

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS, HOSPITALARES, DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA

PRÓ-SAÚDE POR ADESÃO

Versão JAN/2025

INDIVIDUAL/FAMILIAR

Registro de Operadora na ANS nº 409634

Registro do plano na ANS nº 462.026/10-7

MATRÍCULA:

CONTRATANTE:

Nome da mãe:

Nascimento: 00/00/2024 CPF: 001.234.567-89 RG: 12.345.678-9 – SSP/PR

Endereço:

Cidade: Ponta Grossa – PR – CEP: 84.010-00

CONTRATADA: ASSOCIAÇÃO CIVIL PRÓ-SAÚDE DOS SERVIDORES DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob nº 73.565.319/0001-38 com sede em Ponta Grossa-PR, na Rua Senador Pinheiro Machado, 446, Centro, sitio eletrônico <https://prosaudeuepg.com.br>.

1. OBJETO DO CONTRATO

1.1 O presente Contrato é regido pela Lei n.º 9.656, de 03 de junho de 1998 e atende, como atenderá, todas as suas alterações, bem como Resoluções da ANS aplicáveis, incluindo-se as disposições do ROL DE PROCEDIMENTOS DA ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) e todas as suas alterações e modificações. O contrato tem por objeto a cobertura de Serviços de Assistência Médico Hospitalar, de Diagnóstico e Terapia, aos beneficiários devidamente inscritos no plano, na forma e condições que seguem, exclusivamente na rede de prestadores credenciados da CONTRATADA, com área de abrangência em grupo de Municípios no Estado do Paraná, Ponta Grossa e Curitiba.

1.2 É parte integrante do contrato:

- a) Proposta de Adesão;
- b) Declaração de Saúde;
- c) Exame Pericial de Admissão;
- d) Declaração de Opção em Face da Constatação de Doenças ou Lesões Preexistentes, se for o caso.

2. DEFINIÇÕES

- **Acidente pessoal:** é evento exclusivo, com data caracterizada, diretamente externo, súbito, imprevisível, involuntário, violento e causador de lesão física que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico.
- **Acidente do trabalho:** qualquer intercorrência que ocorra com o usuário em seu ambiente de trabalho, assim como em seu trajeto de ida ou retorno.
- **Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS):** órgão regulador que tem por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar de saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores.
- **Agravado:** é o acréscimo no valor das mensalidades, em período determinado, devido a constatação de doenças e lesões preexistentes na data de assinatura do contrato.
- **Agregado:** pai, mãe, sogro ou outro dependente economicamente do titular devidamente incluído no plano na condição de dependente.

- **Ambulatório:** estrutura onde se realizam atendimentos de curativos, pequenas cirurgias, primeiros socorros ou outros procedimentos, que não exijam uma estrutura médica mais complexa para o atendimento dos beneficiários.
- **Atendimento Ambulatorial:** é o atendimento que se limita aos serviços prestados em consultório ou ambulatório, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que embora prescindam de internação, demandem o apoio de estruturas hospitalares por período não superior a 12 horas. Também são entendidos como atendimentos ambulatoriais, aqueles caracterizados como urgência/emergência que demandem observações, até o limite de 12 horas, período após o qual passará a ser caracterizado como internação.
- **Atendimento Hospitalar:** É o atendimento que se limita aos serviços prestados em hospitais e unidades de pronto-socorro, não incluindo atendimentos ambulatoriais para fins de diagnóstico, terapia ou recuperação, mesmo que complementares a uma internação.
- **Avaliação médica para doenças ou lesões preexistentes:** é a avaliação realizada pelo médico perito da operadora CONTRATADA, com o objetivo de verificar as condições físicas do beneficiário e detectar possíveis doenças ou lesões preexistentes, inclusive mediante a realização de exames de diagnóstico, para a correta avaliação da preexistência.
- **Beneficiário(a):** é a pessoa favorecida pelo plano de saúde.
- **Cálculo atuarial:** cálculo estatístico efetuado com base na análise de informações sobre a frequência de utilização do plano, tipos de beneficiários e procedimentos cobertos pelo plano, com vistas à manutenção da saúde financeira do plano e cálculo de contribuições e reajustes.
- **Carência:** é o prazo ininterrupto, contado a partir do início de vigência do plano, durante o qual os usuários não podem fazer uso dos procedimentos cobertos contratados.
- **Cartão individual de identificação:** é o documento que contempla os dados pessoais do beneficiário (nome, idade, código de inscrição no plano) e é também o comprovante de sua inscrição no plano de saúde.
- **CID:** é o Código Internacional de Doenças, divulgado pela OMS - Organização Mundial da Saúde.
- **Coberturas:** são os procedimentos dos quais o usuário pode fazer uso cumpridas as carências expressas no contrato ou Cobertura Parcial Temporária.
- **Cobertura Parcial Temporária:** É aquela que admite num prazo determinado a suspensão da cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, relacionadas às lesões preexistentes à época da contratação.
- **Conselho Nacional de Saúde Suplementar (CONSU):** É o órgão colegiado, integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para deliberar sobre questões relacionadas à prestação de serviços de saúde suplementar nos seus aspectos médico, sanitário e epidemiológico.
- **Consulta:** é o ato médico que visa avaliar as condições clínicas do beneficiário.
- **Contratada:** é a pessoa jurídica identificada no contrato de plano de saúde, que se obriga a garantir a prestação de serviços de assistência à saúde aos beneficiários regularmente inscritos, através de sua rede de prestadores credenciados.
- **Contratante:** pessoa física que contrata a Prestação de Serviços de Assistência à Saúde.
- **Contrato:** é o conjunto de cláusulas contratuais que estabelece obrigações e direitos da **CONTRATANTE** e da **CONTRATADA**.
- **Dependentes:** são os beneficiários economicamente dependentes do titular.
- **Doença:** é o processo mórbido definido, tendo um conjunto característico de sintomas e sinais, que leva o indivíduo a tratamento médico-hospitalar.
- **Doenças ou lesões preexistentes (DLP):** lesões ou doenças congênitas ou adquiridas pelos beneficiários e/ou seus dependentes e que saibam ser portadores ou sofredores antes da sua inscrição no plano.
- **Procedimento Eletivo:** procedimento médico não considerado de urgência ou emergência.
- **Emergência:** situação que pode ocasionar risco de vida imediato ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.
- **Entrevista Qualificada:** ato em que o beneficiário deverá responder aos quesitos pertinentes a si e a seus dependentes, formulados pelo médico auditor, referentes a condições de saúde e de doenças que tenha tido e que tenha conhecimento, antes do momento da contratação do plano.

- **Evento:** é o conjunto de ocorrências e/ou serviços de assistência médica, ambulatorial ou hospitalar, que tenham por origem ou causa dano involuntário à saúde ou à integridade física do beneficiário ou de seus dependentes, em decorrência de acidente ou doenças, desde que verificadas durante a vigência do contrato e não estejam excluídas da cobertura.
- **Exames de Diagnóstico:** procedimentos complementares solicitados pelo médico assistente, que possibilitam a investigação diagnóstica e avaliação das condições clínicas do beneficiário.
- **Guia de Prestadores Credenciados:** é a relação de médicos, serviços credenciados da CONTRATADA, disponível para consulta na sede da CONTRATADA ou em seu sítio eletrônico (<https://prosaudeuepg.com.br>).
- **Internação Hospitalar:** ocorre quando o beneficiário registra seu ingresso em unidade hospitalar, ficando sob os seus cuidados, para ser submetido a algum tipo de procedimento ou tratamento.
- **Mensalidade:** é o valor pecuniário a ser pago mensalmente pelo CONTRATANTE à CONTRATADA.
- **Operadora:** é a pessoa jurídica responsável pela elaboração e comercialização do produto.
- **Órteses:** dispositivos aplicados sobre segmentos corporais, para oferecer-lhes apoio ou estabilidade, prevenir ou corrigir deformidades e permitir ou facilitar sua função.
- **Plano Referência:** é o plano instituído pela Lei nº 9.656/98.
- **Prazo de Vigência:** é o período de duração do contrato.
- **Procedimentos médicos ambulatoriais:** são aqueles executados no máximo com anestesia local, que não exijam a presença de médico anestesista e que não ultrapassem o máximo de 12 (doze) horas entre o início do procedimento e a alta do paciente.
- **Procedimentos de Alta Complexidade para Cobertura Parcial Temporária:** são aqueles definidos pela ANS, consistindo nos únicos procedimentos que, quando referentes à doença ou lesão preexistente, poderão constar de cláusula contratual específica e ter sua cobertura suspensa pelo prazo de até vinte e quatro meses.
- **Próteses:** são as peças artificiais empregadas em atos cirúrgicos, em substituição parcial ou total de um órgão ou membro, reproduzindo sua forma e/ou sua função, utilizada no ato cirúrgico.
- **Serviços Credenciados:** são aqueles colocados à disposição dos beneficiários pela CONTRATADA, prestados por terceiros contratados para o atendimento médico-hospitalar, de diagnóstico e terapia.
- **Reembolso:** é a devolução de valores gastos pelos beneficiários em atendimentos até o limite da tabela referência de valores praticados pela CONTRATADA, com a sua rede credenciada.
- **Titular:** é o CONTRATANTE do plano.
- **Urgência:** evento decorrente de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional.

3. DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

- 3.1 Os serviços ora contratados serão prestados pelos médicos credenciados da CONTRATADA, na área de abrangência.

4. BENEFICIÁRIOS

- 4.1 São considerados beneficiários titulares as pessoas físicas identificadas como contratantes no presente instrumento e inscritas como tal no plano de saúde.
- 4.2 São considerados beneficiários dependentes, os beneficiários economicamente dependentes do titular.

5. INCLUSÃO E EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS

- 5.1 A inclusão do CONTRATANTE e respectivos dependentes será processada após a submissão dos mesmos à entrevista qualificada e respostas ao questionário e declaração de saúde, que integram o presente contrato para todos os fins de direito.

- 5.2 O CONTRATANTE reconhece que está obrigado a informar à CONTRATADA a condição sabida de doença ou lesão preexistente, de si e seus dependentes, previamente às suas inclusões no plano como beneficiários, sob pena de imputação de fraude e encaminhamento de solicitação de resolução do contrato à ANS, sem prejuízo da eventual cobrança de prejuízos havidos em face da contratação efetivamente reconhecida como fraudulenta.
- 5.3 A constatação de doenças ou lesões preexistentes, com os respectivos agravos nas mensalidades ou a aplicação de cobertura parcial temporária para determinados procedimentos relacionados, constarão da Declaração de Opção em Face da Constatação de Doenças Preexistentes, parte integrante deste contrato.
- 5.4 Ficará a critério da CONTRATADA a realização de Exame Pericial de Admissão em relação ao CONTRATANTE e/ou seus dependentes.
- 5.5 O ônus pela realização da entrevista qualificada, bem como de eventual Exame Pericial admissional, quando realizada com médico de sua relação de prestadores, será da CONTRATADA.
- 5.6 O ônus pela escolha de profissional médico diferente dos relacionados pela CONTRATADA para realização da entrevista qualificada caberá ao CONTRATANTE.
- 5.7 É obrigação do CONTRATANTE entregar o formulário da Declaração de Saúde, devidamente preenchido na presença de médico colocado a sua disposição para a realização da entrevista qualificada ou por outro, de sua livre escolha.
- 5.8 É obrigação da CONTRATADA disponibilizar profissional médico para o cumprimento dos itens anteriores (5.6 e 5.7), sob pena de perder o direito de alegar a preexistência de doença ou lesão que se possa constatar posteriormente à data da assinatura do contrato.
- 5.9 A constatação de doença ou lesão preexistente, seja por informação do beneficiário titular e seus dependentes ou por achado clínico laboratorial de exame prévio ou ainda por qualquer outro exame anterior à data de inclusão no plano, não impedirá a inscrição do usuário no plano, porém implicará na cobrança de Agravo por Doença na mensalidade do plano de saúde ou o estabelecimento de Cobertura Parcial Temporária, a critério do CONTRATANTE, conforme opção declarada na Declaração de Opção em Face da Constatação de Doenças ou Lesões Preexistentes.
- 5.10 Os eventos excluídos com finalidade de cobertura parcial temporária ou os agravos praticados nas mensalidades constam da Declaração de Saúde e fazem parte integrante deste contrato.
- 5.11 Os dependentes que forem incluídos posteriormente ao início da vigência do presente contrato cumprirão as carências contratuais contadas a partir das datas das suas respectivas inclusões.
- 5.12 A inclusão de filhos do usuário titular ou de dependente regularmente inscrito no plano, nascidos na vigência deste contrato, cujo parto tenha sido coberto, deverá ser feita em até 30 (trinta) dias contados da data do nascimento para que não haja o cumprimento dos períodos de carência.
- 5.13 Os filhos, cujo parto não tenha sido coberto pelo presente contrato, cumprirão normalmente as carências previstas no contrato.
- 5.14 A inclusão de filho adotivo menor de 12 (doze) anos, durante a vigência do contrato, deverá ser feita no prazo de 30 (trinta) dias, contados a partir da data da adoção, salvo quando o titular estiver em período de carência ou quando o filho adotivo contratar cláusulas que o titular não possua, hipótese em que as carências deverão ser cumpridas integralmente.

- 5.15 A inclusão de filhos naturais ou adotivos, mesmo os nascidos na vigência deste contrato, fora dos prazos mencionados nos itens anteriores (5.12 a 5.14), estará subordinada ao cumprimento integral, a partir da data da inclusão no contrato, dos períodos de carência estipulados para os procedimentos e nas cláusulas adicionais eventualmente contratadas.
- 5.16 Os beneficiários que perderem a condição de dependência poderão assinar novo contrato, em até 30 (trinta) dias a contar da data da perda da condição, descontadas as carências já cumpridas neste contrato. A exclusão do usuário titular cancelará automaticamente a inscrição dos respectivos dependentes.

6. CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

- 6.1 A CONTRATADA fornecerá aos beneficiários regularmente inscritos o cartão individual de identificação ou via aplicativo referente ao plano que pertencerem, cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade oficialmente reconhecido, e guia de liberação via aplicativo assegura a fruição dos direitos e vantagens deste contrato, podendo a CONTRATADA adotar, a qualquer tempo, novo sistema para melhora do fluxo de atendimento.
- 6.2 É obrigação do CONTRATANTE, em caso de rescisão, resolução ou resilição deste contrato, devolver os respectivos cartões de identificação e quaisquer outros documentos porventura fornecidos pela CONTRATADA, respondendo sempre, o primeiro perante a última, pelos prejuízos resultantes do uso indevido desses documentos, não cabendo, pois, a partir da rescisão, resolução ou resilição do presente, qualquer responsabilidade da CONTRATADA em relação ao uso indevido desses documentos.
- 6.3 Considera-se uso indevido a utilização do cartão de identificação ou deste contrato para obter atendimento pelos beneficiários que perderam essa condição por exclusão ou término do contrato, ou em qualquer hipótese, por terceiros estranhos à relação contratual, com ou sem o conhecimento dos beneficiários regularmente inscritos no plano.
- 6.4 Ocorrendo a perda, extravio, furto ou roubo de qualquer desses documentos, o CONTRATANTE deve formalmente comunicar o fato à CONTRATADA, para cancelamento ou, quando for o caso, emissão de segunda via, mediante pagamento de taxa para cada novo cartão de identificação emitido.
- 6.5 O cancelamento só terá validade quando reconhecido pela CONTRATADA.
- 6.6 No caso de furto ou roubo, o CONTRATANTE enviará à CONTRATADA cópia do boletim de ocorrência policial onde constará o registro do delito, ficando assim isento do pagamento da taxa de emissão da 2ª via do cartão de identificação.

7. COBERTURA

- 7.1 COBERTURA AMBULATORIAL: A CONTRATADA assegura, aos beneficiários regularmente inscritos no plano a realização de consultas e procedimentos de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial, estritamente na conformidade da cobertura prevista no ROL DE PROCEDIMENTOS DA ANS, dentro das especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, às doenças relacionadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças, dentro de sua rede de prestadores credenciados, observado o disposto na cláusula 11, também observados os serviços não cobertos indicados na cláusula 10, depois de cumpridas as carências especificadas na cláusula 8, observadas as seguintes exigências:
- 7.1.1 Cobertura de consultas médicas em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas e de pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- 7.1.2 Cobertura de Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, inclusive cirúrgicos ambulatoriais, mesmo quando realizado em ambiente hospitalar, quando solicitados pelo médico assistente, desde que não se caracterize como internação, ou seja, com período superior a 12 (doze) horas de permanência hospitalar;

- 7.1.3 Cobertura de atendimentos ambulatoriais de urgências e/ou emergências que demandem atenção continuada, até o limite de 12 (doze) horas, período após o qual, o tratamento será entendido como internamento;
- 7.1.4 Cobertura de remoção terrestre entre hospitais, após realizados os atendimentos classificados como urgência/emergência, dentro da área de abrangência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecida pelo hospital e a necessidade de internação para continuidade da atenção ao paciente, dentro do período de 12 horas;
- 7.1.5 Cobertura para hemodiálise e diálise peritoneal (CAPD);
- 7.1.6 Cobertura para quimioterapia ambulatorial;
- 7.1.7 Cobertura para radioterapia (megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletroterapia);
- 7.1.8 Cobertura para hemoterapia ambulatorial;
- 7.1.9 Cobertura de tratamentos antineoplásicos domiciliares de uso oral, incluindo medicamentos para controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes.
- 7.2 COBERTURA HOSPITALAR: A CONTRATADA assegura aos beneficiários regularmente inscritos no plano, durante o internamento clínico ou hospitalar, estritamente na conformidade da cobertura prevista no ROL DE PROCEDIMENTOS DA ANS, dentro das especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, às doenças relacionadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças, dentro de sua rede de prestadores, observado o disposto na cláusula 11 e os serviços não cobertos especificados na cláusula 10.
- 7.3 Diárias de internação hospitalar no padrão de acomodação quarto privativo, com banheiro e direito a acompanhante.
- 7.4 Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada à nível de internação hospitalar:
- a) Exames complementares necessários para diagnóstico e controle do tratamento e da evolução da doença que tenha motivado a internação;
 - b) Honorários médicos através de médicos credenciados;
 - c) Medicamentos, anestésicos, oxigênio, transfusões de sangue e derivados e demais materiais necessários à continuidade da assistência prestada a nível de internação hospitalar;
 - d) Taxas hospitalares e serviços gerais de enfermagem, exceto em caráter particular;
 - e) Utilização de leitos especiais, monitores e toda aparelhagem indispensáveis ao tratamento;
 - f) Unidade de terapia intensiva ou isolamento, quando determinado pelo médico assistente;
 - g) Alimentação específica ou normal, fornecida pelo hospital, até alta hospitalar;
 - h) Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital a acompanhante dos beneficiários, nas mesmas condições da cobertura contratada, exceto no caso de internação em UTI ou similar;
 - i) Despesas com remoção terrestre do usuário entre hospitais, quando comprovadamente necessária ao atendimento coberto, respeitada a área de abrangência da CONTRATADA;
 - j) Quimioterapia, radioterapia, incluindo radiomoldagem, radioimplantes e braquiterapia, mesmo quando realizados ambulatorialmente após alta hospitalar, como complemento de tratamento realizado em regime de hospitalização;
 - k) Nutrição parenteral ou enteral como complemento de tratamento realizado em regime de internação;
 - l) Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica mesmo quando realizados ambulatorialmente, como complemento de tratamento realizado em regime de hospitalização;
 - m) Embolizações e radiologia intervencionista mesmo quando realizadas ambulatorialmente, como complemento de tratamento realizado em regime de hospitalização;
 - n) Exames pré-anestésicos, como complemento de tratamento realizado em regime de hospitalização;

- o) Hemodiálise e diálise peritoneal (CAPD), como complemento de tratamento realizado em regime de hospitalização;
 - p) Acompanhamento imediato e tardio de pacientes transplantados de córnea e de rins, após alta hospitalar como complemento de tratamento realizado em regime de hospitalização;
 - q) Fisioterapia após alta hospitalar como complemento de tratamento realizado em regime de hospitalização;
 - r) Tratamentos antineoplásicos ambulatoriais e domiciliares de uso oral, procedimentos radio-terápicos para tratamento de câncer e hemoterapia, na qualidade de procedimentos cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em âmbito de internação hospitalar.
- 7.4.1 Procedimentos buco-maxilares traumatológicos, quando necessário sua realização em ambiente hospitalar sob regime de anestesia geral.
- 7.4.2 Cobertura Integral de 30 (trinta) dias de internamento por ano de contrato em hospital psiquiátrico ou em unidade Psiquiátrica de hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situações de crises.
- 7.4.3 Cobertura Integral de 15 dias de internação por ano de contrato em hospital geral para tratamento de quadro de abstinência provocada por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de internação.
- 7.4.4 Cobertura para transplantes de córnea, rins, medula e fígado bem como despesas com doadores vivos e acompanhamento clínico no pós operatório imediato e tardio, excetuando-se os medicamentos de manutenção e observado que os transplantes provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica, estarão cobertos desde que o beneficiário esteja cadastrado em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos, integrantes do Sistema Nacional de Transplantes, sujeito a critério de fila única de espera e seleção.
- 7.4.5 Nos atendimentos de urgência e emergência, se o beneficiário ainda estiver cumprindo carências, o atendimento se limitará às primeiras 12 (doze) horas, de acordo com as condições expressas na cobertura ambulatorial.
- 7.4.6 Nos casos de atendimento de urgência decorrente de acidentes pessoais o atendimento será garantido, sem restrições, após 24 horas, contados a partir da data de início de vigência do contrato.
- 7.4.7 São assegurados às beneficiárias regularmente inscritos no Plano, a cobertura de consultas médicas de pré-natal, exames complementares, bem como atendimentos médicos hospitalares, clínicos ou cirúrgicos, relacionados com a gravidez e parto, quando realizados exclusivamente pelos prestadores da CONTRATADA, observado o disposto na cláusula 11 e os prazos de carência descritos na Cláusula 8 deste contrato, observadas as seguintes exigências:
- 7.4.7.1 Para os filhos nascidos na vigência do contrato, cobertura das despesas hospitalares, incluindo-se honorários de pediatra, diárias de berçário e/ou UTI neonatal, bem como medicamentos e materiais indispensáveis ao atendimento hospitalar, pelo período de 30 (trinta) dias contados a partir da data do nascimento. Após este prazo a cobertura fica condicionada à anterior inclusão do recém-nascido no contrato;
- 7.4.7.2 Em caso de necessidade de assistência médico hospitalar decorrente da condição gestacional coberta, porém estando a beneficiária cumprindo período de carência, a CONTRATADA estará obrigada a somente cobrir o atendimento prestado nas mesmas condições previstas de cobertura ambulatorial.

8. CARÊNCIAS

- 8.1 As carências são de 180 (cento e oitenta) dias, contadas a partir da data do início de vigência do contrato para os beneficiários inscritos na data da contratação, e a partir da data de inclusão para aqueles que posteriormente aderirem ao plano, desde que devidamente aceitos pela CONTRATADA, exceto para os casos a seguir, que terão carências assim especificadas:
- a) 24 (vinte e quatro) horas para atendimento de urgências decorrentes de acidentes pessoais;

- b) 300 dias para parto a termo;
- c) 24 meses para atendimento a doenças ou lesões preexistentes, identificadas por exame pericial ou informação do paciente no formulário da entrevista qualificada e que não tenha sido feita opção por agravo de preço para cobertura destas doenças na data da contratação;
- d) 24 meses para atendimento a doenças que se comprovar serem de conhecimento prévio do usuário e que não tenham sido informadas pelo usuário na entrevista qualificada quando da sua admissão ao plano;
- e) Os atendimentos caracterizados como de urgência ou emergência das doenças ou lesões identificadas e documentadas na Declaração de Saúde como preexistentes, cumprirão a carência de 24 horas e terão cobertura igual a do módulo ambulatorial, independente da modularidade contratada;
- f) Os atendimentos caracterizados como de emergência não provenientes de acidentes pessoais, já caracterizado na letra “a” deste item, para os portadores do módulo hospitalar, durante os períodos de carência, deverão abranger a cobertura igual àquela do módulo ambulatorial, não estando garantido, portanto, cobertura para internações.

8.2 Eventualmente contratada ampliação de cobertura, os beneficiários contratantes sujeitar-se-ão às carências e limites previstos para cada uma delas.

9. CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO

9.1 A CONTRATADA assegurará aos beneficiários regularmente inscritos no plano os serviços médicos, hospitalares, auxiliares de diagnóstico e terapia previstos neste contrato, obedecida a cobertura contratada, conforme especificado abaixo:

- a) Consultas: os beneficiários serão atendidos no local de atendimento dos médicos credenciados da CONTRATADA, relacionados no Guia Médico, de acordo com as normas de atendimento destes ou nos serviços de emergências, credenciados da CONTRATADA. O CONTRATANTE pagará 50% dos honorários pagos ao médico credenciado;
- b) Atendimentos clínicos, cirúrgicos e ambulatoriais: serão prestados em consultórios, clínicas, serviços ou hospitais, credenciados pela CONTRATADA;
- c) Exames complementares e serviços auxiliares: serão prestados através da rede credenciada da CONTRATADA, mediante solicitação médica;
- d) Os beneficiários com mais de 65 anos, gestantes, lactentes e crianças com até 5 anos terão prioridade nos atendimentos;
- e) Para consultas e exames se faz necessário solicitar guia de liberação via aplicativo da Pró-Saúde, disponível no site.

9.2 Para ter acesso a qualquer atendimento, o beneficiário obriga-se a apresentar o Cartão de Identificação válido, documento oficial de identidade e guia de liberação.

9.3 Será disponibilizado ao beneficiário titular, o Guia Médico editado pela CONTRATADA, informando a relação de seus prestadores, médicos hospitalares e clínicas, bem como a relação com os respectivos endereços. O Guia Médico será periodicamente atualizado e a versão atualizada estará disponível na sua sede e no sítio eletrônico da CONTRATADA, <https://prosaudeuepg.com.br>

9.4 A CONTRATADA não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados pelos beneficiários fora da forma contratada.

9.5 No caso de não haver disponibilidade de acomodação Hospitalar do nível credenciado, nos estabelecimentos contratados ou credenciados, é garantido o acesso a acomodação em nível superior sem ônus adicional ao CONTRATANTE.

10. SERVIÇOS EXCLUÍDOS

10.1 Serviços excluídos das coberturas AMBULATORIAL e HOSPITALAR:

- 10.1.1 atendimentos odontológicos;
- 10.1.2 Tratamentos e cirurgias experimentais, exames e medicamentos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), cirurgias e tratamentos não éticos ou ilegais, cirurgias para mudança de sexo e inseminação artificial;
- 10.1.3 Tratamentos e cirurgias para controle de natalidade, para infertilidade ou esterilidade e suas consequências, bem como tratamento cirúrgico e exames diagnósticos ou de preservação para todos os tipos de impotência sexual;
- 10.1.4 Cirurgias plásticas, exceto as reparadoras decorrentes de acidentes ocorridos na vigência deste contrato e que importem em danos funcionais;
- 10.1.5 Tratamento clínico ou cirúrgico por motivos de senilidade, para rejuvenescimento ou prevenção do envelhecimento;
- 10.1.6 Tratamento clínico ou cirúrgico para emagrecimento ou ganho de peso;
- 10.1.7 Tratamento clínico ou cirúrgico com finalidade estética, cosmética ou para alterações somáticas.
- 10.1.8 Atendimento nos casos de calamidade pública, conflitos sociais, guerras, revoluções e outras perturbações da ordem pública e ainda envenenamentos de caráter coletivo ou outra causa física que atinja maciçamente a população;
- 10.1.9 Consultas e tratamentos médicos e hospitalares efetuados antes do início da cobertura ou do cumprimento das carências previstas;
- 10.1.10 Medicamentos de uso domiciliar;
- 10.1.11 Medicamentos importados não nacionalizados;
- 10.1.12 Medicamentos não prescritos pelo médico assistente;
- 10.1.13 Transplantes e todas as despesas originadas em decorrência de transplantes, a exceção de córnea, rim, medula e fígado;
- 10.1.14 Despesas não relacionadas diretamente com o tratamento médico hospitalar, inclusive ligações telefônicas, despesas de acompanhante ou outras que excedam o limite e condições do plano contratado;
- 10.1.15 Produtos de toalete ou higiene pessoal;
- 10.1.16 Procedimentos clínicos e cirúrgicos para fins estéticos e, tratamento de rejuvenescimento e emagrecimento com a mesma finalidade estética ou cosmética;
- 10.1.17 Acolhimento de idosos em clínicas de repouso e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- 10.1.18 Aparelhos ortopédicos, fornecimento de próteses e órteses de qualquer natureza não ligadas ao ato cirúrgico;
- 10.1.19 Aluguel de equipamentos hospitalares e similares, bem como enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar, e ainda consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de emergência ou urgência;
- 10.1.20 Procedimento de medicina ocupacional;
- 10.1.21 Despesas decorrentes de serviços prestados por médicos e prestadores não credenciados;
- 10.1.22 Procedimentos ou exames realizados no exterior, ainda que a coleta do material seja feita no Brasil;
- 10.1.23 Procedimentos relacionados com os acidentes de trabalho e suas consequências, bem como as moléstias profissionais.

11. CONDIÇÕES DE REEMBOLSO

- 11.1 A CONTRATADA assegurará o reembolso no limite das obrigações deste contrato, das despesas efetuadas pelo usuário titular ou ainda dependente regularmente inscrito, com assistência à saúde dentro do território Nacional, quando não for comprovadamente possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados da CONTRATADA.

- 11.2 O reembolso de que trata o item 11.1 será efetuado de acordo com os valores das tabelas de referência praticadas pela CONTRATADA, no que se refere a honorários médicos, diárias e taxas hospitalares, e nos preços médios de mercado, no que se refere a materiais e medicamentos, dentro do prazo máximo de 30 (trinta) dias após a apresentação dos documentos originais pelo CONTRATANTE. O reembolso de consulta com médico não credenciado, será de 50% da consulta paga ao médico credenciado.
- 11.3 São reembolsáveis somente despesas dos associados, as quais terão validade de 90 (noventa) dias contados da data da emissão do comprovante, para serem apresentados em conjunto com outros, após a aprovação da Diretoria. Somente serão aceitos como comprovantes originais a 1ª via da nota fiscal e/ou recibo.
- 11.4 Outros documentos a serem apresentados para reembolso:
- Relatório do médico assistente, declarando nome do paciente, código de identificação, tratamento efetuado, data do atendimento, tempo de permanência no hospital e data da alta hospitalar;
 - Conta hospitalar discriminando materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com notas fiscais, faturas ou recibos do hospital;
 - Recibos individualizados de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, discriminando funções e o evento a que se referem e, se for o caso, a duração do ato anestésico;
 - Comprovantes relativos aos serviços de exames laboratoriais, de radiodiagnósticos e serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente.
- 11.5 Todas as contas deverão vir acompanhadas da primeira via da Requisição Médica, e serão reembolsadas dentro do mês, desde que apresentadas e entregues na Secretaria da PRÓ-SAÚDE até as 18 (dezoito) horas do dia 20 (vinte) de cada mês. Em caso de feriado ou dia não útil, a data de entrega dos documentos será antecipada para o primeiro dia útil anterior.
- 11.6 O CONTRATANTE perderá o direito ao reembolso decorridos 90 (noventa) dias da data do evento ou ao término do contrato, o que ocorrer antes.

12. PREÇOS E CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

- 12.1 O CONTRATANTE obriga-se a pagar à CONTRATADA, os valores relacionados abaixo, para efeito de inscrição e mensalidade, acrescidos do agravo em razão de doença ou lesão preexistente, caso não tenha optado pela CPT (Cobertura Parcial Temporária).

Tabela 1 – Tabela do Plano Individual/Familiar - Agosto de 2024

	Faixa etária	Mensalidade (R\$)
1	0 a 18 anos	335,94
2	19 a 23 anos	431,69
3	24 a 28 anos	470,92
4	29 a 33 anos	505,38
5	34 a 38 anos	554,55
6	39 a 43 anos	616,41
7	44 a 48 anos	823,13
8	49 a 53 anos	1.124,43
9	54 a 58 anos	1.484,49
10	59 anos ou +	1.907,86

- 12.2 O CONTRATANTE reconhece que as mensalidades são estabelecidas de acordo com a faixa etária de cada beneficiário inscrito no plano. Ocorrendo alteração na idade de qualquer dos beneficiários inscritos, que importe em deslocamento para a faixa etária superior, as mensalidades serão reajustadas automaticamente, no mês do aniversário.

- 12.3 As mensalidades serão pagas por aviso bancário, sempre até o dia 10 (dez) do mês subsequente à prestação do serviço. Ocorrendo impontualidade no pagamento das mensalidades, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês e multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito.
- 12.4 A utilização dos serviços contratados, durante o período de carência e fora das coberturas definidas neste contrato, implica no dever de pagar à CONTRATADA o respectivo custo, desde já reconhecido pelo CONTRATANTE como dívida líquida, certa e exigível.
- 12.5 O atraso no pagamento da mensalidade por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, implicará na resolução do contrato, desde que devidamente notificado o CONTRATANTE até o quinquagésimo dia do inadimplemento.
- 12.6 No caso de opção por acomodação de internamento superior à contratada, o CONTRATANTE deverá arcar com a total diferença de preço e a complementação total dos honorários médicos conforme negociação direta com os médicos assistentes e o serviço hospitalar.

13. REAJUSTES

- 13.1 Os preços das mensalidades foram fixados com base em cálculo atuarial levando-se em consideração os preços dos serviços colocados a disposição dos beneficiários, a frequência de utilização destes serviços, o prazo contratual, os procedimentos não cobertos, as carências e a carga tributária.
- 13.2 Os valores das mensalidades serão reajustados anualmente pelos índices de reajuste autorizados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. Na hipótese de utilização comprovada acima da média normal, ou aumento comprovado dos custos dos serviços contratados que venham a afetar o equilíbrio econômico financeiro deste contrato, a CONTRATADA poderá pleitear reajustes diferenciados junto à ANS.

15. RESOLUÇÃO E DENÚNCIA DO CONTRATO

- 15.1 São causas que determinam a resolução contratual com imediata suspensão dos serviços:
 - a) Atraso no pagamento da mensalidade por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, desde que devidamente notificado o CONTRATANTE até o quinquagésimo dia do inadimplemento, sem prejuízo do direito da CONTRATADA requerer judicialmente a quitação do débito com suas consequências moratórias;
 - b) A ocorrência de ato ilícito ou fraudulento praticado por qualquer beneficiário na utilização do plano de saúde.
- 15.2 Caso forem constatadas e devidamente comprovadas, no prazo de 24 (vinte e quatro) meses da assinatura do contrato, doenças e lesões do conhecimento prévio do beneficiário e que não tenham sido informadas pelo mesmo na entrevista qualificada quando da sua admissão ao plano, restará configurada a fraude, podendo a CONTRATADA pleitear a resolução do contrato junto à ANS.

16. DISPOSIÇÕES FINAIS

- 16.1 Este contrato terá duração mínima de 12 (doze) meses consecutivos, contados a partir da sua assinatura, prorrogando-se automaticamente por tempo indeterminado.
- 16.2 A inserção de mensagens no recibo de cobrança das mensalidades valerá como notificação ao CONTRATANTE, para todos os efeitos deste contrato, a partir da data do respectivo pagamento.

- 16.3 O CONTRATANTE reconhece como dívida líquida e certa, em favor da CONTRATADA, quaisquer despesas decorrentes de atendimento prestado aos titulares e dependentes, após a rescisão, rescisão ou resolução do contrato.
- 16.4 Qualquer tolerância não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.
- 16.5 Rescindido, resiliado ou resolvido o contrato, obriga-se o CONTRATANTE a devolver à CONTRATADA todos os cartões de identificação emitidos em seu favor e de seus dependentes, ficando responsável por todos os atos e procedimentos que porventura venham a ocorrer até a efetiva entrega do documento, inclusive de despesas que possam acontecer face a utilização da mencionada carteira de identificação, cuja cobrança será concretizada através de fatura simples, independentemente de notificação judicial ou extrajudicial.
- 16.6 Casos omissos e eventuais dúvidas deverão ser resolvidos entre as partes e serão objeto de aditivo ao presente contrato, quando couber.
- 16.7 A CONTRATADA sub-roga-se em todos os direitos e ações que competirem ao CONTRATANTE e usuários inscritos no contrato, tanto contra terceiros quanto perante a seguradora nos casos de acidentes automobilísticos que resultarem na utilização do plano de saúde, podendo para tanto reivindicar o pagamento do seguro obrigatório – DPVAT.
- 16.8 O CONTRATANTE e os beneficiários inscritos no contrato autorizam a CONTRATADA a receber cópia de prontuário médico pertinente a atendimentos prestados via plano de saúde.
- 16.9 Fica eleito o Foro da sede da CONTRATADA, para dirimir qualquer demanda sobre o presente contrato, renunciando as partes a qualquer outro por mais privilegiado que seja.
- 16.10 E, por estarem assim, justos e contratados assinam o presente Contrato na presença de duas testemunhas, para que surta seus efeitos.

Ponta Grossa, 9 de janeiro de 2025.

JOÃO JOSÉ DE OLIVEIRA E SILVA
CONTRATANTE

ASSOCIAÇÃO CIVIL PRÓ-SAÚDE DOS SERVIDORES DA UEPG
CONTRATADA

Testemunhas:

Nome: José João de Oliveira
CI: 12.345.678-9
CPF/MF: 001.234.567-00

Nome: João Antonio de Oliveira
CI: 13.435.678-0
CPF/MF: 002.456.789-01