutura hospitalar por período superior 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e similares;
- q) Procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que, embora prescindam de internação, demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior 12 (doze) horas, ou serviços como de recuperação pós-anestésica, UTI, CETIN e similares;
- r) Procedimentos que exijam forma de anestesia diversa da anestesia local, sedação ou bloqueio;
- s) Quimioterapia oncologia intra-tecal, ou que demande internação;
- t) Procedimentos de radioterapia para a segmentação hospitalar;
- u) Nutrição enteral ou parenteral;
- v) Embolizações e radiologia intervencionista;
- x) Consultas e/ou procedimentos odontológicos.

4.2. O CENTRO CLÍNICO GAÚCHO poderá prestar quaisquer serviços excluídos/não cobertos pelo presente contrato, mediante débito para a ENTIDADE, desde que, previamente autorizado.

## **V- DURAÇÃO DO CONTRATO**

### **CLÁUSULA QUINTA - DA VALIDADE E RESCISÃO DO CONTRATO**

#### **Período de Vigência;**

- 5.1. O prazo de validade do presente contrato será de 12 (doze) meses a contar da data da sua assinatura.
- 5.2. Na renovação do contrato, prevalecerão, para todos os fins, as condições, normas, coberturas e limitações já previstas, sem que haja nova cobrança de taxas, despesas ou a incidência de períodos adicionais de carências.
- 5.3. Após o período de 12 (doze) meses contratados, o presente contrato poderá ser rescindido, a qualquer tempo, por qualquer das partes, mediante aviso prévio por escrito, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

## **VI - PERÍODOS DE CARÊNCIA**

### **CLÁUSULA SEXTA - DAS CARÊNCIAS**

- 6.1. Os prazos de carências serão estipulados a partir do início da vigência do presente contrato para os usuários inscritos no seu início, e a partir da data de inclusão para os posteriormente inscritos, sendo vinculados aos seguintes prazos:
  - a) 24 horas para urgência e emergência;
  - b) 180 dias para exames e procedimentos de alta complexidade e cirurgias ambulatoriais que demandem estrutura de bloco hospitalar.
- 6.2. As carências citadas na cláusula acima, não serão exigidas quando:
  - a) a inscrição do beneficiário ocorrer em até trinta dias da celebração do contrato;
  - b) o beneficiário se vincular à contratante após o transcurso do prazo acima e formalizar sua proposta de adesão até trinta dias após a data de aniversário do contrato coletivo.

## **VII - DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES**

### **CLÁUSULA SÉTIMA - DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES**

- 7.1. Doença ou lesão preexistentes é aquela em que o beneficiário saiba ser portador no momento da contratação do plano de saúde.
- 7.2. Cobertura Parcial Temporária (CPT) é a suspensão, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças e lesões preexistentes.
- 7.3. O beneficiário deverá preencher, no momento da contratação, declaração de saúde (documento anexo a este contrato), conforme disposto na Resolução Normativa nº 162, de 17 de outubro de 2007 da ANS.
  - 7.3.1. Sendo constatada pelo CENTRO CLÍNICO GAÚCHO, a existência de lesão ou doença preexistente que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, uso de leitos



- de alta tecnologia ou procedimentos de alta complexidade, serão oferecidas as seguintes alternativas ao beneficiário:
- a) Cobertura Parcial Temporária, cujo prazo será no máximo 24 meses, a contar da inclusão do beneficiário. Findado o prazo, a cobertura do plano passará a ser integral, não cabendo qualquer tipo de agravo por doença ou lesão preexistente;
  - b) Agravo, acréscimo no valor da contratação paga ao plano.
- 7.3.2. A escolha de uma das alternativas anteriores dependerá exclusivamente de decisão do beneficiário, por meio de declaração expressa, constante na proposta de adesão.
- 7.4. Será considerado como comportamento fraudulento a omissão de doença ou lesão preexistente de conhecimento prévio do beneficiário.
- 7.4.1. Alegada a existência de doença ou lesão preexistente não declarada pelo beneficiário no preenchimento da proposta de adesão, o usuário será imediatamente comunicado pelo CENTRO CLÍNICO GAÚCHO, caso o beneficiário não concorde com a alegação, o Centro Clínico encaminhará a documentação pertinente a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, que abrirá processo administrativo para investigação;
  - 7.4.2. Cumpre esclarecer, que durante período em que a ANS estiver analisando o referido processo investigatório, o CENTRO CLÍNICO GAÚCHO, se por vontade do beneficiário, poderá realizar o procedimento pretendido normalmente;
  - 7.4.3. Entretanto, se ao término do processo investigatório pela ANS, for constatado a omissão do beneficiário em relação às doenças ou lesões preexistentes, este deverá ressarcir, integralmente, ao CENTRO CLÍNICO GAÚCHO, as despesas decorrentes do procedimento realizado, de acordo com tabela particular dos beneficiários.

## **VIII – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

### **CLÁUSULA OITAVA – URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

- 8.1. Atendimento de Urgência e Emergência:
- Para efeitos desta cobertura, entende-se como atendimento de emergência aquele que implicar em risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente. Como atendimento de urgência entende-se aquele resultante de acidente pessoal ou de complicações no período gestacional.
- 8.1.1. Para os casos de urgência e emergência o CENTRO CLÍNICO GAÚCHO garantirá a assistência médica que atuará no sentido da preservação da vida, órgãos e funções.
  - 8.1.2. O atendimento de urgência decorrente de acidente pessoal, será garantido, sem restrições, depois de decorridas 24 (vinte e quatro) horas da vigência do contrato.
  - 8.1.3. O beneficiário terá a garantia de atendimento limitado às primeiras 12 (doze) horas, durante processo gestacional ou até que ocorra a necessidade de internação, nos casos que o beneficiário estiver em cumprimento de Cobertura Parcial Temporária – CPT e que resulte a necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados a doenças e lesões preexistentes. Caso isso ocorra será cessada a responsabilidade financeira do CENTRO CLÍNICO GAÚCHO, sendo garantida a beneficiária a remoção para o SUS (Sistema Único de Saúde).
- 8.2. Nos casos de urgência e emergência em que o usuário, não puder utilizar os serviços próprios ou credenciados do CENTRO CLÍNICO GAÚCHO dentro da abrangência

geográfica contratada, serão reembolsadas as despesas cobertas pelo plano contratado, observando-se os locais de redes credenciadas;

8.2.1. Para obtenção do reembolso, o usuário deverá enviar ao CENTRO CLÍNICO GAÚCHO aos originais dos seguintes documentos:

- a) Recibo discriminado da despesa;
- b) Relatório/atestado do médico assistente que comprove a urgência/emergência;

8.2.2. O valor a ser reembolsado nas urgências e emergências não será inferior ao valor praticado pela operadora junto à rede de prestadores do respectivo plano.

8.2.3. O beneficiário tem o prazo de 01 (um) ano para apresentar a documentação acima listada contados da data do evento;

8.2.4. O reembolso será realizado no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados após o protocolo da documentação acima solicitada.

### 8.3. **Remoção:**

Nos casos comprovadamente necessários, indicado pelo médico assistente, será garantida a cobertura da remoção para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites da abrangência geográfica deste contrato:

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

b) para uma unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, quando ultrapassadas 12 (doze) horas de atendimento ou caracterizada a necessidade de internação.

8.3.1. Nestes casos, são aplicáveis as seguintes regras:

a) Caberá ao CENTRO CLÍNICO GAÚCHO o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente (dentro da área de abrangência estipulado em contrato) para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento;

b) Nos casos em que o beneficiário não estiver sendo atendido na unidade de atendimento do CENTRO CLÍNICO GAÚCHO e que não possa haver remoção por risco de vida, o beneficiário e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, a operadora desse ônus;

c) Na remoção, O CENTRO CLÍNICO GAÚCHO disponibilizará ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS;

d) Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade que não seja pertencente ao SUS, a operadora estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

## **IX – MECANISMO DE REGULAÇÃO**

### **CLÁUSULA NONA - DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS**

#### **Área de abrangência e locais de atendimento.**

9.1. Os beneficiários deverão consultar com o médico clínico geral que irá encaminhá-lo, se necessário, para o médico especialista apropriado da rede própria ou credenciado.



- 9.2. É obrigatório à apresentação da Cédula de Identificação para usufruir dos atendimentos e recursos deste Contrato, acompanhados de um documento de identificação com foto, tanto nas unidades próprias, quanto nos serviços credenciados.
- 9.3. Os atendimentos e serviços deste Contrato serão executados pelas unidades do CENTRO CLÍNICO GAÚCHO, nas localidades de Porto Alegre, Canoas, Gravataí, Cachoeirinha, Guaíba, Alvorada, São Leopoldo e Viamão e onde mais dispuser de serviços prévia e especialmente credenciados;
- 9.3.1. O CENTRO CLÍNICO GAÚCHO oferecerá ao beneficiário uma relação contendo os dados dos prestadores de serviços próprios e credenciados, obedecendo as regras que disciplinam o atendimento, sendo que os beneficiários com mais de 60 (sessenta) anos, as gestantes, lactantes e crianças até 05 (cinco) anos possuem privilégios na marcação de consulta, exames e qualquer outros procedimentos em relação aos demais associados;
- 9.3.2. A relação contendo os dados dos prestadores de serviços próprios e credenciados da CONTRATADA terá suas atualizações disponíveis na sede da Contratada, através do serviço Relacionamento com o Cliente ou por meio da internet na página da operadora.
- 9.3.3. Para aqueles contratos em que há co-participação do beneficiário no momento da consulta, poderá RECONSULTAR, com o mesmo médico e/ou especialidade pela mesma patologia, sem a necessidade de efetuar novamente o pagamento, dentro do prazo máximo de 15 (quinze) dias;
- 9.3.3.1. NÃO HAVERÁ RECONSULTAS nas seguintes especialidades médicas: nutricionista; fonoaudiologia; psicologia; oftalmologia.
- 9.3.4. O CENTRO CLÍNICO GAÚCHO se reserva, outrossim, o direito de modificar, extinguir ou realizar novos convênios de credenciamento de profissionais, clínicas e pronto socorros, mantendo sempre o seu alto padrão técnico e informando à EMPRESA;
- 9.3.5. Na hipótese da substituição de estabelecimento hospitalar por outro equivalente, o CENTRO CLÍNICO GAÚCHO comunicará a ENTIDADE contratante e a Agência Nacional de Saúde – ANS, no prazo de 30 (trinta) dias de antecedência, garantindo assim a continuidade da internação.
- 9.4. Falta a consultas, exames e sessões previamente agendados:  
As consultas, exames e sessões marcadas poderão ser canceladas através do telefone da central da marcação de consultas, até às 18 horas do dia anterior a consulta;
- 9.4.1. A cada consulta ou exame agendado e não desmarcado, implicará na cobrança de taxa no valor de R\$ 30,00 por consulta e/ou exame;
- 9.4.2. As sessões de fisioterapia agendadas que não forem desmarcadas com antecedência, implicará na cobrança de taxa no valor de R\$ 10,00;
- 9.4.3. A cobrança da taxa será acrescida no valor da fatura mensal enviada a EMPRESA contratante;
- 9.4.4. Os valores relativos a faltas consultas, exames e sessões previamente agendados serão reajustados anualmente pela empresa CONTRATADA, devendo a CONTRATANTE ser informada previamente acerca dos novos valores.
- 9.4.5. Em caso de falta injustificada do profissional em que o beneficiário não pode ser comunicado em tempo hábil, existirá o reembolso do mesmo valor por parte do CENTRO CLÍNICO GAÚCHO, devendo o beneficiário solicitar junto à unidade que haveria o atendimento, sendo este realizado no prazo máximo de até 15 dias.

**ROTINA PARA OBTENÇÃO GUIA**

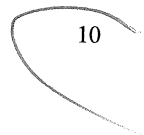
- 9.5. A resposta à solicitação de autorização prévia do procedimento será dada, no prazo máximo de um dia útil, a partir do momento da solicitação, ou um prazo inferior, quando caracterizada urgência.
- 9.6. Os serviços e diagnósticos, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais podem ser solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista, não podendo haver restrição aos não pertencentes à rede própria ou contratualizada da operadora.
- 9.7. A definição de impasses de divergência médicas será definida através de junta médica.
- 9.8. Haverá cobrança no valor de R\$ 10,00 (dez reais) referente à segunda via do Cartão de Identificação, que será confeccionado sempre que houver necessidade, mediante solicitação da EMPRESA. A primeira via do Cartão de Identificação é fornecida pelo CENTRO CLÍNICO GAÚCHO gratuitamente.
- 9.9. Haverá o pagamento de co-participação para consultas por parte dos beneficiários vinculados a este contrato conforme tabela abaixo, faturado mensalmente.

Grupo	Coparticipação
Consultas médicas:	R\$ 25,00

**X – FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE**

**CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE**

- 10.1. Após o fechamento do efetivo mensal que será enviado pela ENTIDADE, o CENTRO CLÍNICO GAÚCHO enviará fatura referente aos atendimentos realizados no mês, sendo de responsabilidade da ENTIDADE o pagamento da fatura referente à totalidade de beneficiários inscritos, ressalvadas as hipóteses previstas nos art. 30 e 31 da Lei 9656/98.
- 10.2. A ENTIDADE efetuará a quitação mensal, no 5º dia do mês subsequente da prestação dos serviços, pelo número de beneficiários vinculados a empresa, sendo os valores determinados de acordo com a faixa etária de cada usuário.
- 10.2.1. Após a data de vencimento das faturas, incidirão: multa de 2% sobre o valor do débito em atraso, juros de mora de 1,0% ao mês, atualizado monetariamente, pela variação do IGPM;
- 10.2.2. O não recebimento da fatura mensal ou outro instrumento de cobrança não desobriga o usuário de efetuar o seu pagamento no prazo de vencimento mensal;
- 10.2.3. Em caso de inadimplemento do beneficiário para com a ENTIDADE esta poderá solicitar, de imediato, a exclusão deste beneficiário, bem como de seus dependentes inscritos do plano de saúde.
- 10.3. Taxa de Implantação:  
Não será cobrada taxa de implantação no presente contrato.
- 10.4. Não haverá distinção quanto ao valor da prestação entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles a este já vinculado.



- 10.5. A EMPRESA reconhece que os valores estabelecidos neste contrato são líquidos e certos, legitimando emissão de faturamento mensal, em conformidade com esta Cláusula e procedimento executivo nos casos de inadimplência com a inclusão, então, dos juros legais e as despesas processuais, advocatícias e demais cominações legais.

## **XI – REAJUSTE**

### **CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DO REAJUSTE QUANDO O CONTRATO POSSUIR 30 OU MAIS BENEFICIÁRIOS**

- 11.1. A atualização dos valores dos custos mensais será efetuada anualmente, no mês de aniversário do plano, pela variação do IGPM, sendo aplicada a todos os usuários ativos no contrato, independentemente da idade.
- 11.1.1. O percentual reajustado será informado a ANS até 30 (trinta) dias após a data da aplicação;
- 11.1.2. Nos casos em que houver a opção pelo agravamento das mensalidades, em decorrência de doença ou lesão preexistentes os percentuais de reajustes acima estabelecidos serão aplicados sobre o valor da mensalidade já agravada.
- 11.1.3. Independentemente da data de inclusão dos usuários, os valores de suas contraprestações terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário (vigência) do contrato.
- 11.2. O contrato não poderá ser reajustado em periodicidade inferior à 12 meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária, migração e adaptação do contrato à Lei 9656/98;
- 11.3. O valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice eleito pela operadora que será apurado no período de 12 meses consecutivos, e o tempo de antecedência em meses da aplicação do reajuste em relação à data-base de aniversário, considerada esta o mês de assinatura do contrato.
- 11.4. Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será negociado de comum acordo entre as partes, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 meses consecutivos, anteriores à data base de aniversário considerada como o mês de assinatura do contrato.
- 11.5. Nos casos de aplicação de reajuste por sinistralidade, o mesmo será procedido de forma complementar ao especificado no item 12.3 e nas mesmas datas;
- 11.6. Independentemente da data de inclusão dos usuários, os valores de suas contraprestações terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência do presente contrato, entendendo-se esta como data base única.

### **CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DO REAJUSTE QUANDO O CONTRATO POSSUIR MENOS DE 30 BENEFICIÁRIOS**

- 12.1. Para fins de cálculo do percentual de reajuste, nos termos da RN 309 da ANS, a empresa CONTRATANTE que no mês de aniversário do contrato, obtiver menos de 30 beneficiários cadastrados no plano, fará parte do grupo chamado "Pool de Risco".
- 12.2. Para cálculo do índice de reajuste das empresas pertencentes ao Pool de Risco, será realizado o agrupamento do índice de sinistralidade de toda a carteira de clientes da Operadora que possuírem quantidade de beneficiários inferior a 30 vidas, somado ao índice IGP-M, sendo o percentual total divulgado no site a partir do mês de Maio de cada ano.
- 12.3. A avaliação de reajuste é feita partindo-se do pressuposto de equilíbrio na relação contratual, através da seguinte fórmula:
- $$R = (1 + R^1) \times (1 + R^2) - 1$$
- Onde:  
*R<sup>1</sup> indica a recomposição econômico-financeira do Pool de Risco, apurada pela sinistralidade acumulada no período analisado.*  
*R<sup>2</sup> indica a recomposição do valor da moeda (inflação) para o período, através do índice IGP-M*
- 12.4. Esse mesmo percentual de reajuste será aplicado no valor da mensalidade como também, no valor correspondente a taxa de co-participação, se houver.
- 12.5. A quantidade de beneficiários vinculados ao contrato será apurada anualmente no mês de seu aniversário;
- 12.6. O percentual de reajuste calculado para o agrupamento será aplicado no mês de aniversário do contrato no período do mês de maio ao mês de abril do ano subsequente, imediatamente posterior ao período de cálculo do reajuste;
- 12.7. Será calculado um valor único de percentual de reajuste para o agrupamento ao qual está agregado o contrato;
- 12.8. O percentual de reajuste aplicado ao agrupamento será divulgado pelo contratado em seu endereço eletrônico na internet ([www.centroclinicogaucho.com.br](http://www.centroclinicogaucho.com.br)), bem como na fatura e boleto de cobrança remetida à CONTRATANTE, anualmente, até o primeiro dia útil do mês de Maio.

### **XIII – FAIXAS ETÁRIAS**

#### **CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DAS FAIXAS ETÁRIAS:**

##### **Valores da taxa mensal;**

- 13.1. Variação do preço em razão da faixa etária:  
Havendo alteração de faixa etária de beneficiário inscrito no presente contrato, a contraprestação pecuniária será reajustada no mês subsequente ao da ocorrência, de acordo com os percentuais da tabela abaixo, que se acrescentarão sobre o valor da última da contraprestação pecuniária, observadas a seguintes condições, conforme determina o art. 3º, incisos I e II da RN 63/03:



FAIXAS ETÁRIAS	VALOR MENSAL (R\$)
00 (zero) a 18 (dezoito) anos;	66,00
19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos	71,28
24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos	76,56
29 (vinte nove) a 33 (trinta e três) anos	81,84
34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos	87,09
39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos	93,69
44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos	108,20
49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos	122,70
54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos	139,83
59 (cinquenta e nove) anos ou mais	176,89

- 13.2. O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária;
- 13.3. A variação acumulada entre a sétima e a décima faixa não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.
- 13.4. A variação do valor da contraprestação pecuniária não poderá atingir o usuário com mais de 59 (cinquenta e nove) anos.
- 13.5. A variação do preço em razão da faixa etária, somente irá incidir quando o beneficiário completar a idade limite, razão pela qual o mesmo somente deve arcar com o valor a maior no mês subsequente ao do seu aniversário.

#### **XIV – CONDIÇÕES DE PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO**

##### **CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – CONDIÇÕES DE PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO:**

- 14.1. Compete à ENTIDADE, na vigência deste Contrato, comunicar imediatamente as ocorrências de demissões realizadas no período, bem como o recolhimento e a devolução das respectivas Cédulas de Identificação, sendo que caberá somente à ENTIDADE solicitar a suspensão ou exclusão dos beneficiários.
- 14.1.1. As solicitações de exclusões devem conter a assinatura e o carimbo do representante legal da empresa;
- 14.1.2. As exclusões serão realizadas posterior á 05 (cinco) dias do recebimento do CENTRO CLÍNICO GAÚCHO;
- 14.1.3. A EMPRESA será responsável pelos atendimentos prestados aos usuários demitidos ou excluídos, cujos nomes não tenham sido comunicados ao CENTRO CLÍNICO GAÚCHO, em tempo hábil, cabendo-lhe indenizar os seus custos;
- 14.1.4. Na falta de comunicação, em tempo oportuno, da inclusão ou da exclusão de beneficiários, a fatura se baseará nos dado disponível, sendo os eventuais acertos realizados na fatura subsequente;
- 14.2 O CENTRO CLÍNICO só poderá cancelar a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência da EMPRESA, nos seguintes casos:
- a) Fraude comprovada, mediante notificação formal ao beneficiário;



- b) Perda do vínculo do titular com a EMPRESA, ou de dependência, ressalvado o disposto nos art. 30 e 31 da Lei 9656/98; ou
- c) Agressão verbal ou física aos colaboradores do CENTRO CLÍNICO.
- 14.2.1 Para todos esses casos, haverá a comunicação formal da decisão à EMPRESA pelo CENTRO CLINICO.

## **XV – RESCISÃO/SUSPENSÃO**

### **CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – RESCISÃO/SUSPENSÃO:**

- 15.1. Ocorrendo à rescisão nenhum pagamento ou indenização caberá à parte, tendo o CENTRO CLÍNICO GAÚCHO unicamente direito ao recebimento das importâncias concernentes aos serviços realmente prestados até aquela data, ressalvado o prazo de aviso prévio;
- 15.2. O presente contrato poderá ainda, ser rescindido pelo CENTRO CLÍNICO GAÚCHO nas hipóteses de fraude ou não pagamento da taxa mensal, por período superior a 60 (sessenta) dias consecutivo ou não, a cada doze meses de vigência do contrato, cabendo ao CENTRO CLÍNICO GAÚCHO notificar a ENTIDADE, comprovadamente, até o **trigésimo** dia da inadimplência.
- 15.3. A omissão de informações ou fornecimento de informações incorretas ou inverídicas pela EMPRESA contratante, para auferir vantagens próprias ou para seus usuários é reconhecida como violação ao contrato, permitindo ao CENTRO CLÍNICO GAÚCHO realizar rescisão do contrato por fraude, desde que devidamente comprovada.
- 15.4. É vedada comercialização, pela ENTIDADE, ou por terceiros, do presente Contrato, bem como a adição de valor a título de “sobre taxa”. Caso ocorra, qualquer das hipóteses, reserva-se o CENTRO CLÍNICO GAÚCHO o direito de cancelar o Contrato, mediante correspondência para a ENTIDADE, sem cumprimento de aviso prévio ou qualquer indenização.
- 15.5. Na hipótese do não pagamento na data aprazada, após-transcorridos **15 (quinze)** dias, o CENTRO CLÍNICO GAÚCHO suspenderá os atendimentos até a sua regularização.
- 15.6. No caso de rescisão imotivada do contrato antes do período de 12 meses haverá a aplicação de multa correspondente ao valor de 1 (uma) fatura mensal, sendo como base aquela imediatamente anterior ao mês da rescisão.

## **XVI – DISPOSIÇÕES GERAIS**

### **CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DISPOSIÇÕES GERAIS:**

- 16.1. O CENTRO CLÍNICO GAÚCHO providenciara, junto à ENTIDADE, a identificação dos usuários, fornecimento das cédulas de identificação, Manual de Orientações contendo a descrição dos locais de atendimento interno e credenciado, Manual para contratação de Plano de Saúde - MPS e Guia de Leitura Contratual - GLC.
- 16.2. Fazem parte do presente contrato quaisquer documentos entregues ao beneficiário que tratem de assuntos pertinentes ao plano de saúde. Dentre esses documentos, incluem-se: proposta de adesão, declaração de saúde, guia do beneficiário, guia de leitura contratual, etc.

**XVII – ELEIÇÃO DE FORO**  
**CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA - SUCESSÃO DE FORO**  
**Eleições de foro competente;**

17.1. Para dirimir as dúvidas e controvérsias resultantes deste Contrato, será competente o Foro da Comarca do CONTRATANTE . E, por assim se acharem justas e contratadas, firmam o presente em 02 (duas) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas representadas abaixo.

Porto Alegre, 01 de julho de 2017.



Pedro Anísio Aquino Maia - Presidente



Cesar Franco de Lima  
Diretor

CENTRO CLÍNICO GAÚCHO LTDA

TESTEMUNHAS:

Nome:  
CPF:



Magiane Volff  
CPF: 001.283.850-06

Nome:  
CPF:



Marco Aurélio M. Souza  
CPF: 298.080.810-53

