

RESSALVA

Atendendo solicitação do(a) autor(a), o texto completo desta dissertação será disponibilizado somente a partir de 07/12/2019.

**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS**

AURO HADANO TANAKA

**MULTAS EM TUTELAS JUDICIAIS DE URGÊNCIA CONTRA
OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR**

**FRANCA
2017**

AURO HADANO TANAKA

**MULTAS EM TUTELAS JUDICIAIS DE URGÊNCIA CONTRA
OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR**

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, como requisito parcial para a obtenção de título de Mestre em Direito. Área de Concentração: Sistemas normativos e fundamentos da cidadania.

Orientadora: Profª Drª Yvete Flávio da Costa

**FRANCA
2017**

Tanaka, Auro Hadano.

Multas em tutelas judiciais de urgência contra operadoras de planos de saúde suplementar / Auro Hadano Tanaka. – Franca : [s.n.], 2017.

277 f.

Dissertação (Mestrado em Direito). Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais.

Orientadora: Yvete Flávio da Costa.

1. Direitos fundamentais. 2. Planos de saúde. 3. Tutela antecipada. 4. Astreinte. I. Título.

CDD – 341.4

AURO HADANO TANAKA

**MULTAS EM TUTELAS JUDICIAIS DE URGÊNCIA CONTRA
OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR**

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, como requisito parcial para a obtenção de título de Mestre em Direito. Área de Concentração: Sistemas normativos e fundamentos da cidadania.

BANCA EXAMINADORA

Presidente: _____

Profª Drª Luciana Lopes Canavez

1ª Examinadora: _____

Profª Drª Elisabete Maniglia-Unesp/FCHS

2º Examinador: _____

Prof. Dr. Antonio Marcio da Cunha Guimarães-PUC/SP

Franca, _____ de _____ de 2017.

Dedico este trabalho à minha família da terra,
dos irmãos de sangue e de espírito,
que têm me acompanhado nesta jornada,
e à minha família espiritual,
dos irmãos eternos que jamais me abandonaram.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos professores da Universidade Estadual Paulista pela oportunidade de adquirir um pouco de seu conhecimento, em especial ao professor David Rubio, que me forneceu uma nova visão sobre os Direitos Humanos.

Meus sinceros agradecimentos aos professores Luciana Lopes Canavez, Elisabete Maniglia, Antonio Marcio da Cunha Guimarães, Peterson de Souza e Alfredo José dos Santos, por terem aceitado o convite para participar das minhas bancas de qualificação e avaliação final, por suas valiosas orientações que ajudaram a melhorar a qualidade do trabalho.

A minha mãe, que me acompanha desde o início dos meus passos nesta seara do Direito, a meu pai, que acompanha o fim desta jornada em outros planos, sem os quais eu não estaria aqui.

Agradeço ao pessoal da secretaria do curso, que sempre procurou atender prontamente aos meus pedidos, que não foram poucos.

Por fim, não poderia deixar de agradecer à minha orientadora, professora Yvete, que mesmo diante de tantas adversidades pessoais e problemas de saúde, se doou e encontrou forças para me orientar e foi fundamental na conclusão deste mestrado.

TANAKA, Auro Hadano. **Multas em tutelas judiciais de urgência contra operadoras de planos de saúde suplementar**. 2017. 262 f. Dissertação (Mestrado em Direito) – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Franca, 2017.

RESUMO

A dissertação faz uma breve análise sobre a estrutura da fixação e execução das *astreintes* como instrumento garantidor da eficácia das tutelas de urgência emanadas em demandas judiciais envolvendo a recusa na prestação de serviços por parte de empresas operadoras de planos de saúde suplementar. Trata-se, pois, de importante ferramenta de garantia de um direito garantido constitucionalmente: a saúde. A ineficiência do Estado em provê-la, ainda que minimamente, só fez aumentar a procura por serviços de saúde suplementar, os quais, embora recebam contraprestação para tanto, vêm ao longo dos anos diminuindo consideravelmente a qualidade dos serviços e ocasionando com isso aumento exponencial de ações judiciais contra as operadoras de planos de saúde. Referidas ações buscam garantir a cobertura de despesas com medicamentos, tratamentos médicos hospitalares e até mesmo internações de urgência, situações que colocam em risco a saúde e a vida dos segurados. A fixação de multas (*astreintes*), como instrumento de coerção para o cumprimento das ordens judiciais de urgência, não têm sido suficientes para forçar o cumprimento das decisões. Ainda que o Código de Processo Civil de 2015 tenha autorizado a execução provisórias dessas multas, é necessário observar alguns critérios importantes no momento sua fixação e de sua execução, a fim de torna-las eficientes instrumentos de garantia dos direitos dos cidadãos e de uma ordem social mais justa.

Palavras-chave: direitos fundamentais. efetividade. exigibilidade. tutela de urgência. plano de saúde. execução. *astreintes*.

TANAKA, Auro Hadano. **Multas em tutelas judiciais de urgência contra operadoras de planos de saúde suplementar**. 2017. 262 f. Dissertação (Mestrado em Direito) – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Franca, 2017.

ABSTRACT

The dissertation makes a brief analysis about the structure of the establishment and execution process of the *astreintes* as an enforcer instrument of the urgent relief issued in judicial procedures involving the refusal to render services by the supplementary health care providers. This is an important tool to guarantee a constitutional right: health. The State has been inefficient to provide the minimum conditions of public health services, and that has increased the search for supplementary health services. Thus, even against insurance premiums payments for rendered services, there has been a declining in the quality of the supplementary health care providers services, that has caused an exponential increase of law suits numbers against supplementary health care providers claiming the payment of expenses with remedies, medical and hospital treatments and even urgent hospitalizations, placing at risk the life and health of the insured persons. The establishment of fines (*astreintes*), as a coercion instrument to force the compliance of the urgent relief orders has not being enough to make these decisions to be obeyed. Even though the Civil Procedure Code of 2015 has authorized the provisory execution of theses fines, it is necessary to observe some important issues in the moment that they are being settled and by the time of its execution, in order to make them important instrument of guarantee of the citizens' rights e of a more just social order.

Keywords: fundamental rights. effectiveness. collectability. injunctive relief. health plan. enforcement. *astreintes*.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Evolução do índice médio de reclamações das Operadoras de Saúde de Grande Porte (março/13 – fevereiro/15).....	86
Gráfico 2 – Evolução do índice médio de reclamações das Operadoras de Saúde de Médio Porte (março/13 – fevereiro/15).....	87
Gráfico 3 – Evolução do índice médio de reclamações das Operadoras de Saúde de Pequeno Porte (março/13 – fevereiro/15).....	87

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Resumo da posição do STJ sobre a possibilidade de execução provisória das <i>astreintes</i> fixadas em tutela antecipada.....	138
Quadro 2 - Tempo de demora nos julgamentos em 1º grau na Justiça Estadual no Brasil.....	140
Quadro 3 - Tempo de demora nos julgamentos em 2º grau na Justiça Estadual no Brasil.....	140
Quadro 4 - Tempo de demora nos julgamentos no STJ.....	141
Quadro 5 - Códigos de assuntos para peticionamento no SAJ-EST.....	142

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Contratos de planos de saúde novos e antigos (março/2006).....	116
Tabela 2 - Beneficiários de planos privados de saúde por tipo de contratação do plano, segundo cobertura assistencial do plano (Brasil – set/15 – mar/17).....	117

LISTA DE SIGLAS

ABRAMGE	Associação Brasileira de Medicina de Grupo
ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
ADI	Ação Direta de Inconstitucionalidade
ADPF	Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
CAP	Caixa de Aposentadorias e Pensões
CAS	Comissão de Assuntos Sociais
CDC	Código de Defesa do Consumidor
CEJUSC	Centro Judiciário de Solução de Conflitos e Cidadania
CEME	Centro de Medicamentos
CID	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CLPS	Consolidação das Leis da Previdência Social
CPC	Código de Processo Civil
CREMESP	Conselho Regional de Medicina de São Paulo
DJe	Diário da Justiça Eletrônico
DL	Decreto Lei
EC	Emenda Constitucional
EMI	Esplanada dos Ministérios
FENASAUDE	Federação Nacional de Saúde Suplementar
FMUSP	Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
FONAJE	Fórum Nacional de Juizados Especiais
FUNABEM	Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor
FUNAI	Fundação Nacional do Índio
FUNDACENTRO	Fundação Jorge Duprat e Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho
FUNRURAL	Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural
HC	Habeas Corpus
IAPAS	Instituto de Administração Financeira da Previdência

	Social
IAPB	Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários
IAPC	Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciais
IAPETC	Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Empregados em Transportes de Cargas
IAPFESP	Instituto dos Trabalhadores de Ferrovias e Serviços Públicos
IAPM	Instituto de Aposentadorias e Pensões aos Marítimos
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDEC	Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
ILO	International Labour Organization
INCA	Instituto Nacional de Câncer
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPASE	Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado
ISSB	Instituto de Serviços Sociais do Brasil
LBA	Legião Brasileira de Assistência
LC	Lei Complementar
LOPS	Lei Orgânica da Previdência Social
MF	Ministério da Fazenda
MONGERAL	Montepio Geral dos Servidores do Estado
MS	Ministério da Saúde
NAT	Núcleo de Apoio Técnico e de Mediação
NUPEMEC	Núcleo Permanente de Métodos Consensuais de Solução de Conflitos
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PDT	Partido Democrático Trabalhista
PGFN	Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional
PRO-RURAL	Programa de Assistência ao Trabalhador Rural

PROSUS	Programa de Fortalecimento das Entidades Privadas Filantrópicas e das Entidades Sem Fins Lucrativos que Atuam na Área da Saúde
RCPS	Regulamento de Custeio da Previdência Social
RFB	Receita Federal do Brasil
RN	Resolução Normativa
SAJ-EST	Sistema de Automação da Justiça Estadual (SP)
SAMDU	Serviço de Assistência Médica e Domiciliar de Urgência
SIB	Sistema de Informações de Beneficiários
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
STF	Supremo Tribunal Federal
STJ	Superior Tribunal de Justiça
SUDS	Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TJ	Tribunal de Justiça
TJSP	Tribunal de Justiça de São Paulo
TRF	Tribunal Regional Federal
TRT	Tribunal Regional do Trabalho
TST	Tribunal Superior do Trabalho
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UPF	Universidade de Passo Fundo

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	16
CAPÍTULO 1 DIREITOS HUMANOS FUNDAMENTAIS.....	19
1.1 Importância do direito fundamental da saúde.....	19
1.2 Breve histórico dos direitos humanos.....	19
1.3 Documentos de proteção aos direitos humanos.....	24
1.4 Proteção estatal dos direitos humanos.....	26
1.5 Direitos humanos fundamentais.....	27
1.5.1 Dimensões ou gerações dos direitos fundamentais.....	28
1.5.2 Efetividade e eficácia dos direitos humanos fundamentais.....	30
1.5.3 Mudanças de paradigmas.....	31
CAPÍTULO 2 A JUSTICIABILIDADE DOS DIREITOS HUMANOS FUNDAMENTAIS.....	34
2.1 Normativismo jurídico.....	34
2.2 Sociologismo jurídico.....	34
2.3 Teoria da argumentação.....	36
2.4 Teoria crítica do direito.....	37
2.5 Teoria dos princípios.....	37
2.5.1 Princípio da dignidade humana.....	41
CAPÍTULO 3 DIREITO À SAÚDE.....	45
3.1 Conceito de saúde.....	45
3.2 Breve histórico do direito à saúde.....	47
3.3 A saúde na Constituição Federal de 1988.....	52
3.4 Sistema Único de Saúde – SUS (Lei n. 8.080/90).....	54
3.5 Saúde e Previdência Social.....	57
3.5.1 Breve histórico da previdência social.....	57
3.5.2 A previdência no direito estrangeiro.....	58
3.5.3 Previdência social no Brasil.....	61
3.5.3.1 A Previdência na Constituição de 1824.....	61

3.5.3.2 A Previdência na Constituição de 1891.....	63
3.5.3.3 A Previdência na Constituição de 1934.....	66
3.5.3.4 A Previdência na Constituição de 1937.....	67
3.5.3.5 A Previdência na Constituição de 1946.....	68
3.5.3.6 A Previdência na Constituição de 1967.....	71
3.5.3.7 Emenda Constitucional n. 01, de 1969.....	72
3.5.3.8 Constituição Federal de 1988.....	76
3.6 Saúde privada.....	81
3.6.1 <i>Breve histórico dos planos suplementares de saúde no Brasil.....</i>	83
3.6.2 <i>Lei n. 9.656/98 – Planos e seguros privados de assistência à saúde.....</i>	83
3.6.3 <i>Reclamações contra operadoras de saúde.....</i>	85
CAPÍTULO 4 JUSTICIABILIDADE DO DIREITO À SAÚDE.....	89
4.1 Discricionariedade da Administração Pública.....	89
4.2 A separação dos Poderes.....	91
4.3 A reserva do possível.....	97
4.4 Tutela jurisdicional do direito à saúde.....	100
4.5 Judicialização da saúde pública.....	104
4.6 O direito do consumidor à saúde.....	108
4.6.1 <i>Função social do contrato.....</i>	110
4.6.2 <i>Código de Defesa do Consumidor e o equilíbrio contratual.....</i>	111
4.6.3 <i>A Ciência Atuarial e os contratos de saúde suplementar.....</i>	112
4.6.4 <i>A coletivização dos contratos de saúde suplementar.....</i>	116
4.7 Instrumentos processuais de efetividade de direitos.....	120
4.7.1 <i>As astreintes.....</i>	121
4.7.1.2 <i>Evolução das astreintes do Direito Brasileiro.....</i>	122
4.7.1.3 <i>Da multa dos artigos 500, 536, §1º e 537, do CPC de 2015.....</i>	126
4.7.1.4 <i>As astreintes e as obrigações fungíveis de acordo com os Tribunais.....</i>	127
4.7.1.5 <i>Da titularidade da multa.....</i>	132
4.7.1.6 <i>Do valor da multa.....</i>	135
4.7.1.7 <i>A execução das astreintes.....</i>	137
4.7.1.8 <i>Dados estatísticos do TJSP sobre liminares concedidas contra operadoras de planos de saúde em 2015.....</i>	141

4.7.1.9 Peculiaridades das <i>astreintes</i> nas ações contra operadoras de saúde...	145
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	149
REFERÊNCIAS.....	151
ANEXOS	
ANEXO A - Informação sobre multas em Tutelas de Urgência contra Operadoras de Planos de Saúde (TJSP).....	180
ANEXO B - Petição da Associação Juízes para a Democracia para o Presidente do TJSP.....	194
ANEXO C – Modelo de contrato de planos de saúde coletivos por adesão	198

INTRODUÇÃO

A saúde pública vem sendo objeto de atenção estatal desde a Revolução Industrial. Com o tempo, a prestação dos serviços destinados à garantia da saúde pública se mostrou ineficiente, sendo um problema enfrentado por países emergentes, como o Brasil, bem como países do primeiro mundo, como é o caso dos Estados Unidos.

O Brasil é o 5º país mais populoso do mundo, e segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), conta atualmente com uma população de aproximadamente 207,7 milhões de pessoas.¹ Aliado a esse fato, também é um país de dimensões continentais, o que dificulta, sobremaneira, o exercício homogêneo das políticas públicas.

Ciente da própria ineficiência, o Poder Público acaba transferindo parte de sua responsabilidade para particulares, a fim de minimizar os seus encargos. Exemplo disso ocorre na área da saúde, onde o próprio texto constitucional admite a prestação de serviços por entidades privadas², ficando a atividade sujeita à regulamentação da Agência Nacional de Saúde (ANS).

Embora os serviços prestados pelas operadoras de planos de saúde suplementar não sejam prestados de forma graciosa, mas somente mediante uma contraprestação financeira por parte dos usuários, tem havido um aumento constante das reclamações administrativas junto à agência reguladora do setor (ANS), bem como de demandas judiciais, indicando que os serviços não estão sendo prestados adequadamente.

Nessa área da saúde, há demandas que exigem uma solução imediata, o que é feito através das tutelas de urgência, com a fixação de multas pecuniárias diárias, para o caso de descumprimento dessas ordens, as denominadas *astreintes*.

Essas multas estavam previstas no Código de Processo Civil de 1973, em seu artigo 461, §§ 3º e 4º, tendo sido transpostas para o novo Código de

¹ PORTAL BRASIL. **População brasileira passa de 207,7 milhões em 2017**. Brasília, DF, 30 ago. 2017. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2017/08/populacao-brasileira-passa-de-207-7-milhoes-em-2017>>. Acesso em: out. 2017.

² Art. 199, CF: “A assistência à saúde é livre à iniciativa privada [...]” BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial de União**, Brasília, DF, n. 191-A, out. 1988. Anexo. p. 1-32. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: out. 2017.

Processo Civil de 2015 em seu artigo 497.

No caso específico das tutelas de urgência contra as operadoras de planos de saúde, a ausência de menção expressa no texto legal, sobre o momento em que as multas poderiam ser exigidas dos devedores quando estes viessem a descumpri-las, culminou no surgimento de três correntes nos tribunais, inclusive no Superior Tribunal de Justiça (STJ): (i) a minoritária, a que admitia a execução imediata das *astreintes*; (ii) a que admitia a execução provisória das multas, e (iii) a que só admitia sua execução após o trânsito julgado da decisão que fosse favorável ao autor.

Embora a prática pareça cruel, diante desse cenário, era mais benéfico para as operadoras deixar de cumprir decisões em situações em que o estado de saúde do autor fosse grave e que seu tratamento fosse muito custoso, e isso porque, caso viesse a ocorrer o seu óbito, o pedido inicial ficaria prejudicado, não havendo como continuar a cobrança da multa diária. No final, ainda que se falasse no pagamento de uma multa única a ser passada para os eventuais sucessores do falecido autor, o valor seria inferior àquele que a operadora teria de pagar para cobertura do tratamento.

Essa forma de raciocinar está em consonância com a própria forma de atribuição de custos das operadoras, que se baseiam em cálculos atuariais complexos, onde a expectativa de vida dos usuários é um fator importante, e tanto que isso é verdade que há uma mudança na tabela de valores das prestações mensais com base na idade dos beneficiários.

Uma solução para o problema já havia sido encontrada no Código de Processo Italiano de 1940, com as alterações introduzidas pela Lei 353/1990, que em seu artigo 282, passou a admitir a produção imediata dos efeitos das sentenças constitutivas e declaratórias de primeiro grau³, sistema esse que foi incorporado no Código de Processo Civil brasileiro de 2015.

Resta saber se a possibilidade se o impacto financeiro e atuarial decorrente da execução provisórias das *astreintes* será suficiente para fazer com

³ Cf. Luiz Guilherme Marinoni, discorrendo sobre a questão da execução imediata das sentenças declaratória e constitutiva tratada pelo artigo 282, do Código de Processo Civil Italiano, nos esclarece: “O fato de o artigo 282 admitir, em princípio, a produção imediata dos efeitos das sentenças constitutiva e declaratória, torna o direito italiano uma fonte muito rica, em termos de direito comparado, para solução de problemas da tutela antecipatória nas ações declaratória e constitutiva.” (MARINONI, Luiz Guilherme. **A antecipação da tutela**. 6. ed. rev. e ampl. São Paulo: Malheiros, 2000a. p. 185).

que as operadoras de saúde mudem sua política e passem a cumprir com suas obrigações contratualmente assumidas, vindo a beneficiar não só os seus clientes, como toda a sociedade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A evolução dos direitos humanos, elevando-os à categoria de direitos fundamentais, dentre os quais se encontra o direito à saúde, não é suficiente para garantir que tais direitos sejam efetivos e factíveis.

Ainda que a positivação do direito seja algo desejável para o fim de proporcionar mais segurança jurídica, sem nos esquecermos do pluralismo jurídico, já se tornou evidente que não basta para que a concretização dos ideais expressos nas normas jurídicas se tornem uma realidade palpável. A simples menção aos direitos de habitação, saúde, vida, educação, dentre outros direitos sociais, não tem se mostrado eficiente da maneira como foi preconizada pelos legisladores.

Conquanto tais direitos estejam expressos no texto de nossa Carta Magna, as favelas não param de se proliferar nas grandes metrópoles; as filas para atendimento nos hospitais da rede pública não param de crescer; o número de crianças sem estudo continua elevado, enfim, todas as mazelas humanas que tentam ser combatidas pelo Estado continuam em evidência.

Ao Direito cabe criar mecanismos de eficácia dos direitos, tornando-os algo real e prático, que criem um conforto e uma segurança jurídica palpável. Ideais oníricos de nada servem. As normas, em especial as que estabelecem os direitos humanos fundamentais, não podem refletir uma máxima, dita por Apparício Torelly, o *Barão de Itararé*: “Para este mundo ficar bom, é preciso fazer outro.”¹.

Cabe ao Judiciário fazer com que as normas sejam utilizadas e interpretadas de forma a dar eficácia a esses direitos, e sempre que houver conflitos entre os direitos fundamentais e outras normas, que os primeiros prevaleçam. E no caso de haver conflitos entre os próprios direitos fundamentais, que o Juízo, analisando as peculiaridades dos casos concretos, faça prevalecer o que melhor atender aos interesses da real efetividade da justiça.

As *astreintes* foram criadas pelos pretórios franceses como instrumento de eficácia das ordens judiciais, e dada a sua eficácia, foram adotadas nos ordenamentos jurídicos e tribunais estrangeiros, onde ganharam novas feições.

No caso de demandas que envolvem a garantia do direito à saúde,

¹ BELÉM, Euler de França. **40 frases impagáveis do Barão de Itararé**. Brasília, DF, 2013. Disponível em: <<https://www.revistabula.com/1557-40-frases-impagaveis-barao-de-itarare/>>. Acesso em: 15 out. 2017.

mormente nos casos onde se envolve o risco de morte do jurisdicionado, a eficácia das decisões judiciais possui relevância ainda maior, pois envolve um direito garantido constitucionalmente.

Com as alterações promovidas no Código de Processo Civil de 2015 (Lei n. 13.105, de 16 de março de 2015), relativas às *astreintes*, a possibilidade de se promover a sua execução provisória deve servir de ferramenta inibitória das condutas lesivas, promovendo uma mudança de comportamento das operadoras de planos de saúde, fazendo com que os problemas reiteradamente sofridos pelos seus usuários deixem de existir. E se assim não ocorrer, que o abalo financeiro seja suficiente para retirar do mercado as empresas incapazes de prestar um serviço adequado aos consumidores, promovendo uma salutar mudança no mercado de saúde suplementar no país.

REFERÊNCIAS

- ABRASCO. **Estudo aponta crescimento explosivo da judicialização da saúde suplementar no estado de São Paulo**. Rio de Janeiro, 7 fev. 2017. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/noticias/judicializacao-sao-paulo-mario-scheffer-planos-de-saude/25478/>>. Acesso em: 18 out. 2017.
- ABUJAMRA, Ana Carolina Peduti; BAHIA, Cláudio José Amaral. A justiciabilidade do direito fundamental à saúde: concretização do princípio constitucional da dignidade da pessoa humana. In: NERY JUNIOR, Nelson; NERY, Rosa Maria de Andrade (Org.). **Responsabilidade civil: direito fundamental à saúde**. São Paulo: Ed. Revista dos Tribunais, 2010. (Doutrinas essenciais, v. 5).
- AGÊNCIA GLOBO. Operadoras de plano de saúde ampliam receita, apesar da perda de clientes. **Pequenos e Grande Negócios**, Rio de Janeiro, 3 jul. 2017. Disponível em: <<http://revistapegn.globo.com/Negocios/noticia/2017/07/operadoras-de-plano-de-saude-ampliam-receita-apesar-de-perda-de-clientes.html>>. Acesso em: 24 de out. 2017.
- AITH, Fernando. Políticas públicas de Estado e de governo: instrumentos de consolidação do Estado Democrático de Direito e de promoção e proteção dos direitos humanos. In: BUCCI, Maria Paula Dallari (Org.). **Políticas públicas: reflexões sobre o conceito jurídico**. São Paulo: Saraiva, 2016.
- ALEXY, Robert. **Derecho e razón práctica**. México: Fontamara, 1993.
- _____. **El concepto y la validez del derecho**. Barcelona: Gedisa, 1994.
- _____. Justification and application of norms. **Ratio Juris**, Boston, v. 6, n. 2, p. 157-170, jul. 1993.
- _____. **Teoría de la argumentación jurídica: la teoría del discurso racional como teoría de la fundamentación jurídica**. Madrid: Centros de Estudios Constitucionales, 1989.
- _____. **Teoría de los derechos fundamentales**. Madrid: Centro de Estudios Constitucionales, 2002.
- ALEXY, Robert. **Teoria dos direitos fundamentais**. Tradução de Virgílio Afonso da Silva. São Paulo: Malheiros, 2008.
- ALVIM, José Eduardo Carreira. **Tutela antecipada: com as reformas das Leis 10.352/01, 10.358/01 e 10.444/02**. 4. ed. São Paulo: Juruá, 2006.
- AMARAL, Guilherme Rizzo. **As astreintes e o processo civil brasileiro: a multa do artigo 461 do CPC e outras**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2004.

ANDRADE, Antonio Carlos Porto de. **Projeto de Lei n. 282, de 2014**. Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, para determinar que os reajustes dos planos coletivos sejam regulados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Diário do Senado Federal**, Brasília, DF, 15 out. 2014. Disponível em: <<https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/118647>>. Acesso em: 12 out. 2017.

ANNONI, Danielle. **O direito humano de acesso à justiça no Brasil**. Porto Alegre: Sérgio Antonio Fabris, 2008.

ANS. Resolução Normativa n. 124, de 30 de março de 2006. Dispõe sobre a aplicação de penalidades para as infrações à legislação dos planos privados de assistência à saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 4 abr. 2006. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/%20legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=Nzkw>>. Acesso em: out. 2017.

_____. Resolução Normativa n. 195, de 14 de julho de 2009. Dispõe sobre a Classificação e características dos planos privados de assistência à saúde, regulamenta a sua contratação, institui a orientação para contratação de planos privados de assistência à saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 15 jul. 2009. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTQ1OA==>>. Acesso em: jun. 2018.

_____. Resolução Normativa n. 323, de 03 de abril de 2013. Dispõe sobre a instituição de unidade organizacional específica de ouvidoria pelas operadoras de planos privados de assistência saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 4 abr. 2013. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/%20legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MjQwNA==%3E>>. Acesso em: out. 2017.

_____. **Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários operadoras e planos**. Brasília, DF, jun. 2016. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/Caderno_informacao_saude_suplementar/caderno_JUNHO_2016_total.pdf>. Acesso em: set. 2017.

_____. **Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários operadoras e planos Rio de Janeiro**, jun. 2017. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/Caderno_informacao_saude_suplementar/caderno_informacao_junho_2017.pdf>. Acesso em: set. 17.

_____. **Dicas de como escolher um plano de saúde**. Brasília, DF, 2017. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/contratacao-e-troca-de-plano/dicas-para-escolher-um-plano/467-planos-coletivos>>. Acesso em: out. 2017.

ANS. **Índice de reclamações**. Brasília, DF, 2015. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site_novo/informacoes_avaliacoes_oper/indice_reclamacao.asp>. Acesso em: 17 out. 2017

ARISTÓTELES. **A política**. 1ª São Paulo: Martins Fontes, 1991.

ASSEMBLÉIA NACIONAL CONSTITUINTE FRANCESA. **Declaração de Direitos do Homem e do Cidadão**. Versalhes, 1789. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/Documentos-antiores-%C3%A0-cria%C3%A7%C3%A3o-da-Sociedade-das-Na%C3%A7%C3%B5es-at%C3%A9-1919/declaracao-de-direitos-do-homem-e-do-cidadao-1789.html>>. Acesso em: 1 out. 2017.

ÁVILA, Humberto. **Teoria dos princípios**: da definição à aplicação dos princípios jurídicos. São Paulo: Malheiros. 2009.

BARROSO, Luis Roberto; BARCELLOS, Ana Paula. O começo da história: a nova interpretação constitucional. In: SILVA, Virgílio Afonso da (Org.). **Interpretação constitucional**. São Paulo: Malheiros, 2007.

BARRUFINI, José Carlos Toseti. O sociologismo jurídico e o normativismo de Hans Kelsen. **Justitia**, São Paulo, v. 37, n. 88, p. 271-283, jan./ mar. 1975. Disponível em: <<http://www.revistajustitia.com.br/revistas/6ycdzd.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2017.

BELÉM, Euler de França. **40 frases impagáveis do Barão de Itararé**. Brasília, DF, 2013. Disponível em: <<https://www.revistabula.com/1557-40-frases-impagaveis-barao-de-itarare/>>. Acesso em: 15 out. 2017.

BEVILÁQUA, Clóvis. **Teoria geral do direito civil**. 7. ed. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves. 1955.

BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos**. Tradução de Nelson Coutinho. 9. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

BONAVIDES, Paulo. **Curso de direito constitucional**. 15. ed. São Paulo: Malheiros, 2004.

BORGES, Mauro Ribeiro. **Previdência funcional & regimes próprios de previdência**. 5. ed. Curitiba: Juruá, 2008.

BRASIL. Decreto, de 01 de outubro de 1821. Determina provisoriamente a forma de Administração Política e Militar das Províncias do Brazil (na redação original). **Coleção das Leis do Império do Brasil de 1824**, Poder Legislativo, Rio de Janeiro, 1894. p. 7. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/Historicos/DPL/DPL-1-10-1821.htm>. Acesso em 15. nov. 2015.

BRASIL. Constituição Política do Império do Brazil (de 25 de março de 1824). **Coleção das Leis do Império do Brasil de 1824**, Rio de Janeiro, 1984. p. 7.

Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao24.htm>. Acesso em: 15 nov. 2015.

_____. Lei n. 16, de 12 de agosto de 1834. Faz algumas alterações e adições à Constituição Política do Império, nos termos da Lei de 12 de outubro de 1832. **Coleção de Leis do Império do Brasil - 1834**, Poder Legislativo, Rio de Janeiro, v. 1, p. 15, 1834. Disponível em:

<<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/leimp/1824-1899/lei-16-12-agosto-1834-532609-publicacaooriginal-14881-pl.html>>. Acesso em: jun. 2018.

_____. Lei n. 556, de 25 de junho de 1850. Código Comercial. **Coleção de Leis do Império do Brasil**, Poder Legislativo, Rio de Janeiro, jun. 1850. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L0556-1850.htm>. Acesso em: 11 abr. 2016.

_____. Decreto n. 737, de 25 de novembro de 1850. Determina a ordem do Juízo no Processo Commercial. (na redação original) **Coleção de Leis do Brasil**, Poder Legislativo, Rio de Janeiro, nov. 1850. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/historicos/dim/dim737.htm>. Acesso em: 11 abr. 2016.

_____. Decreto n. 2.711, de 19 de dezembro de 1860. Contém diversas disposições sobre a criação e organização dos Bancos, Companhias, Sociedades anonymas e outras, e prorroga por mais quatro mezes o prazo marcado pelo artigo 1º do Decreto n. 2.686 de 10 de novembro do corrente anno. (na redação original). **Coleção de Leis do Império do Brasil**, Poder Legislativo, Rio de Janeiro, dez. 1860. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/historicos/dim/DIM2711.htm>. Acesso em: 11 abr. 2016.

_____. Decreto n. 9.912-A, de 26 de março de 1888. Contém diversas disposições sobre a reforma dos correios do Império. **Coleção de Leis do Império do Brasil**, Rio de Janeiro, mar.1888. Disponível em:

<<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-9912-a-26-marco-1888-542383-publicacaooriginal-50955-pe.html>>. Acesso em: 11 abr. 2016.

_____. Decreto n. 10.269, de 20 de julho de 1889. Regula a reorganização da Imprensa Nacional e o Diário Oficial. **Coleção de Leis do Império do Brasil**, Rio de Janeiro, jul.1889. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-10269-20-julho-1889-542600-publicacaooriginal-51772-pe.html>>.

Acesso em: 11 abr. 2016.

BRASIL. Decreto n. 221, de 26 de fevereiro de 1890. Concede aos empregados da Estrada de Ferro Central do Brazil direito à aposentadoria. (na redação original) **Coleção de Leis do Império do Brasil**, Rio de Janeiro, fev.1890. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-221-26-fevereiro-1890-523613-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 11 abr. 2016.

_____. Decreto n. 406, de 17 de maio de 1890. Dá novo regulamento á Estrada de Ferro Central do Brazil. (na redação original). **Coleção de Leis do Império do Brasil**, Rio de Janeiro, maio 1890. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-406-17-maio-1890-523661-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 11 abr. 2016.

_____. Decreto n. 565, de 12 de julho de 1890. Concede aos empregados de todas as estradas de ferro geraes da Republica direito de aposentadoria. (na redação original). **Coleção de Leis do Império do Brasil**, Rio de Janeiro, jul. 1890. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-565-12-julho-1890-532108-norma-pe.html>>. Acesso em: 11 abr. 2016.

_____. Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil. Promulgada em de 24 de fevereiro de 1891. **Coleção de Leis do Império do Brasil**, Poder Legislativo, Rio de Janeiro, fev. 1891. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao91.htm>. Acesso em: 21 maio 2016.

_____. Lei n. 3.071, de 1º de Janeiro de 1916. Código Civil dos Estados Unidos do Brasil. **Coleção de Leis do Império do Brasil**, Poder Legislativo, Rio de Janeiro, jan. 1916. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L3071.htm>. Acesso em: 11 abr. 2016.

_____. Lei n. 3.724, de 15 de janeiro de 1919. Regula as obrigações resultados dos acidentes no trabalho. (na redação original). **Coleção de Leis do Império do Brasil**, Rio de Janeiro, 15 jan. 1919. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1910-1919/decreto-3724-15-janeiro-1919-571001-publicacaooriginal-94096-pl.html>>. Acesso em: 11 abr. 2016.

_____. Decreto n. 4.682, de 24 de janeiro de 1923. Crea, em cada uma das emprezas de estradas de ferro existentes no paiz, uma caixa de aposentadoria e pensões para os respectivos empregados. (na redação original). **Coleção de Leis do Império do Brasil**, Poder Legislativo, Rio de Janeiro, Seção 1, 2 nov. 1904. p. 5158. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/Historicos/DPL/DPL4682.htm>. Acesso em: 21 maio 2016.

_____. EC de 3 de setembro de 1926. Emendas à Constituição Federal de 1891. **Diário Oficial**, Rio de Janeiro, 4 set. 1926. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc_anterior1988/emc%20de%203.9.26.htm>. Acesso em 11 abr. 2016.

BRASIL. Decreto n. 5.109, de 20 de dezembro de 1926. Estende o regimen do decreto legislativo n. 4.682, de 24 de janeiro de 1923, a outras empresas. (na redação original). **Coleção de Leis do Império do Brasil**, Poder Legislativo, Rio de Janeiro, Seção 1, 30 dez 1926. p. 24.113. Disponível em:

<<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-5109-20-dezembro-1926-564656-publicacaooriginal-88603-pl.html>>. Acesso em: 21 maio 2016.

_____. Decreto n. 5.485, de 30 de junho de 1928. Crêa caixas de aposentadorias e pensões para o pessoal não contractado pertencente às empresas particulares que exntoram os serviços telegraphicos e radio-telegraphicos. (na redação original)

Diário Oficial, Rio de Janeiro, 4 jul. 1928. p. 16.463. Disponível em:

<<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-5485-30-junho-1928-562355-publicacaooriginal-86343-pl.html>>. Acesso em: 11 abr. 2016.

_____. Decreto n. 19.497, de 17 de dezembro de 1930. Estende ao pessoal dos serviços de força, luz, bondes e telefones, a cargo dos Estados, municípios e particulares e ao dos serviços de telegrafia e radiotelegrafia, mantidos por particulares o regime do decreto n. 5.109 de 20 de dezembro de 1926. **Diário Oficial da União**, Rio de Janeiro, 19 dez. 1930. p. 22587. Disponível em:

<<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-19497-17-dezembro-1930-530592-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 11 abr. 2016.

_____. Decreto n. 20.465, de 1º de outubro de 1931. Reforma a legislação das Caixas de Aposentadoria e Pensões. **Coleção de Leis do Império do Brasil**, Poder Legislativo, Rio de Janeiro, Seção 1, v. 3, 31 dez 1931. p. 169. Disponível em:

<<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-20465-1-outubro-1931-500674-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 21 maio 2016.

_____. Decreto n. 22.872, de 29 de junho de 1933. Crêa o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos, regula o seu funcionamento e dá outras providências. (na redação original). **Diário Oficial da União**, Rio de Janeiro, 30 jun. 1933. p. 12917. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-22872-29-junho-1933-503513-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 21 maio 2016.

_____. Decreto n. 24.273, de 22 de maio de 1934. Cria o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciários, dispõe sobre o seu funcionamento e dá outras providências (na redação original). **Diário Oficial da União**, Rio de Janeiro, 11 jul. 1934. p. 13928. Disponível em:

<<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-24273-22-maio-1934-526828-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 21 maio 2016.

_____. Decreto n. 24.615, de 07 de julho de 1934. Cria o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários. **Diário Oficial da União**, Rio de Janeiro, 8 jul. 1934. p. 13904. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-24615-7-julho-1934-526837-norma-pe.html>>. Acesso em: 21 maio 2016.

BRASIL. Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil, de 16 de julho de 1934. **Diário Oficial da União**, Poder Legislativo, Rio de Janeiro, 16 jul. 1934. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao34.htm>. Acesso em: 21 maio 2016.

_____. Lei n. 367, de 31 de dezembro de 1936. Cria o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários Subordinados ao Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, e dá outras providências. Rio de Janeiro, RJ, 31 dez. 1936. **Diário Oficial da União**. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1930-1939/lei-367-31-dezembro-1936-555119-publicacaooriginal-74230-pl.html>>. Acesso em: jun. 2018.

_____. Constituição dos Estados Unidos do Brasil, de 10 de novembro de 1937. **Diário Oficial da União**, Poder Legislativo, Rio de Janeiro, 10 nov. 1937. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao37.htm>. Acesso em: 21 maio 2016.

_____. Decreto-Lei n. 288, de 23 de fevereiro de 1938. Cria o Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado. **Diário Oficial da União**, Rio de Janeiro, 23 fev. 1938. p. 3626. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1930-1939/decreto-lei-288-23-fevereiro-1938-350732-norma-pe.html>>. Acesso em: 21 maio 2016.

_____. Decreto-Lei n. 775, de 7 de outubro de 1938. Considera os motoristas de carros particulares associados obrigatórios do Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Empregados em Transportes e Cargos, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Rio de Janeiro, 10 out. 1938. p. 20404. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1930-1939/decreto-lei-775-7-outubro-1938-350290-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 21 maio 2016.

_____. Decreto-Lei n. 1.608, de 18 de setembro de 1939. Código de Processo Civil. **Coleção das Leis do Império do Brasil**, Rio de Janeiro, 1939. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/1937-1946/Del1608.htm>. Acesso em: out. 2017.

_____. Decreto-Lei n. 2.122, de 9 de abril de 1940. Reorganiza o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciantes. **Diário Oficial da União**, Rio de Janeiro, 12 abr. 1940. p. 63333. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-2122-9-abril-1940-412053-norma-pe.html>>. Acesso em: 21 maio 2016.

_____. Decreto-Lei n. 4.890, de 29 de outubro de 1942. Abre o crédito suplementar de 5:520\$0 à doação que especifica do Conselho Nacional de Águas e Energia Elétrica e torna sem aplicação igual quantia no orçamento em vigor. **Diário Oficial da União**, Rio de Janeiro, 30 out. 1942. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-4890-29-outubro-1942-415092-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 21 maio 2016.

BRASIL. Decreto-Lei n. 7.526, de 07 de maio de 1945. Lei Orgânica dos Serviços Sociais do Brasil. **Diário Oficial da União**, Rio de Janeiro, 8 maio 1945. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-7526-7-maio-1945-434158-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 21 maio 2016.

_____. Decreto-Lei n. 7.835, de 06 de agosto de 1945. Determina a majoração das prestações de benefícios concedidos pelos Institutos e Caixas de Aposentadoria e Pensões, estabelece limites máximos e mínimos para as mesmas, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Rio de Janeiro, 7 ago. 1945. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-7835-6-agosto-1945-378662-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 21 maio 2016.

_____. Constituição dos Estados Unidos do Brasil, de 18 de setembro de 1946. **Diário Oficial da União**, Poder Legislativo, Rio de Janeiro, 1936. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao46.htm>. Acesso em: 21 maio 2016.

_____. Decreto-Lei n. 8.742, de 19 de janeiro de 1946. Transforma o Departamento de Previdência Social do Conselho Nacional do Trabalho em Departamento Nacional da Previdência Social e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Rio de Janeiro, 21 jan. 1946. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-8742-19-janeiro-1946-416816-retificacao-37114-pe.html>>. Acesso em: 19 out 2017.

_____. Decreto-Lei n. 8.783, de 22 de janeiro de 1946. Cria o Serviço de Comunicações da Aeronáutica e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Rio de Janeiro, 23 jan. 1946. Disponível em: <<http://www.lexml.gov.br/urn/urn:lex:br:federal:decreto.lei:1946-01-22;8783>>. Acesso em: 19 out 2017.

_____. Lei n. 217, de 15 de jan. de 1948. Concede aos empregados de todas as estradas de ferro geraes da Republica direito de aposentadoria. (na redação original) **Coleção de Leis do Império do Brasil**, Rio de Janeiro, 12 jul. 1890. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-565-12-julho-1890-532108-norma-pe.html>>. Acesso em: 11 abr. 2016.

_____. Lei n. 593, de 24 de dezembro de 1948. Restaura a aposentadoria para os ferroviários aos trinta e cinco anos de serviço e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Rio de Janeiro, 29 dez. 1948. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1930-1949/L0593.htm>. Acesso em: 19 out. 2017.

_____. Decreto n. 26.778, de 14 de junho de 1949. Aprova o Regulamento para execução da Lei n. 593, de 24 de dezembro de 1948, e demais legislação em vigor sobre Caixas de Aposentadoria e Pensões. **Diário Oficial da União**, Rio de Janeiro, 1º maio 1954. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1950-1959/decreto-35448-1-maio-1954-327399-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 19 out. 2017.

BRASIL. Decreto n. 34.586, de 12 de novembro de 1953. Determina a fusão de Caixas de Aposentadorias e Pensões e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Rio de Janeiro, 13 nov. 1953. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1950-1959/decreto-34586-12-novembro-1953-328044-norma-pe.html>>. Acesso em: 19 out. 2017.

_____. Decreto n. 32.667, de 1º de maio de 1953. Aprova o Regulamento do Instituto da Aposentadoria e Pensões dos Comerciantes. **Diário Oficial da União**, Rio de Janeiro, 1º maio 1953. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1950-1959/decreto-32667-1-maio-1953-338433-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 19 out 2017.

_____. Decreto n. 35.448, de 1º de maio de 1954. Expede o Regulamento Geral dos Institutos de Aposentadoria e Pensões. **Diário Oficial da União**, Rio de Janeiro, 1º maio 1954. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1950-1959/decreto-35448-1-maio-1954-327399-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 19 out 2017.

_____. Lei Ordinária n. 3.807, de 26 de agosto de 1960. Dispõe sobre a Lei Orgânica da Previdência Social. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 5 set. 1960. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/L3807.htm>. Acesso em: 21 maio 2016.

_____. Decreto n. 48.959-A, de 19 de setembro de 1960. Aprova o Regulamento Geral da Previdência Social. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 set. 1960. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1960-1969/decreto-48959-a-19-setembro-1960-388618-publicacaooriginal-55563-pe.html>>. Acesso em: 19 out 2017.

_____. Lei Ordinária n. 3.841, de 15 de dezembro de 1960. Dispõe sobre a contagem recíproca, para efeito de aposentadoria, do tempo de serviço prestado por funcionários à União, as Autarquias e as Sociedades de Economia Mista. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 15 dez. 1960. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/Ccivil_03/LEIS/1950-1969/L3841.htm>. Acesso em: 21 maio 2016.

_____. Lei n. 4.214, de 2 de março de 1963. Dispõe sobre o “Estatuto do Trabalhador Rural”. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2 mar. 1964. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/L4214.htm>. Acesso em: 21 maio 2016.

_____. Lei n. 4.266, de 3 de outubro de 1963. Institui o salário família do trabalhador. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 3 out. 1963. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L4266.htm>. Acesso em: 21 maio 2016.

BRASIL. Lei n. 4.281, de 8 de novembro de 1963. Institui abono especial, em caráter permanente, para aposentados de Institutos de Previdência. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 8 nov. 1963. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/L4281.htm>. Acesso em: 21 maio 2016.

_____. Ato Institucional n. 1, de 09 de abril de 1964. Dispõe sobre a manutenção da Constituição Federal de 1946 e as Constituições Estaduais e respectivas Emendas, com as modificações introduzidas pelo Poder Constituinte originário da revolução Vitoriosa. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 9 abr. 1964. p. 3193. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br//CCIVIL_03/AIT/ait-01-64.htm>. Acesso em: 21 maio 2016.

_____. Emenda Constitucional n. 11, de 31 de março de 1965. Acrescenta parágrafo ao art. 157 da Constituição. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 mar. 1965. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/emecon/1960-1969/emendaconstitucional-11-31-marco-1965-364966-publicacaooriginal-1-pl.html>>. Acesso em: maio 2016.

_____. Ato Institucional n. 2, de 27 de outubro de 1965. Mantem a Constituição Federal de 1946, as Constituições Estaduais e respectivas Emendas, com as alterações introduzidas pelo Poder Constituinte originário da Revolução de 31.03.1964, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 27 out. 1965, p. 11017. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br//CCIVIL_03/AIT/ait-02-65.htm>. Acesso em: 21 maio 2016.

_____. Lei n. 5.161, de 21 de outubro de 1966. Autoriza a instituição da Fundação Centro Nacional de Segurança, Higiene e Medicina do Trabalho e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 21 out. 1966. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1960-1969/lei-5161-21-outubro-1966-349084-norma-pl.html>>. Acesso em: 21 maio 2016.

_____. Decreto Lei n. 66, de 21 de novembro de 1966. Altera disposições da Lei n. 3.607, de 26 de agosto de 1960, e dá outras providências. (na redação original). **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 21 nov. 1966. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del0066.htm>. Acesso em: 21 maio 2016.

_____. Decreto Lei n. 72, de 21 de novembro de 1966. Unifica os Institutos de Aposentadoria e Pensões e cria o Instituto Nacional de Previdência Social. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 21 nov. 1966. p. 13523. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1960-1969/decreto-lei-72-21-novembro-1966-375919-norma-pe.html>>. Acesso em: 21 maio 2016.

BRASIL. Decreto-Lei n. 73, de 21 de novembro de 1966. Dispõe sobre o Sistema Nacional de Seguros Privados, regula as operações de seguros e resseguros e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 21 nov. 1966. p. 13524. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1960-1969/decreto-lei-73-21-novembro-1966-374590-norma-pe.html>>. Acesso em: 21 maio 2016.

_____. Constituição da República Federativa do Brasil de 1967. **Diário Oficial da União**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 24 jan. 1967. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao67.htm>. Acesso em: 11 abr. 2016.

_____. Lei n. 5.316, de 14 de setembro de 1967. Integra o seguro de acidentes do trabalho na previdência social, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 14 set. 1967. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/L5316.htm>. Acesso em: 11 abr. 2016.

_____. Decreto-Lei n. 367, de 19 de dezembro de 1968. Dispõe sobre a contagem do tempo de serviço dos funcionários públicos civis da União e das Autarquias. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 dez. 1968. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/1965-1988/Del0367.htm>. Acesso em: 21 maio 2016.

_____. Decreto-Lei n. 564, de 1º de maio de 1969. Estende a previdência social a empregados não abrangidos pelo sistema geral da Lei n. 3.807, de 26 de agosto de 1960, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1º maio 1969. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/1965-1988/Del0564.htm>. Acesso em: 21 maio 2016.

_____. Decreto-Lei n. 704, de 24 de julho de 1969. Dispõe sobre previdência social rural e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 jul. 1969. Disponível em: <<http://www.lexml.gov.br/urn/urn:lex:br:federal:decreto.lei:1969-07-24:704>>. Acesso em: 21 maio 2016.

_____. Decreto-Lei n. 759, de 13 de outubro de 1969. Dispõe sobre a contribuição devida ao Instituto Nacional de Previdência Social pela empresa que remunerar serviços a ela prestados por trabalhador autônomo, e dá outras providências. (na redação original) **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 out. 1969. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/1965-1988/Del0959.htm>. Acesso em: 21 maio 2016.

_____. EC n. 01, de 17 de outubro de 1969. Edita o novo texto da Constituição Federal de 24 de janeiro de 1967. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 17 out. 1969. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc_anterior1988/emc01-69.htm>. Acesso em: 21 maio 2016.

BRASIL. Lei Complementar n. 11, de 25 de maio de 1971. Institui o Programa de Assistência ao Trabalhador Rural, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 maio 1971. p. 3969. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp11.htm>. Acesso em: 21 maio 2016.

_____. Decreto-Lei n. 68.806, de 25 de junho de 1971. Institui a Central de Medicamentos (CEME). **Diário Oficial da União**, Planalto, Brasília, DF, 25 jun. 1971. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1970-1979/D68806.htm>. Acesso em: 21 maio 2016.

_____. Decreto-Lei n. 69.919, de 11 de janeiro de 1972. Aprova o Regulamento do Programa de Assistência ao Trabalhador Rural. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 11 jan. 1972. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1970-1979/decreto-69919-11-janeiro-1972-418266-norma-pe.html>>. Acesso em: 21 maio 2016.

_____. Lei n. 5.869, de 11 de janeiro de 1973. Institui o Código de Processo Civil. **Diário Oficial da União**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 11 jan. 1973. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L5869.htm>. Acesso em: 11 abr. 2016.

_____. Lei n. 5.890, de 8 de junho de 1973. Altera a legislação de previdência social e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 8 jun. 1973. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L5890.htm>. Acesso em: 19 out. 2017.

_____. Lei n. 5.939, de 19 de novembro de 1973. Dispõe sobre a concessão de benefícios pelo INPS ao jogador profissional de futebol, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 19 nov. 1973. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1970-1979/L5939.htm>. Acesso em: 19 out. 2017.

_____. Lei Complementar n. 16, de 30 de outubro de 1973. Altera a redação de dispositivos da Lei Complementar n. 11, de 25 de maio de 1971, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 30 out. 1973. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/Lcp16.htm>. Acesso em: 11 abr. 2016.

_____. Lei Ordinária n. 6.062, de 25 de junho de 1974. Dispõe sobre o desdobramento do extinto Ministério do Trabalho e Previdência Social e a instalação do Ministério da Previdência e Assistência Social, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25 jun. 1974. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1970-1979/L6062.htm>. Acesso em: 21 maio 2016.

BRASIL. Lei Ordinária n. 6.125, de 4 de novembro de 1974. Autoriza o Poder Executivo a constituir a Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social - DATAPREV, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 4 nov. 1974. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6125.htm>. Acesso em: 21 maio 2016.

_____. Lei Ordinária n. 6.136, de 7 de novembro de 1974. Inclui o salário-maternidade entre as prestações da Previdência Social. **Diário Oficial da União**, Planalto, Brasília, DF, 7 nov. 1974. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1970-1979/L6136.htm>. Acesso em: 21 maio 2016.

_____. Lei Ordinária n. 6.179, de 11 de dezembro de 1974. Institui amparo previdenciário para maiores de setenta anos de idade e para inválidos, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 11 dez. 1974. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6179.htm>. Acesso em: 21 maio 2016.

_____. Lei Ordinária n. 6.195, de 19 de dezembro de 1974. Atribui ao FUNRURAL a concessão de prestações por acidente do trabalho. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 dez. 1974. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1970-1979/L6195.htm>. Acesso em: 21 maio 2016.

_____. Lei Ordinária n. 6.226, de 14 de julho de 1975. Dispõe sobre a contagem recíproca de tempo de serviço público federal e de atividade privada, para efeito de aposentadoria. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 14 jul. 1975. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6226.htm>. Acesso em: 21 maio 2016.

_____. Lei Ordinária n. 6.229, de 17 de julho de 1975. Dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 18 jul. 1975. p. 8921. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L6229.htm>. Acesso em: 21 maio 2016.

_____. Lei Ordinária n. 6.243, de 24 de setembro de 1975. Regula a situação do aposentado pela Previdência Social que volta ao trabalho e a do segurado que se vincula a seu regime após completar sessenta anos de idade, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 set. 1975. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6243.htm>. Acesso em: 21 maio 2016.

_____. Lei Ordinária n. 6.260, de 6 de novembro de 1975. Institui benefícios de previdência e assistência social em favor dos empregadores rurais e seus dependentes, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 6 nov. 1975. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1970-1979/L6260.htm>. Acesso em: 21 maio 2016.

BRASIL. Lei Ordinária n. 6.269, de 24 de novembro de 1975. Institui sistema de assistência complementar ao Atleta Profissional e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 nov. 1975. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCivil_03/LEIS/1970-1979/L6269.htm>. Acesso em: 21 maio 2016.

_____. Decreto-Lei n. 77.077, de 24 de janeiro de 1976. Expede a Consolidação das Leis da Previdência Social (CLPS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 jan. 1976. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1970-1979/d77077.htm>. Acesso em: 21 maio 2016.

_____. Lei Ordinária n. 6.435, de 15 de julho de 1977. Dispõe sobre as entidades de previdência privada. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 15 jul. 1977. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6435.htm>. Acesso em: 21 maio 2016.

_____. Lei Ordinária n. 6.439, de 1º de setembro de 1977. Institui o sistema Nacional de Previdência e Assistência Social e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1º set. 1977. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6439.htm>. Acesso em: 21 maio 2016.

_____. Decreto-Lei n. 81.240, de 20 de janeiro de 1978. Regulamenta as disposições da Lei n. 6.435, de 15 de julho de 1977, relativas às entidades fechadas de previdência privada. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 jan. 1978. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/Antigos/D81240.htm>. Acesso em: 21 maio 2016.

_____. Decreto-Lei n. 81.402, de 23 de fevereiro de 1978. Regulamenta a Lei n. 6.435, de 15 de julho de 1977, que dispõe sobre as entidades de previdência privada, na parte relativa às entidades abertas. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 fev. 1978. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/Antigos/D81402.htm>. Acesso em: 21 maio 2016.

_____. EC n. 11, de 31 de 13 de outubro de 1978. Acrescenta parágrafo ao art. 157 da Constituição. **Diário Oficial da União**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 13 out. 1978. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc_anterior1988/emc11-78.htm>. Acesso em: 21 maio 2016.

_____. Decreto-Lei n. 83.080, de 24 de janeiro de 1979. Aprova o Regulamento dos Benefícios da Previdência Social. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 jan. 1979. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D83080.htm>. Acesso em: 21 maio 2016.

BRASIL. Decreto-Lei n. 83.081, de 29 de janeiro de 1979. Aprova o Regulamento do custeio da Previdência Social. **Diário Oficial da União**, Planalto, Brasília, DF, 29 jan. 1979. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D83080.htm>. Acesso em: 21 maio 2016.

_____. EC n. 18, de 30 de junho de 1981. Dispõe sobre aposentadoria especial para professores e professoras. **Diário Oficial da União**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 30 jun. 1981. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc_anterior1988/emc18-81.htm>. Acesso em: 21 maio 2016.

_____. Decreto-Lei n. 89.312, de 23 de janeiro de 1984. Expede nova edição da Consolidação das Leis da Previdência Social. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 jan. 1984. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/D89312.htm>. Acesso em: 21 maio 2016.

_____. Lei Ordinária n. 7.347, de 24 de julho de 1985. Disciplina a ação civil pública de responsabilidade por danos causados ao meio-ambiente, ao consumidor, a bens e direitos de valor artístico, estético, histórico, turístico e paisagístico (VETADO) e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 jul. 1985. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7347orig.htm>. Acesso em: 21 maio 2016.

_____. Decreto-Lei n. 2.283, de 27 de fevereiro de 1986. Dispõe sobre a instituição da nova unidade do sistema monetário brasileiro, do Seguro-Desemprego e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27 fev. 1986. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2283.htm>. Acesso em: 21 maio 2016.

_____. Decreto-Lei n. 94.657, de 20 de julho de 1987. Dispõe sobre a criação do Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados (SUDS), e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 jul. 1987. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1980-1987/decreto-94657-20-julho-1987-445419-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 21 maio 2016.

_____. Constituição República do Federal de 1988. **Diário Oficial da União**, Poder Legislativo, Brasília, DF, n. 191-A, 5 out. 1988. p.1-32. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm>. Acesso em: 21 maio 2016.

_____. Lei Ordinária n. 8.069, 13 de julho de 1990. Brasília, DF: Legislativo, 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 14 jul. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm>. Acesso em: 21 maio 2016.

BRASIL. Lei Ordinária n. 8.078, 11 de setembro de 1990. Brasília, DF: Legislativo, 1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 12 set. 1990. supl. p. 1. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8078.htm>. Acesso em: 21 maio 2016.

_____. Lei Ordinária n. 8.080, 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 19 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 07 set. 2017.

_____. Lei Ordinária n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 1990. p. 25.694. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm>. Acesso em: 21 maio 2016.

_____. Lei Ordinária n. 8.689, de 27 de julho de 1993. Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 jul. 1993. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8689.htm>. Acesso em: 21 maio 2016.

_____. Decreto n. 907, de 31 de agosto de 1993. Regulamenta a Lei nº 8.689 de 27 de julho de 1993, que dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social INAMPS, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 1 set. 1993. p. 13.013. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/D0907.htm>. Acesso em: 14 mar. 2016.

_____. Lei Ordinária n. 8.952, de 13 de dezembro de 1994. Altera dispositivos do Código de Processo Civil sobre o processo de conhecimento e o processo cautelar. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 dez. 1994. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8952.htm>. Acesso em: 21 maio 2016.

_____. Lei Ordinária n. 8.953, de 13 de dezembro de 1994. Altera dispositivos do Código de Processo Civil relativos ao processo de execução. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 dez. 1994. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8953.htm>. Acesso em: 21 maio 2016.

_____. Lei Ordinária n. 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. **Diário Oficial da União**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 4 jun. 1998. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9656.htm>. Acesso em: 21 maio 2016.

BRASIL. Medida Provisória n. 1.685-1, de 29 de junho de 1998. Altera dispositivos da Lei n. 9.656, de 03 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde e da outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 30 jun. 1998. p. 12. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/mpv/Antigas/1685-1.htm>. Acesso em: 21 maio 2016.

_____. Medida Provisória n. 1.928, de 25 de novembro de 1999. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 nov. 1999. p. 13. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/mpv/Antigas/1928.htm>. Acesso em: 21 maio 2016.

_____. Lei Ordinária n. 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 jan. 2000. p. 5. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9961.htm>. Acesso em: 21 maio 2016.

_____. Decreto n. 3.327, de 5 de janeiro de 2000. Aprova o Regulamento da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 6 jan. 2000. p. 13. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D3327.htm>. Acesso em: 21 maio 2016.

_____. Medida Provisória n. 2.177-44, de 24 de agosto de 2001. Altera a Lei n. 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde e dá providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 7 ago. 2001. p. 38. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/mpv/2177-44.htm>. Acesso em: 21 maio 2016.

_____. Decreto n. 4.044, de 6 de dezembro de 2001. Dá nova organização ao Conselho de Saúde Suplementar - CONSU, criado pela Medida Provisória no 2.177-44, de 24 de agosto de 2001. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 7 dez. 2001. p. 2. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2001/D4044.htm>. Acesso em: 10 jan. 2016.

_____. Lei Ordinária n. 10.185, de 12 de fevereiro de 2001. Dispõe sobre a especialização das sociedades seguradoras em planos privados de assistência à saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 14 fev. 2001. p. 3. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10185.htm>. Acesso em: 21 maio 2016.

_____. Lei Ordinária n. 10.406, 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. **Diário Oficial da União**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 11 jan. 2002. p. 1. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10406.htm>. Acesso em: 14 mar. 2016.

BRASIL. Lei Ordinária n. 10.444, 7 de maio de 2002. Altera a Lei nº 5.869, de 11 de janeiro de 1973 - Código de Processo Civil. **Diário Oficial da União**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 7 maio 2002. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10444.htm>. Acesso em: 14 mar. 2016.

_____. Lei Ordinária n. 10.741, 01 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 03 out. 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm>. Acesso em: 14 mar. 2016.

_____. Lei Complementar n. 101, de 4 de maio de 2009. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 5 maio 2000. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp101.htm>. Acesso em: 04 out. 2017.

_____. Lei Ordinária n. 12.469, 26 de agosto de 2011. Altera os valores constantes da tabela do Imposto sobre a Renda da Pessoa Física e altera as Leis nos 11.482, de 31 de maio de 2007, 7.713, de 22 de dezembro de 1988, 9.250, de 26 de dezembro de 1995, 9.656, de 3 de junho de 1998, e 10.480, de 2 de julho de 2002. **Diário Oficial da União**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 29 ago. 2011. p. 2. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12469.htm>. Acesso em: 21 maio 2016.

_____. Lei Ordinária n. 12.873, 24 de outubro de 2013. Autoriza a Companhia Nacional de Abastecimento a utilizar o Regime Diferenciado de Contratações Públicas - RDC, instituído pela Lei nº 12.462, de 4 de agosto de 2011, para a contratação de todas as ações relacionadas à reforma, modernização, ampliação ou construção de unidades armazenadoras próprias destinadas às atividades de guarda e conservação de produtos agropecuários em ambiente natural; altera as Leis nºs 8.212, de 24 de julho de 1991, e 8.213, de 24 de julho de 1991, o Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1942 - Consolidação das Leis do Trabalho, as Leis nºs 11.491, de 20 de junho de 2007, e 12.512, de 14 de outubro de 2011; dispõe sobre os contratos de financiamento do Fundo de Terras e da Reforma Agrária, de que trata a Lei Complementar nº 93, de 4 de fevereiro de 1998; autoriza a inclusão de despesas acessórias relativas à aquisição de imóvel rural nos financiamentos de que trata a Lei Complementar nº 93, de 4 de fevereiro de 1998; institui o Programa Nacional de Apoio à Captação de Água de Chuva e Outras Tecnologias Sociais de Acesso à Água - Programa Cisternas; altera a Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, o Decreto-Lei nº 167, de 14 de fevereiro de 1967, as Leis nºs 10.406, de 10 de janeiro de 2002 - Código Civil, 9.718, de 27 de novembro de 1998, e 12.546, de 14 de setembro de 2011; autoriza a União a conceder subvenção econômica, referente à safra 2011/2012, para produtores independentes de cana-de-açúcar que desenvolvem suas atividades no Estado do Rio de Janeiro; altera a Lei nº 11.101, de 9 de fevereiro de 2005; institui o Programa de Fortalecimento das Entidades Privadas Filantrópicas e das Entidades sem Fins Lucrativos que Atuam na Área da Saúde e que Participam de Forma Complementar do Sistema Único de Saúde - PROSUS; dispõe sobre a utilização pelos Estados, Distrito Federal e Municípios dos registros de preços realizados pelo Ministério da Saúde; autoriza a União, por intermédio do Ministério do

Planejamento, Orçamento e Gestão, a conceder o uso de bens públicos imobiliários dominicais, mediante emissão de Certificado de Direito de Uso de Bem Público Imobiliário - CEDUPI; altera o Decreto-Lei nº 3.365, de 21 de junho de 1941; dispõe sobre as dívidas originárias de perdas constatadas nas armazenagens de produtos vinculados à Política de Garantia de Preços Mínimos - PGPM e Estoques Reguladores do Governo Federal, depositados em armazéns de terceiros, anteriores a 31 de dezembro de 2011; altera a Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002; autoriza o Poder Executivo a declarar estado de emergência fitossanitária ou zoossanitária, quando for constatada situação epidemiológica que indique risco iminente de introdução de doença exótica ou praga quarentenária ausente no País, ou haja risco de surto ou epidemia de doença ou praga já existente; altera a Lei nº 9.430, de 27 de dezembro de 1996; dispõe sobre o repasse pelas entidades privadas filantrópicas e entidades sem fins lucrativos às suas mantenedoras de recursos financeiros recebidos dos entes públicos; altera a Medida Provisória nº 2.158-35, de 24 de agosto de 2001, as Leis nºs 10.848, de 15 de março de 2004, 12.350, de 20 de dezembro de 2010, 12.096, de 24 de novembro de 2009, 5.869, de 11 de janeiro de 1973 - Código de Processo Civil, 12.087, de 11 de novembro de 2009, e 10.260, de 12 de julho de 2001; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 24 out. 2013. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12873.htm>. Acesso em: jun. 2018.

BRASIL. Lei Ordinária n. 13.003, 24 de junho de 2014. Altera a Lei no 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, com a redação dada pela Medida Provisória no 2.177-44, de 24 de agosto de 2001, para tornar obrigatória a existência de contratos escritos entre as operadoras e seus prestadores de serviços. **Diário Oficial da União**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 25 jul. 2014. p. 2. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Lei/L13003.htm>. Acesso em: 21 maio 2016.

_____. Projeto de Lei n. 282, de 14 de outubro de 2014. Altera a Lei n. 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, para determinar que os reajustes dos planos coletivos sejam regulados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Diário do Senado Federal**, Poder Legislativo, Brasília, DF 14 out. 2014. Disponível em: <<https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/118647>>. Acesso em: 21 maio 2016.

_____. Lei Ordinária n. 13.105, 16 de março de 2015. Institui o Código de Processo Civil. **Diário Oficial da União**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 16 mar. 2015. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13105.htm>. Acesso em: 14 mar. 2016.

_____. Lei Ordinária n. 13.256, 04 de fevereiro de 2016. Altera a Lei nº 13.105, de 16 de março de 2015 (Código de Processo Civil), para disciplinar o processo e o julgamento do recurso extraordinário e do recurso especial, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 4 fev. 2016. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/lei/l13256.htm>. Acesso em: mar. 2016.

BRASIL. **Conselho Nacional de Justiça**. Brasília, DF, 2017. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/>>. Acesso em: maio 2017.

_____. **Ministério da Saúde**. Brasília, DF, 2017. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude>>. Acesso em: out. 2017.

_____. **Superior Tribunal de Justiça**. Brasília, DF, 2017. Disponível em: <<http://www.stj.jus.br/sites/STJ>>. Acesso em: maio 2017.

_____. **Supremo Tribunal Federal**. Brasília, DF, 2017. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/principal/principal.asp>>. Acesso em: maio 2017.

BRASÍLIA. **Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios**. Brasília, DF, 2018. Disponível em: <www.tjdf.jus.br>. Acesso em: out. 2017.

CAMARGO, Daniel Marques de. Neoconstitucionalismo e caminhos emancipatórios pelo direito. In: Piccirillo, Miguel Belinati (Coord.); Siqueira, Dirceu Pereira. **Inclusão social e direitos fundamentais**. Birigui: Boreal, 2009.

CANOTILHO, José Joaquim Gomes. **Estudo sobre direitos fundamentais**. São Paulo: Ed. Revista dos Tribunais; Coimbra: Coimbra, 2008.

_____. **Direito constitucional e teoria da Constituição**. 5. ed. Coimbra: Almedina, 2002.

CAPPELLETTI, Mauro; GARTH, Bryant. **Acesso à justiça**. Tradução de Ellen Gracie Northfleet. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris, 1988.

CARLINI, Angélica. **Judicialização da saúde pública e privada**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2014.

CARVALHO, Paulo de Barros. **Curso de direito tributário**. 11. ed. São Paulo: Saraiva, 1999.

CASTRO, Carlos Roberto Siqueira. Dignidade da Pessoa Humana: o princípio dos princípios constitucionais. In: SARMENTO, Daniel; GALDINO, Flávio (Org.). **Direitos fundamentais: estudos em homenagem ao professor Ricardo Lobo Torres**. Rio de Janeiro: Renovar, 2006.

CHIEFFI, Ana Luiza; BARATA, Rita Barradas. Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, p. 1839-1849, ago. 2009.

CNJ. **Enunciados cíveis**. Brasília, DF, 18 nov. 2016. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/corregedoriacnj/redescobrimdo-os-juizados-especiais/enunciados-fonaje/enunciados-civeis>>. Acesso em: out. 2017.

COMPARATO, Fábio Konder. **A afirmação histórica dos direitos humanos**. 7. ed. rev. e atual. São Paulo: Saraiva, 2010.

COSTA, Yvete Flávio (Org.). **Questões atuais de direito e processo**. Franca: Ed. UNESP, 2010.

CREMESP. **Nove anos após a regulamentação, permanecem os desequilíbrios**. São Paulo, 2007a. Disponível em: <<http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Jornal&id=852>>. Acesso em: jun. 2018.

_____; INSTITUTO BRASILEIRO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. **Planos de saúde**: nove anos após a Lei 9.656/96. São Paulo, 2007b. Disponível em: <http://www.ipebj.com.br/docdown/_3d2a0.pdf>. Acesso em: jun. 2018.

CRETELLA NETO, José. **Fundamentos principiológicos do processo civil**. Rio de Janeiro: Forense, 2002.

CRUZ, Paulo Márcio. **Política, poder, ideologia e Estado contemporâneo**. 3. ed. Curitiba: Juruá, 2003.

DALLARI, Dalmo de Abreu. **Elementos de teoria geral do Estado**. 29 ed. São Paulo: Saraiva, 2010.

_____. **Direitos humanos e cidadania**. 2. ed. ref. São Paulo: Moderna, 2004.

_____. **O poder dos juízes**. São Paulo: Saraiva, 1996.

DALLARI, Sueli Gandolfi; VENTURA, Deisy de Freitas Lima. Reflexões sobre a saúde pública na era do livre comércio. In: SCHWARZT, Germano (Org.). **A saúde sob os cuidados do direito**. Passo Fundo: Ed. UPF, 2003.

_____. Direito a saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 22, n.1, p. 57-63, 1988. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v22n1/08.pdf>>. Acesso em: nov. 2016.

DINAMARCO, Cândido Rangel. **A Instrumentalidade do processo**. 7. ed., rev. e atual. São Paulo: Malheiros, 1999.

DUARTE Ricardo Quass. **O tempo inimigo no processo civil brasileiro**. São Paulo: LTr, 2009.

DWORKIN, Ronald. **Uma questão de princípio**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

FAZZALLARI, Elio. **Istituzioni di Diritto Processuale**. 4. ed. Padova: Cedam, 1986.

FERREIRA, Pinto. **Teoria geral do estado**. 2. ed. Rio de Janeiro: José Konfino, 1957. t. 2.

FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. **Direito fundamental à saúde**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2007.

GAJARDONI, Fernando da Fonseca. **Técnicas de aceleração do processo**. São Paulo: Lemos & Cruz, 2003.

GORON, Lívio Goellner. **Tutela específica de urgência**: antecipação da tutela relativa aos deveres de fazer e de não fazer. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2013.

GRAU, Eros Roberto. **O direito posto e o direito pressuposto**. São Paulo: Malheiros, 2003.

GRECCO FILHO, Vicente. **Direito processual civil brasileiro**. 18. ed. São Paulo: Saraiva, 2007. v. 2.

GRINOVER, ADA Pellegrini; CINTRA, Antônio Carlos de Araújo; DINAMARCO, Cândido Rangel. **Teoria geral do processo**. 20. ed. São Paulo: Malheiros, 2005.

_____. et al. **Código brasileiro de defesa do consumidor**: comentado pelos autores do anteprojeto. 6. ed. São Paulo: Forense Universitária, 1999.

HOUAISS, Antonio. **Dicionário Houaiss eletrônico**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009. 1 CD ROM.

IDEC. **Os planos individuais irão desaparecer e os coletivos dominarão o mercado**. São Paulo, 2007. Disponível em: <<https://idec.org.br/planos-de-saude/planos-coletivos>>. Acesso em: out. 2017.

_____. **Plano de saúde coletivo**: justiça suspende reajuste em 75% dos casos. São Paulo, 24 out. 2017. Disponível em: <<https://idec.org.br/pesquisa-do-idec/plano-de-saude-coletivo-justica-suspende-reajuste-em-75-dos-casos>>. Acesso em: out. 2017.

ILO. **Padrões trabalhistas**: convenção e protocolo. Genebra, 2011. Disponível em: <<http://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=1000:12000::NO:::>>. Acesso em: 19 out. 2016).

INCA. **Medicamento de alto custo para câncer de mama será incorporado ao SUS**. Rio de Janeiro, 23 jul. 2012. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2012/medicamento_alto_custo_cancer_mama_sera_incorporado_sus>. Acesso em: out. 2017.

JUNIOR, Geraldo; LEVORATO, Ana Carolina. Bebê Sofia morre nos EUA após parada cardíaca. **G1**, Jundiaí, 14 set. 2015. Disponível em: <<http://g1.globo.com/sao-paulo/sorocaba-jundiai/noticia/2015/09/apos-parada-caraiaca-bebe-sofia-morre-nos-eua.html>>. Acesso em: jun. 2018.

JUNIOR, Nelson; DENARI, Zelmo. **Código Brasileiro de Defesa do Consumidor: comentado pelos autores do anteprojeto**. 6. ed. São Paulo: Forense Universitária, 1999.

KELSEN, Hans. **Teoria pura do direito** (versão condensada pelo autor). 3. ed. São Paulo: Ed. Revista dos Tribunais. 2003.

LAFER, Celso. **A reconstrução dos direitos humanos: um diálogo com o pensamento de Hannah Arendt**. São Paulo: Companhia das Letras, 1988.

LIMA, Alcides de Mendonça. **Comentários ao CPC**. Rio de Janeiro: Forense, 1974. v. 6. t. 2.

LIMA, Lucas Rister de S.; FERREIRA, Maria Beatriz Crespo. O princípio da reserva do possível, o direito à saúde e a fila para transplante de órgãos. In: NERY JUNIOR, Nelson; NERY, Rosa Maria de Andrade (Org.). **Responsabilidade civil: Direito fundamental à saúde**. São Paulo: Ed. Revista dos Tribunais, 2010. (Doutrinas essenciais, v. 5).

MALMESBURY, Thomas Hobbes de. **Leviatã ou matéria, forma e poder de um estado eclesiástico e civil**. Tradução de João Paulo Monteiro e Maria Beatriz Nizza da Silva. São Paulo: Abril Cultural, 1983. (Os Pensadores).

MARINONI, Luiz Guilherme. **A antecipação da tutela**. 6. ed. rev. e ampl. São Paulo: Malheiros, 2000.

_____. **Teoria geral do processo**. 3. ed. rev. e atual. São Paulo: Ed. Revista dos Tribunais, 2008. (Curso de processo civil; v. 1).

_____. O direito à tutela jurisdicional efetiva na perspectiva da teoria dos direitos fundamentais. **Jus Navigandi**, Teresina, ano 9, n. 378, 20 jul. 2004. Disponível em: <<http://jus.uol.com.br/revista/texto/5281>>. Acesso em: 2017.

_____. **Tutela antecipatória: julgamento antecipado e execução imediata da sentença**. 4. ed., rev., atual e ampl. São Paulo: Ed. Revista dos Tribunais, 2000.

MARMELSTEIN, George. **Curso de direitos fundamentais**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

MARQUES, Cláudia Lima; SCHIMITT, Cristiano Heineck. **Visões sobre os planos de saúde privada e o Código de Defesa do Consumidor**. Florianópolis: Ed. UFSC, 2017. Disponível em: <<http://www.egov.ufsc.br/portal/conteudo/vis%C3%B5es-sobre-os-planos-de-sa%C3%BAde-privadaeoc%C3%B3digo-de-defesa-do-consumidor>>. Acesso em: out. 2017.

MARTINS, Sérgio Pinto. **Direito da seguridade social: custeio da seguridade social – benefícios – acidente do trabalho – assistência social – saúde**. 34. ed. São Paulo: Atlas, 2014.

MEIRELLES, Hely Lopes. **Direito Administrativo Brasileiro**. 40. ed. São Paulo: Malheiros, 2014.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

MERTON, Robert K et al. **Reader in Bureaucracy**. Glencoe: Free Press, 1963.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Principal reclamação contra planos e de saúde é sobre prestadores de serviços**. Brasília, DF, 12 jul. 2016. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2016/07/principal-reclamacao-contra-planos-de-saude-e-sobre-prestadores-de-servicos>>. Acesso em: out. 2017.

MIRANDA, Jorge. **Manual de direito constitucional**. 4. ed. Coimbra: Coimbra, 2008. t. 4.

MONTESQUIEU, Charles-Louis de Secondat. (Baron de). **O espírito das leis**. Tradução de Cristina Murachco. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

MORAES, Alexandre de. **Direitos humanos fundamentais: teoria geral, comentários aos arts. 1º a 5º da Constituição da República Federativa do Brasil, doutrina e jurisprudência**. 9. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

NERY JUNIOR, Nelson. **Princípios do processo civil na Constituição Federal**. 10. ed. São Paulo: Ed. Revista dos Tribunais, 2010.

_____.; NERY, Rosa Maria de Andrade (Org.). **Responsabilidade civil: direito fundamental à saúde**. São Paulo: Ed. Revista dos Tribunais, 2010. (Doutrinas essenciais, v. 5).

NUNES JUNIOR, Vidal. **A cidadania social na Constituição de 1988**. São Paulo: Verbatim, 2009.

OIT. **Convenção 24.** Genebra, 1927. Convenção relativa ao seguro doença para trabalhadores da indústria, comércio e empregados domésticos. Disponível em: <http://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C024> Acesso em: jun. 2018.

_____. **Convenção 35.** Convenção relativa ao seguro por idade compulsório para pessoas empregadas na Indústria ou empresas comerciais, para profissionais liberais, trabalhadores comerciários e empregados domésticos. Genebra, 1933. Disponível em: <http://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C035> Acesso em: jun. 2018.

_____. **Convenção 37.** Convenção relativa ao seguro de invalidez compulsório para pessoas empregadas na Indústria ou empresas comerciais, para profissionais liberais, trabalhadores comerciários e empregados domésticos. Genebra, 1933. Disponível em: <http://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C037> Acesso em: jun. 2018.

_____. **Convenção 38.** Convenção relativa ao seguro de invalidez compulsório para pessoas empregadas em empresas agrícolas. Genebra, 1933. Disponível em: <http://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C038> Acesso em: jun. 2018.

_____. **Convenção 39.** Convenção relativa ao seguro para as viúvas e órfãos de pessoas empregadas nas empresas industriais e comerciais, para profissionais liberais, trabalhadores comerciários e empregados domésticos. Genebra, 1933. Disponível em: <http://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C039> Acesso em: jun. 2018.

_____. **Convenção 40.** Convenção relativa ao seguro para as viúvas e órfãos de pessoas empregadas em empresas agrícolas. Genebra, 1933. Disponível em: <http://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C040> Acesso em: jun. 2018.

_____. **Convenção 123.** Convenção relativa à idade mínima para admissão de empregados em minas subterrâneas. Genebra, 1965. Disponível em: <http://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C123> Acesso em: jun. 2018.

_____. **Convenção 128.** Convenção relativa a benefícios por invalidez, idade e sobreviventes. Genebra, 1967. Disponível em: <http://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C128> Acesso em: jun. 2018.

OIT. **Convenção 130.** Convenção relativa a benefícios de cuidados médicos e para doença. Genebra, 1969. Disponível em: <http://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C130> Acesso em: jun. 2018.

_____. **Convenção 134.** Convenção relativa a prevenção de acidentes ocupacionais para marinheiros. Genebra, 1970. Disponível em: <http://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C134> Acesso em: jun. 2018.

OMS. **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) – 1946.** Nova Iorque, 1946. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>. Acesso em: out. 2017.

ONU. **Declaração Universal dos Direitos Humanos.** Paris, 10 dez. 1948. Disponível em: <<http://www.onu.org.br/img/2014/09/DUDH.pdf>>. Acesso em: 11 abr. 2017.

_____. **Declaração de Viena.** Viena, 1993. Disponível em: <<http://www.dhnet.org.br/direitos/anthist/viena/viena.html>>. Acesso em: set. 2017

PARIZ, Ângelo Aurélio Gonçalves. **O princípio do devido processo legal:** direito fundamental do cidadão. Coimbra: Almedina, 2009.

PASSOS, Calmon de. **Comentário ao CPC.** Rio de Janeiro: Forense, 1974. t. 3. n. 99.

PAUPERIO, Arthur Machado. **Teoria geral do Estado.** 4. ed. Rio de Janeiro: Forense, 1964.

PEDUTI, Ana Carolina; BAHIA, Cláudio José Amaral. A justiciabilidade do direito fundamental à saúde: Concretização do princípio constitucional da dignidade da pessoa humana. In: NERY JUNIOR, Nelson; NERY, Rosa Maria de Andrade (Org.). **Responsabilidade civil:** direito fundamental à saúde. São Paulo: Ed. Revista dos Tribunais, 2010. (Doutrinas essenciais, v. 5).

PIOVESAN, Flávia. **Direitos humanos e o direito constitucional internacional.** 4. ed. São Paulo: Max Limonad, 2000.

_____. **Direitos humanos:** o princípio da dignidade da pessoa humana e a Constituição de 1988. Rio de Janeiro: Forense, 2004.

RIO DE JANEIRO; VITÓRIA. **Tribunal Regional Federal da 2ª Região.** Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <www.trf2.jus.br>. Acesso em: maio 2017.

ROCHA, Eduardo Braga. **A justiciabilidade do direito fundamental à saúde no Brasil**. São Paulo: Letras Jurídicas, 2011.

RODRIGUES, Silvio. **Direito civil**: dos contratos e das declarações unilaterais da vontade. 11. ed. São Paulo: Saraiva, 1981. v. 3.

ROSAS, Roberto. **Direito Processual Constitucional**: princípios constitucionais do processo civil. 3. ed., rev., atual. e ampl. São Paulo: Ed. Revista dos Tribunais, 1999.

ROUSSEAU, Jean-Jacques. **O contrato social**. 3. ed. Tradução de Rolando Roque da Silva. São Paulo: Ridendo Castigat Mores, 2001.

RUSSOMANO, Mozart Vitor. **Curso de previdência social**. São Paulo: Forense, 1979.

SABADELL, Ana Lúcia. **Manual de sociologia jurídica**: introdução a uma leitura externa do direito. 2. ed. rev. atual e ampl. São Paulo: Ed. Revista dos Tribunais, 2002.

SAFRA compra emblemático edifício 'Gherkin', de Londres. **G1**, Paris, 10 nov. 2014. Disponível em: <<http://g1.globo.com/economia/negocios/noticia/2014/11/safra-compra-emblematico-edificio-gherkin-de-londres.html>>. Acesso em: jun. 2018.

SALAZAR, Andrea Lazzarini; GROU, Karina. **Novo guia de planos de saúde**. 2. ed. São Paulo: Globo. 2007.

SAMPAIO, José Adércio Leite (Org.) **Jurisdição constitucional e direitos fundamentais**. Belo Horizonte: Del Rey, 2003.

SÃO PAULO. **Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo**. São Paulo, 2017. Disponível em: <<http://www.tjsp.jus.br/>>. Acesso em: out. 2017.

_____. **Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo**: conciliação e mediação. São Paulo, 2017. Disponível em: <<http://buscador.tjsp.jus.br/easysearch/cachedownloader?collection=default&docId=71b1703252d355c31efd18cc3d7817dcbdf68fa3&fieldName=Visualizar&extension=htm#q=n%C3%BAcleo%20de%20apoio>>. Acesso em: out. 2017.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais**: uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional. 10. ed. rev. atual e ampl. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2009.

_____. **Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988**. Porto Alegre: Livraria do Advogado. 2001.

SARMENTO, Daniel. A dimensão objetiva dos direitos fundamentais: fragmentos de uma teoria. In: SAMPAIO, José Adércio Leite (Org.). **Jurisdição constitucional e direitos fundamentais**. Belo Horizonte: Del Rey, 2003.

SCHEFFER, Mário et al. **Planos e seguros de saúde**. São Paulo: Ed. Unesp, 2010.

SCHWARZT, Germano André Doederlein. **Direito à saúde: efetivação em uma perspectiva sistêmica**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001.

SCLIAR, Moacyr. **Do mágico ao social: a trajetória da saúde pública**. Porto Alegre: L&PM, 1987.

SILVA, José Afonso da. **Curso de direito constitucional positivo**. 25. ed. rev. e atual. nos termos da Reforma Constitucional (até a Emenda Constitucional n. 48, de 10.08.2005). São Paulo: Malheiros, 2005.

SIQUEIRA, Dirceu Pereira. **Tutela coletiva do direito à saúde**. Franca: Lemos & Cruz, 2011.

SUBCHEFIA DE ASSUNTOS PARLAMENTARES. **EMI n. 00022/2013 MS/MF**. Brasília, DF, 20 de jun. 2013. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Projetos/ExpMotiv/EMI/2013/22-MS-MF.htm>. Acesso em: 17 out. 2017.

THEODORO JÚNIOR, Humberto. Celeridade e efetividade da prestação jurisdicional: insuficiência da reforma das leis processuais. **Revista de Processo**, São Paulo, ano 30, n. 125, p. 61-78, jul. 2005.

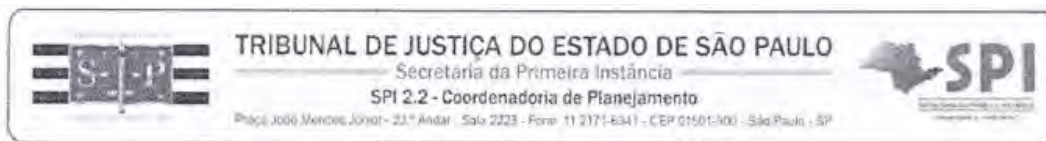
TROWBRIDGE, Charles Lambert. **Fundamental concepts of actuarial science**. [Schaumburg]: Actuarial Education and Research Fund, 1989. Disponível em: <<https://www.actuariayfinanzas.net/images/sampled/Conceptos-fundamentales-de-la-Ciencia-Actuarial.pdf>>. Acesso em: 3 out. 2016.

VENOSA, Sílvio de Salvo. **Direito civil**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2004. v. 1

WEBER, Max. The essentials of burocratic organizations: an ideal type construction. In: MERTON, Robert K. et al. **Reader in Bureaucracy**. Glencoe: Free Press, 1963.

ANEXOS

ANEXO A – Informação sobre multas em Tutelas de Urgência contra Operadoras de Planos de Saúde (TJSP)



INFORMAÇÃO nº 459_2016 – Protocolo nº 2016_063647 – Multas em Tutelas de Urgência contra Operadoras de Planos de Saúde

Ilustríssimo Senhor Secretário da Secretaria da Primeira Instância

Trata-se de solicitação de autorização para obter acesso a informações quanto ao levantamento de dados sobre a evolução das demandas contra as operadoras de planos de saúde, bem como número de ações em que foram requeridas liminares e quantas foram concedidas e descumpridas.

Determinado às fls. 03, que a SPI 2 informe referidos dados, passamos a relatar.

Convém ressaltar que pedido semelhante foi efetuado pelo mesmo consultante no protocolo nº **2016/068976**, tratando de planos de saúde porém, informações a respeito do descumprimento de ordens judiciais pelas operadoras de planos de saúde, conforme cópia de manifestação da SPI 2.2.2 nº **409/2016**, que segue anexa.

No caso em tela, o sistema SAJ-EST possibilitou a extração do quantitativo de processos que tiveram liminar/tutela concedida ou concedida em parte, no ano de 2015, no Estado de São Paulo, através do **Assunto: 6233 – Planos de Saúde**, nas seguintes movimentações:

Tipo Movimentação
332 - Concedida a Antecipação de tutela
339 - Concedida a Medida Liminar
889 - Concedida em parte a Antecipação de Tutela
892 - Concedida em parte a Medida Liminar
60323 - Concedida a Antecipação de Tutela no Pedido Inicial
60579 - Concedida a Medida Liminar no Pedido Inicial
60584 - Concedida em Parte a Antecipação de Tutela no Pedido Inicial
60585 - Concedida em Parte a Medida Liminar no Pedido Inicial

Dessa forma o relatório mostra que no ano de 2015 foram efetuadas 2.873 movimentações com os parâmetros utilizados, conforme relatório que segue. Ressaltamos, porém, que não há como saber se foram descumpridas as ordens judiciais provenientes das concessões de Liminares/Tutelas.

À consideração Superior.

São Paulo, 13 de maio de 2016

Paulo Fernando dos Reis Ferreira
Coordenadoria de Planejamento SPI 2.2
(em exercício)

Visto
Fábio Pacheco Dutra
Diretoria de Planejamento e Normas SPI 2

Relatório Totalizador de Movimentações
 Período: Janeiro/2015 a Dezembro/2015
 Assunto: 62.24 - Plano de Saúde

Fórum	Vara	Classe	Tipo de movimentação	Movimentação												TQH
				Jan/15	Fev/15	Mar/15	Abr/15	Mai/15	Jun/15	Jul/15	Ago/15	Sep/15	Out/15	Nov/15	Dez/15	
Foro Regional VIII - Taboão	3ª Vara Civil	Procedimento Comum	332 Concedida a Antecipação de tutela	0	0	0	2	2	0	0	1	3	2	1	13	
Foro Regional VIII - Taboão	4ª Vara Civil	Procedimento Comum	332 Concedida a Antecipação de tutela	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	
Foro Regional VIII - Taboão	4ª Vara Civil	Procedimento Sumário	332 Concedida a Antecipação de tutela	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	
Foro Regional VIII - Taboão	4ª Vara Civil	Procedimento Sumário	889 Concedida em parte a Antecipação de tutela	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Foro Regional VIII - Taboão	5ª Vara Civil	Procedimento Comum	332 Concedida a Antecipação de tutela	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	
Foro Regional VIII - Taboão	5ª Vara Civil	Procedimento do Juizado Especial Civil	332 Concedida a Antecipação de tutela	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	
Foro Regional VIII - Taboão	11ª Vara do Juizado Especial Civil	Procedimento do Juizado Especial Civil	339 Concedida a Antecipação de tutela	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Foro Regional VIII - Taboão	11ª Vara do Juizado Especial Civil	Procedimento Comum	332 Concedida a Antecipação de tutela	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	3	
Foro Regional X - Ipiranga	1ª Vara Civil	Procedimento Comum	339 Concedida a Antecipação de tutela	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	
Foro Regional X - Ipiranga	1ª Vara Civil	Procedimento Sumário	332 Concedida a Antecipação de tutela	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	
Foro Regional X - Ipiranga	2ª Vara Civil	Procedimento Comum	339 Concedida a Antecipação de tutela	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
Foro Regional X - Ipiranga	2ª Vara Civil	Procedimento Sumário	339 Concedida a Antecipação de tutela	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
Foro Regional X - Ipiranga	3ª Vara Civil	Procedimento Comum	339 Concedida a Antecipação de tutela	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	
Foro Regional X - Ipiranga	3ª Vara Civil	Procedimento Sumário	332 Concedida a Antecipação de tutela	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
Foro Regional XI - Pinheiros	1ª Vara do Juizado Especial Civil	Procedimento do Juizado Especial Civil	332 Concedida a Antecipação de tutela	0	0	1	1	2	0	0	0	0	0	0	3	
Foro Regional XI - Pinheiros	1ª Vara Civil	Procedimento Comum	332 Concedida a Antecipação de tutela	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	
Foro Regional XI - Pinheiros	2ª Vara Civil	Procedimento Comum	339 Concedida a Antecipação de tutela	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
Foro Regional XI - Pinheiros	2ª Vara Civil	Procedimento Sumário	332 Concedida a Antecipação de tutela	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
Foro Regional XI - Pinheiros	2ª Vara Civil	Procedimento Comum	332 Concedida a Antecipação de tutela	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
Foro Regional XI - Pinheiros	4ª Vara Civil	Procedimento Comum	339 Concedida a Antecipação de tutela	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
Foro Regional XI - Pinheiros	4ª Vara Civil	Procedimento do Juizado Especial Civil	332 Concedida a Antecipação de tutela	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
Foro Regional XII - Nossa Senhora do Ó	1ª Vara Civil	Procedimento Comum	332 Concedida a Antecipação de tutela	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Foro Regional XII - Nossa Senhora do Ó	1ª Vara Civil	Procedimento Sumário	339 Concedida a Antecipação de tutela	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Foro Regional XII - Nossa Senhora do Ó	1ª Vara Civil	Procedimento Comum	332 Concedida a Antecipação de tutela	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Foro Regional XII - Nossa Senhora do Ó	2ª Vara Civil	Procedimento Comum	339 Concedida a Antecipação de tutela	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Foro Regional XII - Nossa Senhora do Ó	2ª Vara Civil	Procedimento Sumário	332 Concedida a Antecipação de tutela	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Foro Regional XII - Nossa Senhora do Ó	2ª Vara Civil	Procedimento Comum	339 Concedida a Antecipação de tutela	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Foro Regional XII - Nossa Senhora do Ó	3ª Vara Civil	Procedimento Comum	332 Concedida a Antecipação de tutela	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Foro Regional XII - Nossa Senhora do Ó	3ª Vara Civil	Procedimento Sumário	339 Concedida a Antecipação de tutela	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Foro Regional XII - Nossa Senhora do Ó	4ª Vara Civil	Procedimento Comum	332 Concedida a Antecipação de tutela	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Foro Regional XII - Nossa Senhora do Ó	4ª Vara Civil	Caulear Inicial	339 Concedida a Antecipação de tutela	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Foro Regional XII - Nossa Senhora do Ó	4ª Vara Civil	Procedimento Comum	332 Concedida a Antecipação de tutela	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Foro Regional XII - Nossa Senhora do Ó	4ª Vara Civil	Procedimento Comum	80579 Concedida a Antecipação de tutela no Perfil Inicial	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
Foro Regional XII - Nossa Senhora do Ó	4ª Vara Civil	Procedimento Sumário	332 Concedida a Antecipação de tutela	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
				114	138	245	254	253	280	271	5	371	349	317	276	2.873

ANEXO B – Petição da Associação Juizes para a Democracia para o Presidente do TJSP.

Ref.: Termo de Cooperação Técnica n. 000.045/2015 – Núcleo de Apoio Técnico e de Mediação (NAT).

A respeito do Núcleo de Apoio Técnico e de Mediação (NAT), criado pelo Termo de Cooperação Técnica n. 000.045/2015, celebrado entre o Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, a Associação Brasileira de Medicina (ABRANGE) e a Federação Nacional de Saúde Suplementar (FENASAÚDE), a **Associação Juizes para a Democracia**, entidade não governamental, sem fins lucrativos ou corporativistas, que congrega juizes trabalhistas, federais e estaduais de todo o território nacional e de todas as instâncias, e que tem por objetivos primaciais a luta pelo respeito absoluto e incondicional aos valores jurídicos próprios do Estado Democrático de Direito, vem, perante Vossa Excelência, expor e requerer o que segue.

O atual cenário de judicialização de conflitos recomenda o estímulo à autocomposição e a adoção de medidas destinadas a imprimir celeridade e eficiência à prestação jurisdicional. A Associação Juizes para a Democracia é sensível aos esforços desse E. Tribunal de Justiça para o alcance desses objetivos.

No que concerne ao setor de saúde suplementar, o alto índice de acolhimento de pedidos de tutela jurisdicional, em caráter definitivo, evidencia que a causa da excessiva procura do Poder Judiciário reside na recusa ilegítima, pelas operadoras de planos e seguros de assistência à saúde, ao custeio de atendimento médico-hospitalar.

A alteração do panorama de litigiosidade depende, assim, de ações tendentes ao ajustamento das condutas das operadoras à jurisprudência consolidada desse E. Tribunal de Justiça e do E. Superior Tribunal de Justiça acerca dos direitos de seus consumidores, com base na Lei n. 9.656/1998 e no Código de Defesa do Consumidor.

O inexpressivo número de propostas de transação formuladas por operadoras de planos e seguros de assistência à saúde, em processos versando sobre cobertura assistencial, enfraquece a perspectiva de incremento da solução conciliatória no setor de saúde suplementar.

O acesso ao Poder Judiciário é, em regra, precedido de (i) requerimento de cobertura contratual à operadora e (ii) expressa recusa ou silêncio desta. Ou seja, a operadora dispõe, na fase extrajudicial, de espaço para ações voltadas à autocomposição, sendo desnecessária a atuação conjugada do Poder Judiciário para o fim de viabilizar a oferta pela operadora "*aos seus clientes de alternativas ou serviços satisfatórios em tempo célere e em ambiente neutro*" (cf. Termo de Cooperação Técnica em epígrafe).

Diante desse quadro, o Núcleo de Apoio Técnico e de Mediação (NAT) poderá se revelar ineficaz ao fim proposto.

O setor apresenta, ainda, fragilidades sob a ótica do Direito Processual Civil, do Direito do Consumidor e do Direito Administrativo.

O Termo de Cooperação Técnica em epígrafe confere ao juiz a faculdade de submeter o processo ao Núcleo de Apoio Técnico e de Mediação (NAT), independentemente de anuência do autor da demanda, a fim de viabilizar a formulação, pela operadora de plano ou seguro de assistência à saúde, de proposta de mediação liminar.

O condicionamento da apreciação de pedido de tutela de urgência à formulação de proposta de mediação é incompatível com o direito do consumidor à "*facilitação da defesa de seus direitos*" (artigo 6º, VIII, da Lei n. 8.078/1990); a sujeição do processo à mediação liminar representa, sob a ótica do Direito do Consumidor, entrave ao acesso à ordem jurídica justa.

A mediação liminar esbarra, igualmente, na regra do artigo 303, § 1º, II, do Novo Código de Processo Civil, que prevê a adoção de método de autocomposição após a concessão da tutela de urgência.

A atuação do Núcleo de Apoio Técnico e de Mediação (NAT) extrapola o próprio escopo da Recomendação n. 36, de 12.7.2011, do Conselho Nacional de Justiça, que propõe exclusivamente a formação de núcleos de apoio técnico a juizes, nada dispondo sobre autocomposição liminar de conflitos no setor de saúde suplementar.

Ademais, as demandas envolvendo assistência privada à saúde apresentam peculiaridades que não se harmonizam com a sistemática de mediação liminar.

O pedido de cobertura contratual é deduzido com base em prescrição do médico que assiste o consumidor. Supondo que a operadora de plano ou seguro de assistência à saúde, com base em parecer de sua equipe técnica, proponha o custeio de procedimento ou exame alternativo; a proposta envolverá necessariamente questão de ordem técnica; logo, o consumidor, antes de emitir aceitação ou recusa, terá de submetê-la a seu médico assistente. A busca da mediação implicará, assim, retardamento da prestação jurisdicional.

Ante a vulnerabilidade do consumidor perante a operadora de plano ou seguro de assistência à saúde, agravada pela fragilidade inerente à crise de saúde enfrentada e pela necessidade premente da assistência médico-hospitalar, a mediação conduzida pelo Núcleo de Apoio Técnico e de Mediação (NAT) pode, ainda, resultar em transações inválidas sob a ótica do Código Civil e do Código de Defesa do Consumidor (artigo 51 da Lei n. 8.078/1990).

Pelas razões acima externadas, a mediação liminar se mostra inviável em demandas que versem sobre cobertura contratual de planos e seguros de assistência à saúde.

Acerca da atuação como apoio técnico, a Recomendação n. 36, de 12.7.2011, do Conselho Nacional de Justiça propõe que o setor seja composto por médicos e farmacêuticos indicados pelos Comitês Executivos Estaduais e "*sem ônus para os Tribunais*".

O Termo de Cooperação Técnica em epígrafe, todavia, não contempla (i) proveniência e forma de seleção dos profissionais de saúde; (ii) forma de atuação do setor no caso concreto (individual ou colegiada), (iii) forma de escolha dos profissionais que atuarão em determinado processo, (iv) forma e origem da remuneração dos técnicos.

Para atender aos princípios do artigo 37, *caput*, da Constituição Federal e garantir a idoneidade probatória dos pareceres técnicos emitidos:

(1) o Núcleo de Apoio Técnico e de Mediação (NAT) deve ser composto por profissionais de saúde sem vinculação direta ou indireta com operadoras de planos e seguros de assistência à saúde; caso seja admitido o ingresso de profissionais por elas indicados, na forma do item III da Recomendação n. 36, de 12.7.2011, do Conselho Nacional de Justiça, deve ser assegurada a participação, de forma igualitária, de profissionais indicados por entidades de defesa dos direitos dos consumidores e a avaliação técnica deve ser colegiada, por grupo formado por três profissionais, assegurada a participação de um profissional indicado por entidade de defesa dos direitos dos consumidores e de um profissional desvinculado;

(2) a listagem contendo os profissionais de saúde que integrarão o setor deve ser previamente publicada; a escolha dos profissionais que atuarão em determinado caso concreto deve observar à ordem da listagem, conforme respectiva área de especialização, ressalvados casos de impossibilidade, impedimento ou suspeição;

(3) aos profissionais de saúde do Núcleo de Apoio Técnico e de Mediação (NAT) deverá ser aplicável a normatização pertinente ao perito, como auxiliar da justiça, especialmente no que concerne à responsabilidade pelas informações prestadas, na forma do artigo 158 do Novo Código de Processo Civil;

(4) os profissionais de saúde que comporão o setor não poderão receber qualquer remuneração ou auxílio, a que título for, direta ou indiretamente, de operadoras de planos e seguros de assistência à saúde suplementar.

Pelo exposto, a **Associação Juizes para a Democracia** requer a Vossa Excelência:

(a) a supressão do segmento de mediação liminar do Núcleo de Apoio Técnico e de Mediação (NAT), mantendo-se tão-somente o setor de apoio técnico, na forma da Recomendação n. 36, de 12.7.2011, do Conselho Nacional de Justiça;

(b) a organização do setor de apoio técnico em conformidade com os princípios da moralidade e impessoalidade, conforme sugestões consignadas acima (itens 1 a 4).

Colocamo-nos à inteira disposição de Vossa Excelência e aproveitamos a oportunidade para apresentar-lhe nossos protestos de elevada estima e distinta consideração.

André Augusto Salvador Bezerra
Presidente do Conselho Executivo da
Associação Juizes para a Democracia

A SUA EXCELÊNCIA O SENHOR
DOUTOR DESEMBARGADOR PRESIDENTE DO
E. TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO
JOSÉ RENATO NALINI

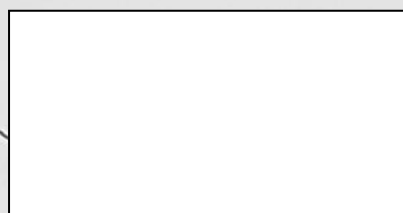
ANEXO C – Modelo de contrato de planos de saúde coletivos por adesão

Contrato Pessoa Jurídica
Coletivo Empresarial

São Paulo/SP

Pessoa Jurídica
118 A

ANEXO I
MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA CONTRATAÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE



Operadora:
 CNPJ:
 Nº de registro na ANS
 Site: www. .br
 SAC: 0800-
 SAC (deficiente auditivo): 0800-

Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde

Diferenças entre planos individuais e coletivos

Os planos com contratação individual ou familiar são aqueles contratados diretamente da operadora de plano de saúde: é o próprio beneficiário quem escolhe as características do plano a ser contratado.

Os planos com contratação coletiva são aqueles em que o beneficiário ingressa no plano de saúde contratado por uma empresa ou órgão público (coletivo empresarial); associação profissional, sindicato ou entidade assemelhada (coletivo por adesão). Nos planos coletivos é um representante dessas pessoas jurídicas contratantes, com a participação ou não de uma administradora de benefícios, que negocia e define as características do plano a ser contratado. Assim, é importante que o beneficiário antes de vincular-se a um plano coletivo, em especial o por adesão, avalie a compatibilidade entre os seus interesses e os interesses da pessoa jurídica contratante.

Aspectos a serem observados na contratação ou ingresso em um plano de saúde:

	PLANOS INDIVIDUAIS OU FAMILIARES	PLANOS COLETIVOS	
CARÊNCIA	É permitida a exigência de cumprimento de período de carência nos prazos máximos estabelecidos pela Lei nº 9.656/1998: 24h para urgência/emergência, até 300 dias para parto a termo e até 180 dias para demais procedimentos.	Coletivo Empresarial	
		Com 30 participantes ou mais	Não é permitida a exigência de cumprimento de carência, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até 30 dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante.
		Com menos de 30 participantes	É permitida a exigência de cumprimento de carência nos mesmos prazos máximos estabelecidos pela lei.
		Coletivo por Adesão	Não é permitida a exigência de cumprimento de carência desde que o beneficiário ingresse no plano em até 30 dias da celebração do contrato firmado entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde. A cada aniversário do contrato, será permitida a adesão de novos beneficiários sem o cumprimento de carência, desde que: (1) os mesmos tenham se vinculado à pessoa jurídica contratante após os 30 dias da celebração do contrato e (2) tenham formalizado a proposta de adesão até 30 dias da data de aniversário do contrato.

<p>COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)</p>	<p>Sendo constatado no ato da contratação que o beneficiário tem conhecimento de doença ou lesão preexistente (DLP), conforme declaração de saúde, perícia médica ou entrevista qualificada e Carta de Orientação ao beneficiário de entrega obrigatória, a operadora poderá oferecer cobertura total, após cumpridas eventuais carências, sem qualquer ônus adicional para o beneficiário. Caso a operadora opte pelo não oferecimento de cobertura total, deverá neste momento oferecer a Cobertura Parcial Temporária (CPT) que é a suspensão, por até 24 meses, das coberturas para procedimentos de alta complexidade, internações cirúrgicas ou em leitos de alta tecnologia, relacionados exclusivamente à DLP declarada. Como alternativa à CPT é facultado à operadora oferecer o Agravado, que é um acréscimo no valor da mensalidade paga ao plano privado de assistência à saúde para que o mesmo tenha acesso regular à cobertura total, desde que cumpridas as eventuais carências. A operadora de planos de saúde não pode negar a cobertura de procedimentos relacionados à DLP não declarada pelo beneficiário antes do julgamento de processo administrativo na forma prevista pela RN nº 162/2007.</p>				
	<p>Coletivo Empresarial</p>				
	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="486 728 774 907">Com 30 participantes ou mais</td> <td data-bbox="774 728 1423 907">Não é permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravado, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até 30 dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="486 907 774 996">Com menos de 30 participantes</td> <td data-bbox="774 907 1423 996">É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravado.</td> </tr> </table>	Com 30 participantes ou mais	Não é permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravado, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até 30 dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante.	Com menos de 30 participantes	É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravado.
Com 30 participantes ou mais	Não é permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravado, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até 30 dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante.				
Com menos de 30 participantes	É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravado.				
	<p>Coletivo por Adesão</p>				
	<p>É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravado, independente do número de participantes.</p>				
<p>MECANISMO DE REGULAÇÃO</p>	<p>É importante que o beneficiário verifique: (1) se o plano a ser contratado possui coparticipação e/ou franquia. Em caso positivo, é obrigatório constar no contrato quais os serviços de saúde e como será a sua participação financeira, (2) como é o acesso aos serviços de saúde, no plano que deseja contratar. Exigência de perícia por profissional de saúde, autorização administrativa prévia e/ou direcionamento a prestadores só são permitidas se houver previsão no contrato.</p>				
<p>REAJUSTE</p>	<p>Os planos individuais ou familiares precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual, exceto para os de cobertura exclusivamente odontológica que devem ter cláusula clara elegendo um índice de preços divulgado por instituição externa.</p> <p>A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário, segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contrato e atendendo à RN nº 63/2003.</p> <p>Os planos coletivos não precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual. Assim, nos reajustes aplicados às mensalidades dos contratos coletivos, prevalecerá o disposto no contrato ou índice resultante de negociação entre as partes contratantes (operadora de plano de saúde e pessoa jurídica), devendo a operadora obrigatoriamente comunicar os reajustes à ANS.</p> <p>O beneficiário deverá ficar atento à periodicidade do reajuste que não poderá ser inferior a 12 meses, que serão contados da celebração do contrato ou do último reajuste aplicado e não do ingresso de beneficiário ao plano. Embora não haja a necessidade de prévia autorização da ANS, esta faz um monitoramento dos reajustes anuais aplicados nos contratos coletivos.</p> <p>A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário, segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contrato e atendendo à RN nº 63/2003.</p>				

COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)	<p>Sendo constatado no ato da contratação que o beneficiário tem conhecimento de doença ou lesão preexistente (DLP), conforme declaração de saúde, perícia médica ou entrevista qualificada e Carta de Orientação ao beneficiário de entrega obrigatória, a operadora poderá oferecer cobertura total, após cumpridas eventuais carências, sem qualquer ônus adicional para o beneficiário. Caso a operadora opte pelo não oferecimento de cobertura total, deverá neste momento oferecer a Cobertura Parcial Temporária (CPT) que é a suspensão, por até 24 meses, das coberturas para procedimentos de alta complexidade, internações cirúrgicas ou em leitos de alta tecnologia, relacionados exclusivamente à DLP declarada. Como alternativa à CPT é facultado à operadora oferecer o Agravado, que é um acréscimo no valor da mensalidade paga ao plano privado de assistência à saúde para que o mesmo tenha acesso regular à cobertura total, desde que cumpridas as eventuais carências. A operadora de planos de saúde não pode negar a cobertura de procedimentos relacionados à DLP não declarada pelo beneficiário antes do julgamento de processo administrativo na forma prevista pela RN nº 162/2007.</p>	
	Coletivo Empresarial	
	Com 30 participantes ou mais	Não é permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravado, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até 30 dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante.
	Com menos de 30 participantes	É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravado.
	Coletivo por Adesão	
É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravado, independente do número de participantes.		
MECANISMO DE REGULAÇÃO	<p>É importante que o beneficiário verifique: (1) se o plano a ser contratado possui coparticipação e/ou franquia. Em caso positivo, é obrigatório constar no contrato quais os serviços de saúde e como será a sua participação financeira, (2) como é o acesso aos serviços de saúde, no plano que deseja contratar. Exigência de perícia por profissional de saúde, autorização administrativa prévia e/ou direcionamento a prestadores só são permitidas se houver previsão no contrato.</p>	
REAJUSTE	<p>Os planos individuais ou familiares precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual, exceto para os de cobertura exclusivamente odontológica que devem ter cláusula clara elegendo um índice de preços divulgado por instituição externa. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário, segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contrato e atendendo à RN nº 63/2003.</p>	
	<p>Os planos coletivos não precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual. Assim, nos reajustes aplicados às mensalidades dos contratos coletivos, prevalecerá o disposto no contrato ou índice resultante de negociação entre as partes contratantes (operadora de plano de saúde e pessoa jurídica), devendo a operadora obrigatoriamente comunicar os reajustes à ANS. O beneficiário deverá ficar atento à periodicidade do reajuste que não poderá ser inferior a 12 meses, que serão contados da celebração do contrato ou do último reajuste aplicado e não do ingresso de beneficiário ao plano. Embora não haja a necessidade de prévia autorização da ANS, esta faz um monitoramento dos reajustes anuais aplicados nos contratos coletivos. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário, segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contrato e atendendo à RN nº 63/2003.</p>	

ALTERAÇÕES NA REDE ASSISTENCIAL DO PLANO	Alterações na rede de prestadores de serviço devem ser informadas pela operadora, inclusive as inclusões. No caso de redimensionamento por redução de prestador hospitalar, a alteração necessita ser autorizada pela ANS antes da comunicação aos beneficiários. Esta comunicação deve observar 30 dias de antecedência no caso de substituição de prestador hospitalar para que a equivalência seja analisada pela ANS.
VIGÊNCIA	<p>A vigência mínima do contrato individual ou familiar é 12 meses com renovação automática.</p> <p>A vigência mínima do contrato coletivo é negociada e tem renovação automática.</p>
REGRAS DE RESCISÃO E/OU SUSPENSÃO	<p>Nos planos individuais ou familiares a rescisão ou suspensão contratual unilateral por parte da operadora somente pode ocorrer em duas hipóteses: por fraude; e/ou por não pagamento da mensalidade por período superior a 60 dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 meses de vigência do contrato, desde que o beneficiário seja comprovadamente notificado até o 50º dia de inadimplência.</p> <p>Nos planos coletivos as regras para rescisão ou suspensão contratual unilateral são negociadas entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde. É importante que o beneficiário fique atento às regras estabelecidas no seu contrato. A rescisão unilateral imotivada, por qualquer das partes, somente poderá ocorrer após a vigência do período de 12 meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de 60 dias.</p> <p>Na vigência do contrato e sem anuência da pessoa jurídica contratante, a operadora só pode excluir ou suspender assistência à saúde do beneficiário em caso de fraude ou perda do vínculo de titular ou de dependência.</p>

Perda da condição de beneficiário nos planos coletivos

Nos planos coletivos os beneficiários titulares e seus dependentes podem ser excluídos do plano de saúde, que continua vigente, quando perdem o vínculo com a pessoa jurídica contratante, ou seja, com o sindicato, associação profissional ou congênera, órgão público ou empresa.

Direitos dos artigos 30 e 31, da Lei nº 9.656/1998, nos planos coletivos empresariais

Nos planos coletivos empresariais em que há participação financeira do beneficiário no pagamento da mensalidade, regular e não vinculada à coparticipação em eventos, é assegurado ao mesmo o direito de permanência neste plano coletivo no caso de demissão sem justa causa ou aposentadoria. No caso de morte do titular demitido ou aposentado em gozo do benefício decorrente dos artigos 30 e 31, é assegurada a permanência do grupo familiar.

O beneficiário tem um prazo máximo de 30 dias, após seu desligamento, para se manifestar junto à empresa/órgão público, com a qual mantinha vínculo empregatício ou estatutário, sobre a sua vontade de permanecer no plano de saúde. O beneficiário assume integralmente o pagamento da mensalidade quando opta pela permanência. O período de manutenção da condição de beneficiário do plano é de 6 meses no mínimo, e proporcional ao período em que o mesmo permaneceu vinculado e contribuindo para o plano de saúde como empregado ou servidor.

Salientamos que o beneficiário perde o direito de permanência no plano de saúde do seu ex-empregador ou órgão público quando da sua admissão em um novo emprego ou cargo.

Direito de migrar para plano individual ou familiar aproveitando carência do plano coletivo empresarial

Os beneficiários de planos coletivos empresariais que tiverem o benefício de plano de saúde extinto terão o direito de se vincular a um plano da mesma operadora com contratação individual ou familiar, sem a necessidade de cumprimento de novos prazos de carência. Essa prerrogativa não se aplica aos planos de autogestão.

A condição para exercer esse direito é que a operadora comercialize plano individual ou familiar.

O beneficiário tem um prazo máximo de 30 dias, após a extinção do benefício, para contratar, junto à operadora o plano individual ou familiar.

Este direito não existe caso tenha havido apenas a troca de operadora por parte do contratante (órgão público ou empresa).

Cobertura e segmentação assistencial

Define o tipo de assistência à qual o beneficiário terá direito. Os planos podem ter assistência ambulatorial, hospitalar, obstétrica e odontológica. Essas assistências à saúde isoladas ou combinadas definem a segmentação assistencial do plano de saúde a ser contratado pelo beneficiário. A Lei nº 9.656/1998 definiu como referência o plano com assistência ambulatorial, hospitalar, obstétrica e urgência/emergência integral após 24h, em acomodação padrão enfermária. O contrato pode prever coberturas mais amplas do que as exigidas pela legislação, mas as exclusões devem estar limitadas às previstas na Lei nº 9.656/1998.

A cobertura para acidente do trabalho ou doença profissional em planos coletivos empresariais é adicional e depende de contratação específica.

Abrangência geográfica

Aponta para o beneficiário a área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. A abrangência geográfica pode ser nacional, estadual, grupo de estados, municipal ou grupo de municípios.

Área de atuação

É a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõem as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal.

É importante que o beneficiário fique atento a estas informações, uma vez que as especificações da área de abrangência e da área de atuação do plano, obrigatoriamente, devem constar no contrato de forma clara.

Administradora de Benefícios

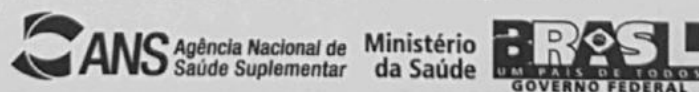
Quando houver participação de Administradora de Benefícios na contratação de plano coletivo empresarial, a verificação de número de participantes para fins de carência ou CPT considerará a totalidade de participantes eventualmente já vinculados ao plano estipulado.

Se a contratação for de plano coletivo por adesão, para fins de carência considerar-se-á como data de celebração do contrato coletivo a data do ingresso da pessoa jurídica contratante ao contrato estipulado pela Administradora de Benefícios.

Para informar-se sobre estes e outros detalhes da contratação de planos de saúde, o beneficiário deve contatar a operadora. Permanecendo dúvidas, pode consultar a ANS pelo site www.ans.gov.br ou pelo Disque-ANS (0800-701-9656).

ESTE MANUAL NÃO SUBSTITUI O CONTRATO.

O Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde é uma exigência da Resolução Normativa nº 195/2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar.



Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)
Av. Augusto Severo, 84 - Glória - CEP: 20021-040
Rio de Janeiro - RJ

Disque-ANS: 0800-701-9656
www.ans.gov.br
ouvidoria@ans.gov.br

**ADITIVO DE REDUÇÃO MÁXIMA DE CARÊNCIA E DOS
PRAZOS PARA INÍCIO DA COBERTURA DE DOENÇAS
PREEXISTENTES – CONTRATOS – COLETIVO POR ADESÃO**

PRC
Coletivo por Adesão

Válido de 1 de abril de 2017
a 30 de junho de 2017

FOLHA 1/2

OBJETO

Este aditivo tem por finalidade propiciar a todos os beneficiários inscritos na Proposta Contratual, a concessão de redução dos prazos de carência e dos prazos para o início das coberturas de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, relacionados às doenças ou lesões preexistentes, definidas na Declaração de Saúde de cada um dos beneficiários e de acordo com o contrato e os direitos do plano escolhido.

DAS NORMAS PARA O CADASTRAMENTO DOS BENEFICIÁRIOS

Terão direito aos benefícios deste aditivo o titular e seus dependentes, com idade até 58 (cinquenta e oito) anos, inclusive, inscritos na Proposta Contratual, observados os **planos escolhidos e as faixas etárias**, as quais estão expressas nas **Normas para Promoções de Vendas e Tabela de Vendas vigentes (disponíveis no site www.ams.com.br)**.

Os prazos das carências reduzidas dos PRCs 413, 128, 129 e 398 são válidos apenas na contratação dos produtos 400, 500 e 700.

DA DOCUMENTAÇÃO

A Amil remeterá pelos correios os documentos dos beneficiários nos quais constarão seus direitos, incluindo os prazos de carência e os prazos para o início das coberturas para doenças e lesões preexistentes, após a análise técnica da Declaração de Saúde e demais documentos solicitados nas Normas para Promoções de Vendas vigentes.

DOS NOVOS PRAZOS PARA CARÊNCIA E COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA PARA DOENÇAS PREEXISTENTES

Reduzem-se os prazos previstos nas cláusulas sobre Carências e Cobertura Parcial Temporária, de acordo com a tabela que se segue, para os benefícios constantes das cláusulas Consulta Médica, Atendimento de Urgência e Emergência em Pronto-socorro, Exames e Tratamentos Ambulatoriais e Internações Hospitalares.

GRUPO DE BENEFÍCIOS	CARÊNCIA CONTRATUAL	PRC 413	PRC 128	PRC 129	PRC 398
Carência – consulta eletiva em consultório, clínica ou centro médico.	30 dias	1 dia	1 dia	1 dia	0
Carência – exames e procedimentos terapêuticos ambulatoriais básicos.	30 dias	1 dia	1 dia	1 dia	0
Carência – exames e procedimentos especiais, realizados em regime ambulatorial, relacionados na cláusula contratual, exceto os especificados abaixo:	180 dias	90 dias	30 dias	30 dias	0
a) Exames de endoscopia digestiva, respiratória e urológica;	180 dias	90 dias	30 dias	30 dias	0
b) Exames de ultrassonografia;	180 dias	90 dias	60 dias	30 dias	0
c) Exames radiológicos de tomografia computadorizada, de neurorradiologia, angiografia, coronariografia, mielografia, radiologia intervencionista e exames de ressonância magnética;	180 dias	180 dias	90 dias	30 dias	0
d) Exames de hemodinâmica, cardiovasculares em medicina nuclear diagnóstica e imunocintilografia;	180 dias	180 dias	150 dias	60 dias	0
e) Procedimentos terapêuticos endoscópicos digestivos, respiratórios e urológicos;	180 dias	90 dias	30 dias	30 dias	0
f) Hemodinâmica terapêutica e angioplastias;	180 dias	180 dias	150 dias	60 dias	0

**ADITIVO DE REDUÇÃO MÁXIMA DE CARÊNCIA E DOS
PRAZOS PARA INÍCIO DA COBERTURA DE DOENÇAS
PREEXISTENTES – CONTRATOS – COLETIVO POR ADESÃO**

PRC
Coletivo por Adesão

Válido de 1 de abril de 2017
a 30 de junho de 2017

FOLHA 2/2

GRUPO DE BENEFÍCIOS	CARÊNCIA CONTRATUAL	PRC 413	PRC 128	PRC 129	PRC 398
g) Quimioterapia e radioterapia;	180 dias	180 dias	180 dias	90 dias	0
h) Procedimentos para litotripsia;	180 dias	180 dias	150 dias	60 dias	0
i) Videolaparoscopia e procedimentos videoassistidos com finalidade terapêutico-diagnóstica ambulatorial;	180 dias	180 dias	120 dias	60 dias	0
j) Artroscopia;	180 dias	90 dias	90 dias	60 dias	0
k) Diálise ou hemodiálise;	180 dias	180 dias	150 dias	60 dias	0
l) Hemoterapia;	180 dias	90 dias	60 dias	30 dias	0
m) Cirurgias em regime de <i>day hospital</i> .	180 dias	180 dias	120 dias	60 dias	0
Carência – internações em geral (não relacionadas às doenças preexistentes).	180 dias	180 dias	150 dias	60 dias	0
Carência - trabalho de parto a termo.	300 dias	300 dias	300 dias	300 dias	300 dias

Vigência da CPT – Cobertura Parcial Temporária para Doenças Preexistentes	CPT Padrão	CPT PRC	CPT PRC	CPT PRC	CPT PRC
Estarão sujeitos a CPT as internações cirúrgicas, os leitos de alta tecnologia (UTI, CTI, Unidades Neonatal, Coronariana ou Semi-intensiva) ou os procedimentos de alta complexidade para doenças preexistentes, identificados no Rol de Procedimentos da ANS – RN 338.	24 meses	24 meses	18 meses	15 meses	9 meses
Não haverá redução dos prazos para os casos de cirurgia bariátrica em obesidade mórbida, transplante, cirurgia de refração, diálise e hemodiálise, neurocirurgia, cirurgia ortopédica para hérnia de disco, desvios de coluna e de articulações, quimioterapia e radioterapia e uso de próteses, órteses e material de osteossíntese.	24 meses	24 meses	24 meses	24 meses	24 meses

- PRC 413** - válido para clientes de quaisquer categorias, sem plano prévio ou oriundos de quaisquer operadoras, sem restrição de tempo mínimo de permanência nas mesmas.
- PRC 128** - válido para clientes de quaisquer categorias, com permanência acima de 3 (três) meses até 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias em planos de quaisquer operadoras.
- PRC 129** - válido para clientes de quaisquer categorias, com permanência acima de 12 (doze) meses em planos de quaisquer operadoras.
- PRC 398** - válido para clientes de quaisquer categorias, exceto clientes cadastrados nas entidades classificadas na tabela aberta, com permanência acima de 12 (doze) meses em planos de operadoras congêneres. **Listagem de congêneres disponível no site www.ans.gov.br na área "Informações complementares aos nossos contratos".**

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Declaro ter ciência dos valores e das regras estabelecidas nas **Normas para Promoções de Vendas e Tabela de Vendas** que me foram apresentadas e que este termo aditivo somente terá sua validade e efeito após aprovação por parte da Amil. Caso ele não seja aprovado, prevalecerão as normas do contrato principal.

Local e data: _____

Nº da proposta contratual: _____

Nome do titular/responsável: _____ CPF: _____

Nome do corretor: _____ Código: _____ CPF: _____

Assinatura: _____

Assinatura do corretor _____

Assinatura do responsável _____

1ª via: _____ 2ª via: contratante.

ERRATA AO CONTRATO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL – VERSÃO [] PJ 118-1 A SP

CONTRATANTE: _____

_____ pessoa jurídica inscrita no CNPJ sob o nº _____, com sede em _____ neste ato

representada conforme documentos societários anexos à PROPOSTA CONTRATUAL, parte integrante desta errata.

CONTRATADA: _____ pessoa jurídica inscrita no CNPJ sob o nº _____ registrada na ANS sob o nº _____ neste ato representada pelo Corretor devidamente identificado na PROPOSTA CONTRATUAL, parte integrante desta errata.

CONSIDERANDO que:

- ① Faz-se necessário retificar as informações presentes no material comercial disponibilizado;
- ② As partes acordam que a efetiva formalização da presente negociação, só ocorrerá com a assinatura da proposta contratual e aceite desta errata.

CLÁUSULA PRIMEIRA: No presente contrato e no material para comercialização, onde se lê: "CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E HOSPITALAR PESSOA JURÍDICA 118A"

LEIA-SE: "CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E HOSPITALAR PESSOA JURÍDICA 118-1 A"

CLÁUSULA SEGUNDA: Concordam as partes que as cláusulas 17.6.3 e seguintes passam a vigorar com as seguintes redações:

17.6.3 – Os valores de coparticipação seguirão a tabela abaixo:

GRUPO DE BENEFÍCIOS	[] 200			[] 400			[] 500			[] 600			[] 700		
	Valor Copart	Limite por ITEM R\$	Limite por MES R\$	Valor Copart	Limite por ITEM R\$	Limite por MES R\$	Valor Copart	Limite por ITEM R\$	Limite por MES R\$	Valor Copart	Limite por ITEM R\$	Limite por MES R\$	Valor Copart	Limite por ITEM R\$	Limite por MES R\$
Consultas eletivas e clínicas	30%	25,00	-	30%	25,00	-	30%	25,00	-	30%	25,00	-	30%	35,00	-
Consultas hospitalares - PS	30%	50,00	-	30%	50,00	-	30%	50,00	-	30%	50,00	-	30%	70,00	-
Exames básicos	30%	30,00	-	30%	40,00	-	30%	50,00	-	30%	50,00	-	30%	70,00	-
Exames especiais	30%	150,00	-	30%	150,00	-	30%	150,00	-	30%	150,00	-	30%	150,00	-
Procedimentos básicos	30%	30,00	-	30%	40,00	-	30%	50,00	-	30%	50,00	-	30%	70,00	-
Procedimentos especiais	30%	150,00	-	30%	150,00	-	30%	150,00	-	30%	150,00	-	30%	150,00	-
Psicoterapia	30%	15,00	-	30%	20,00	-	30%	25,00	-	30%	25,00	-	30%	35,00	-
Fonoaudiologia	30%	15,00	-	30%	20,00	-	30%	25,00	-	30%	25,00	-	30%	35,00	-
Fisioterapia	30%	15,00	-	30%	20,00	-	30%	25,00	-	30%	25,00	-	30%	35,00	-
Nutrição	30%	15,00	-	30%	20,00	-	30%	25,00	-	30%	25,00	-	30%	35,00	-
Internação	R\$ 160,00	-	-	R\$ 200,00	-	-	R\$ 250,00	-	-	R\$ 250,00	-	-	R\$ 350,00	-	-
Quimioterapia	30%	-	30,00	30%	-	50,00	30%	-	50,00	30%	-	50,00	30%	-	50,00
Díálise ou hemodiálise	30%	-	30,00	30%	-	50,00	30%	-	50,00	30%	-	50,00	30%	-	50,00
Radioterapia	30%	-	30,00	30%	-	50,00	30%	-	50,00	30%	-	50,00	30%	-	50,00

Rubrica

1ª via: [] 2ª via: contratante.

FOLHA 1/2

ANS - nº 326305

**ERRATA AO CONTRATO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
COLETIVO EMPRESARIAL – VERSÃO [] PJ 118-1 A SP**

17.6.3.3 – O valor da coparticipação a ser paga pelo **BENEFICIÁRIO** está sujeito ao LIMITE MÁXIMO DE COBRANÇA por MÊS, conforme definido na cláusula 17.6.3, não sendo cumulativo ao mês subsequente.

FOLHA 2/2

17.6.3.4 – A atualização dos LIMITES MÁXIMOS DE COBRANÇAS por ITEM e por MÊS ocorrerá na data do aniversário do contrato, de acordo com a variação média dos custos unitários dos procedimentos cobertos por este contrato, em conformidade com os limites previstos na Consu nº 8 e regulamentação vigente acerca do tema. Ressalta-se que o percentual para atualização do LIMITE MÁXIMO DE COBRANÇA poderá variar de acordo com o grupo de benefícios em que se enquadra o procedimento.

17.6.3.5 – A atualização dos valores fixos cobrados de coparticipação para INTERNAÇÃO ocorrerá na data do aniversário do contrato, de acordo com a variação média dos custos unitários dos procedimentos cobertos por este contrato, em conformidade com os limites previstos na Consu nº 8 e regulamentação vigente acerca do tema.

CLAUSULA TERCEIRA: Concordam as partes que a cláusula 19.6 passa a vigorar com a seguinte redação:

19.6 – Os valores referentes à coparticipação e franquia sofrerão reajuste nos termos das subcláusulas 17.6.3.4 e 17.6.3.5.

Local e data: _____

Assinatura do corretor

Assinatura do representante da empresa contratante

ANS - nº 376305

1ª via: [] 2ª via: contratante.

CHECKLIST CONTRATO 118A PJ



Prezado(a) Corretor(a),

Com objetivo de facilitar a conferência dos documentos que deverão ser entregues junto com o contrato, foi desenvolvido o checklist abaixo.

Fique atento às documentações obrigatórias constantes na Normativa de Vendas. Desta forma, o contrato será implantado com mais agilidade.

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS DA EMPRESA

- Formulário de Solicitação de Adesão **empresa** até 99 vidas PJ 118A:
 - Preenchida com os dados da empresa cliente, grade com valores dos produtos escolhidos e recibo dos valores pagos e assinada pelo responsável legal da Empresa cliente.
- Formulário de Aditivo de **redução de carências** (Documento de PRC):
 - Preenchido de acordo com as orientações da Normativa de Vendas vigente.
- Cópia do contrato social da Empresa.
- Cópia da listagem de FGTS da empresa (com até 2 meses retroativos).
- Cópia do documento de identificação (com foto e assinatura) do responsável legal da empresa.
- Cópia do cartão CNPJ da empresa.

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS DOS BENEFICIÁRIOS TITULARES

- Formulário de Solicitação de Adesão dos **beneficiários** PJ/118 (ficha dos beneficiários):
 - Preenchida com os dados do titular e seus dependentes, plano escolhido, carta de orientação da ANS e declaração de saúde.
- Comprovante de vínculo empregatício:
 - Listagem de pagamento do FGTS – para funcionários acima de 30 dias na empresa.
 - Cópia da carteira de trabalho, ou folha de registro do empregado – para funcionários com até 30 dias na empresa.

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS DOS BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES

- Cópia de documentação para comprovar o grau de parentesco com o titular:
 1. **Cônjuge:** Documento de identificação do beneficiário, junto com a Declaração de União Estável, Documento de identificação de filhos em comum ou certidão de casamento.
 2. **Filhos:** Certidão de nascimento ou documento de identificação que comprove o nome do titular como pai/mãe.
 3. **Enteados:** Documento de identificação que comprove a filiação com o cônjuge do titular, junto com a documentação que comprova o parentesco do próprio cônjuge com o titular (vide item 1).
 4. **Pais:** Documento de identificação do beneficiário e do titular, que comprove o parentesco com o titular.
 5. **Irmãos:** Certidão de nascimento ou documento de identificação que comprove os pais em comum com o titular.
 6. **Neto(a):** Certidão de nascimento do beneficiário com o nome do titular como avô(ó) ou documento de identificação que comprove a filiação do beneficiário, junto com o documento de identidade dos pais do beneficiário, comprovando que o beneficiário é filho do filho do titular.
 7. **Bisneto(a):** Certidão de nascimento do beneficiário com o nome do filho do titular como avô(ó), junto com o documento do filho do titular ou documento de identificação que comprove a filiação do beneficiário, junto com o documento de identidade dos pais e dos avós do beneficiário, comprovando que o beneficiário é neto do filho do titular.
 8. **Avós:** Documento de identificação do beneficiário, junto com a Certidão de nascimento do titular onde conste o nome dos avós ou documento de identificação dos pais do titular para comprovação do parentesco.
 9. **Tios:** Documento de identificação do beneficiário com o nome dos seus pais e documento de identificação dos pais do titular, comprovando que o tio possui a mesma filiação dos pais do titular.
 10. **Sobrinhos:** Documento de identificação do beneficiário com o nome dos seus pais e documento de identificação dos pais do beneficiário, onde conste a mesma filiação do titular, comprovando que o sobrinho é filho de irmão do titular.
 11. **Sogro(a):** Documento de identificação que comprove a paternidade do cônjuge do titular, junto com a documentação que comprova o parentesco do próprio cônjuge (vide item 1).
 12. **Genro e Nora:** Documento de identificação que comprove o vínculo marital com o filho(a) do titular, junto com a documentação que comprova o parentesco do próprio filho(a).
 13. **Padrasto e Madraça:** Documento de identificação que comprove o vínculo marital com o pai/mãe do titular, junto com a documentação que comprova o parentesco do pai/mãe.
 14. **Cunhado(a) e concunhado(a):** Documento de identificação que comprove o vínculo marital com o irmão(a) do titular, junto com a documentação que comprova o parentesco do irmão(a).

**ADITIVO DE REDUÇÃO MÁXIMA DE CARÊNCIA E DOS
PRAZOS PARA INÍCIO DA COBERTURA DE DOENÇAS
PREEXISTENTES – CONTRATOS – COLETIVO POR ADESÃO**

**PRC
Coletivo por Adesão**

**Válido de 1 de abril de 2017
a 30 de junho de 2017**

FOLHA 1/2

OBJETO

Este aditivo tem por finalidade propiciar a todos os beneficiários inscritos na Proposta Contratual, a concessão de redução dos prazos de carência e dos prazos para o início das coberturas de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, relacionados às doenças ou lesões preexistentes, definidas na Declaração de Saúde de cada um dos beneficiários e de acordo com o contrato e os direitos do plano escolhido.

DAS NORMAS PARA O CADASTRAMENTO DOS BENEFICIÁRIOS

Terão direito aos benefícios deste aditivo o titular e seus dependentes, com idade até 58 (cinquenta e oito) anos, inclusive [] tos na Proposta Contratual, observados os **planos escolhidos e as faixas etárias**, as quais estão expressas nas **Normas para Promoções de Vendas e Tabela de Vendas vigentes (disponíveis no site [www.\[\]com.br](http://www.[]com.br))**.

Os prazos das carências reduzidas dos PRCs **413, 128, 129 e 398** são válidos apenas na contratação dos produtos **400, 500 e 700**.

DA DOCUMENTAÇÃO

A Amil remeterá pelos correios os documentos dos beneficiários nos quais constarão seus direitos, incluindo os prazos de carência e os prazos para o início das coberturas para doenças e lesões preexistentes, após a análise técnica da Declaração de Saúde e demais documentos solicitados nas Normas para Promoções de Vendas vigentes.

DOS NOVOS PRAZOS PARA CARÊNCIA E COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA PARA DOENÇAS PREEXISTENTES

Reduzem-se os prazos previstos nas cláusulas sobre Carências e Cobertura Parcial Temporária, de acordo com a tabela que se segue, para os benefícios constantes das cláusulas Consulta Médica, Atendimento de Urgência e Emergência em Pronto-socorro, Exames e Tratamentos Ambulatoriais e Internações Hospitalares.

GRUPO DE BENEFÍCIOS	CARÊNCIA CONTRATUAL	PRC 413	PRC 128	PRC 129	PRC 398
Carência – consulta eletiva em consultório, clínica ou centro médico.	30 dias	1 dia	1 dia	1 dia	0
Carência – exames e procedimentos terapêuticos ambulatoriais básicos.	30 dias	1 dia	1 dia	1 dia	0
Carência – exames e procedimentos especiais, realizados em regime ambulatorial, relacionados na cláusula contratual, exceto os especificados abaixo:	180 dias	90 dias	30 dias	30 dias	0
a) Exames de endoscopia digestiva, respiratória e urológica;	180 dias	90 dias	30 dias	30 dias	0
b) Exames de ultrassonografia;	180 dias	90 dias	60 dias	30 dias	0
c) Exames radiológicos de tomografia computadorizada, de neurorradiologia, angiografia, coronariografia, mielografia, radiologia intervencionista e exames de ressonância magnética;	180 dias	180 dias	90 dias	30 dias	0
d) Exames de hemodinâmica, cardiovasculares em medicina nuclear diagnóstica e imunocintilografia;	180 dias	180 dias	150 dias	60 dias	0
e) Procedimentos terapêuticos endoscópicos digestivos, respiratórios e urológicos;	180 dias	90 dias	30 dias	30 dias	0
f) Hemodinâmica terapêutica e angioplastias;	180 dias	180 dias	150 dias	60 dias	0

**ADITIVO DE REDUÇÃO MÁXIMA DE CARÊNCIA E DOS
PRAZOS PARA INÍCIO DA COBERTURA DE DOENÇAS
PREEXISTENTES – CONTRATOS – COLETIVO POR ADESÃO**

**PRC
Coletivo por Adesão**

**Válido de 1 de abril de 2017
a 30 de junho de 2017**

FOLHA 1/2

OBJETO

Este aditivo tem por finalidade propiciar a todos os beneficiários inscritos na Proposta Contratual, a concessão de redução dos prazos de carência e dos prazos para o início das coberturas de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, relacionados às doenças ou lesões preexistentes, definidas na Declaração de Saúde de cada um dos beneficiários e de acordo com o contrato e os direitos do plano escolhido.

DAS NORMAS PARA O CADASTRAMENTO DOS BENEFICIÁRIOS

Terão direito aos benefícios deste aditivo o titular e seus dependentes, com idade até 58 (cinquenta e oito) anos, inclusive, inscritos na Proposta Contratual, observados os **planos escolhidos e as faixas etárias**, as quais estão expressas nas **Normas para Promoções de Vendas e Tabela de Vendas vigentes (disponíveis no site www.ans.gov.br)**.

Os prazos das carências reduzidas dos PRCs **413, 128, 129 e 398** são válidos apenas na contratação dos produtos **400, 500 e 700**.

DA DOCUMENTAÇÃO

A Amil remeterá pelos correios os documentos dos beneficiários nos quais constarão seus direitos, incluindo os prazos de carência e os prazos para o início das coberturas para doenças e lesões preexistentes, após a análise técnica da Declaração de Saúde e demais documentos solicitados nas Normas para Promoções de Vendas vigentes.

DOS NOVOS PRAZOS PARA CARÊNCIA E COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA PARA DOENÇAS PREEXISTENTES

Reduzem-se os prazos previstos nas cláusulas sobre Carências e Cobertura Parcial Temporária, de acordo com a tabela que se segue, para os benefícios constantes das cláusulas Consulta Médica, Atendimento de Urgência e Emergência em Pronto-socorro, Exames e Tratamentos Ambulatoriais e Internações Hospitalares.

GRUPO DE BENEFÍCIOS	CARÊNCIA CONTRATUAL	PRC 413	PRC 128	PRC 129	PRC 398
Carência – consulta eletiva em consultório, clínica ou centro médico.	30 dias	1 dia	1 dia	1 dia	0
Carência – exames e procedimentos terapêuticos ambulatoriais básicos.	30 dias	1 dia	1 dia	1 dia	0
Carência – exames e procedimentos especiais, realizados em regime ambulatorial, relacionados na cláusula contratual, exceto os especificados abaixo:	180 dias	90 dias	30 dias	30 dias	0
a) Exames de endoscopia digestiva, respiratória e urológica;	180 dias	90 dias	30 dias	30 dias	0
b) Exames de ultrassonografia;	180 dias	90 dias	60 dias	30 dias	0
c) Exames radiológicos de tomografia computadorizada, de neurorradiologia, angiografia, coronariografia, mielografia, radiologia intervencionista e exames de ressonância magnética;	180 dias	180 dias	90 dias	30 dias	0
d) Exames de hemodinâmica, cardiovasculares em medicina nuclear diagnóstica e imunocintilografia;	180 dias	180 dias	150 dias	60 dias	0
e) Procedimentos terapêuticos endoscópicos digestivos, respiratórios e urológicos;	180 dias	90 dias	30 dias	30 dias	0
f) Hemodinâmica terapêutica e angioplastias;	180 dias	180 dias	150 dias	60 dias	0

ADITIVO DE REDUÇÃO MÁXIMA DE CARÊNCIA E DOS PRAZOS PARA INÍCIO DA COBERTURA DE DOENÇAS PREEXISTENTES – CONTRATOS – COLETIVO POR ADESÃO

PRC
Coletivo por Adesão

Válido de 1 de abril de 2017
a 30 de junho de 2017

FOLHA 2/2

GRUPO DE BENEFÍCIOS	CARÊNCIA CONTRATUAL	PRC 413	PRC 128	PRC 129	PRC 398
g) Quimioterapia e radioterapia;	180 dias	180 dias	180 dias	90 dias	0
h) Procedimentos para litotripsia;	180 dias	180 dias	150 dias	60 dias	0
i) Videolaparoscopia e procedimentos videoassistidos com finalidade terapêutico-diagnóstica ambulatorial;	180 dias	180 dias	120 dias	60 dias	0
j) Artroscopia;	180 dias	90 dias	90 dias	60 dias	0
k) Diálise ou hemodiálise;	180 dias	180 dias	150 dias	60 dias	0
l) Hemoterapia;	180 dias	90 dias	60 dias	30 dias	0
m) Cirurgias em regime de <i>day hospital</i> .	180 dias	180 dias	120 dias	60 dias	0
Carência – internações em geral (não relacionadas às doenças preexistentes).	180 dias	180 dias	150 dias	60 dias	0
Carência - trabalho de parto a termo.	300 dias	300 dias	300 dias	300 dias	300 dias

Vigência da CPT – Cobertura Parcial Temporária para Doenças Preexistentes	CPT Padrão	CPT PRC	CPT PRC	CPT PRC	CPT PRC
Estarão sujeitos a CPT as internações cirúrgicas, os leitos de alta tecnologia (UTI, CTI, Unidades Neonatal, Coronariana ou Semi-intensiva) ou os procedimentos de alta complexidade para doenças preexistentes, identificados no Rol de Procedimentos da ANS – RN 338.	24 meses	24 meses	18 meses	15 meses	9 meses
Não haverá redução dos prazos para os casos de cirurgia bariátrica em obesidade mórbida, transplante, cirurgia de refração, diálise e hemodiálise, neurocirurgia, cirurgia ortopédica para hérnia de disco, desvios de coluna e de articulações, quimioterapia e radioterapia e uso de próteses, órteses e material de osteossíntese.	24 meses	24 meses	24 meses	24 meses	24 meses

- PRC 413** - válido para clientes de quaisquer categorias, sem plano prévio ou oriundos de quaisquer operadoras, sem restrição de tempo mínimo de permanência nas mesmas.
- PRC 128** - válido para clientes de quaisquer categorias, com permanência acima de 3 (três) meses até 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias em planos de quaisquer operadoras.
- PRC 129** - válido para clientes de quaisquer categorias, com permanência acima de 12 (doze) meses em planos de quaisquer operadoras.
- PRC 398** - válido para clientes de quaisquer categorias, exceto clientes cadastrados nas entidades classificadas na tabela aberta, com permanência acima de 12 (doze) meses em planos de operadoras congêneres. **Listagem de congêneres disponível no site www.amil.com.br na área "Informações complementares aos nossos contratos".**

TERMO DE RESPONSABILIDADE

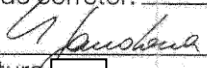
Declaro ter ciência dos valores e das regras estabelecidas nas **Normas para Promoções de Vendas e Tabela de Vendas** que me foram apresentadas e que este termo aditivo somente terá sua validade e efeito após aprovação por parte da Amil. Caso ele não seja aprovado, prevalecerão as normas do contrato principal.

Local e data: _____

Nº da proposta contratual: _____

Nome do titular/responsável: _____ CPF: _____

Nome do corretor: _____ Código: _____ CPF: _____

Assinatura:  _____

Assinatura do corretor _____

Assinatura do responsável _____

1ª via: ; 2ª via: contratante.

ERRATA AO CONTRATO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL – VERSÃO [] PJ 118-1 A SP

CONTRATANTE: _____
 pessoa jurídica inscrita no CNPJ sob o nº _____, com sede em _____, neste ato

representada conforme documentos societários anexos à PROPOSTA CONTRATUAL, parte integrante desta errata.

CONTRATADA: _____, pessoa jurídica inscrita no CNPJ sob o nº _____ registrada na ANS sob o nº _____ neste ato representada pelo Corretor devidamente identificado na PROPOSTA CONTRATUAL, parte integrante desta errata.

CONSIDERANDO que:

- 1 Faz-se necessário retificar as informações presentes no material comercial disponibilizado;
- 2 As partes acordam que a efetiva formalização da presente negociação, só ocorrerá com a assinatura da proposta contratual e aceite desta errata.

CLÁUSULA PRIMEIRA: No presente contrato e no material para comercialização, onde se lê: "CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E HOSPITALAR PESSOA JURÍDICA 118A"

LEIA-SE: "CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E HOSPITALAR PESSOA JURÍDICA 118-1 A"

CLÁUSULA SEGUNDA: Concordam as partes que as cláusulas 17.6.3 e seguintes passam a vigorar com as seguintes redações:

17.6.3 – Os valores de coparticipação seguirão a tabela abaixo:

GRUPO DE BENEFÍCIOS	[] 200			[] 400			[] 500			[] 600			[] 700		
	Valor Copart	Limite por ITEM R\$	Limite por MÊS R\$	Valor Copart	Limite por ITEM R\$	Limite por MÊS R\$	Valor Copart	Limite por ITEM R\$	Limite por MÊS R\$	Valor Copart	Limite por ITEM R\$	Limite por MÊS R\$	Valor Copart	Limite por ITEM R\$	Limite por MÊS R\$
Consultas eletivas e clínicas	30%	25,00	-	30%	25,00	-	30%	25,00	-	30%	25,00	-	30%	35,00	-
Consultas hospitalares - PS	30%	50,00	-	30%	50,00	-	30%	50,00	-	30%	50,00	-	30%	70,00	-
Exames básicos	30%	30,00	-	30%	40,00	-	30%	50,00	-	30%	50,00	-	30%	70,00	-
Exames especiais	30%	150,00	-	30%	150,00	-	30%	150,00	-	30%	150,00	-	30%	150,00	-
Procedimentos básicos	30%	30,00	-	30%	40,00	-	30%	50,00	-	30%	50,00	-	30%	70,00	-
Procedimentos especiais	30%	150,00	-	30%	150,00	-	30%	150,00	-	30%	150,00	-	30%	150,00	-
Psicoterapia	30%	15,00	-	30%	20,00	-	30%	25,00	-	30%	25,00	-	30%	35,00	-
Fonoaudiologia	30%	15,00	-	30%	20,00	-	30%	25,00	-	30%	25,00	-	30%	35,00	-
Fisioterapia	30%	15,00	-	30%	20,00	-	30%	25,00	-	30%	25,00	-	30%	35,00	-
Nutrição	30%	15,00	-	30%	20,00	-	30%	25,00	-	30%	25,00	-	30%	35,00	-
Internação	R\$ 160,00	-	-	R\$ 200,00	-	-	R\$ 250,00	-	-	R\$ 250,00	-	-	R\$ 350,00	-	-
Quimioterapia	30%	-	30,00	30%	-	50,00	30%	-	50,00	30%	-	50,00	30%	-	50,00
Diálise ou hemodiálise	30%	-	30,00	30%	-	50,00	30%	-	50,00	30%	-	50,00	30%	-	50,00
Radioterapia	30%	-	30,00	30%	-	50,00	30%	-	50,00	30%	-	50,00	30%	-	50,00

Rubrica

1ª via: [] 2ª via: contratante.

**ERRATA AO CONTRATO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
COLETIVO EMPRESARIAL – VERSÃO [] PJ 118-1 A SP**

17.6.3.3 – O valor da coparticipação a ser paga pelo **BENEFICIÁRIO** está sujeito ao LIMITE MÁXIMO DE COBRANÇA por MÊS, conforme definido na cláusula 17.6.3, não sendo cumulativo ao mês subsequente.

FOLHA 2/2

17.6.3.4 – A atualização dos LIMITES MÁXIMOS DE COBRANÇAS por ITEM e por MÊS ocorrerá na data do aniversário do contrato, de acordo com a variação média dos custos unitários dos procedimentos cobertos por este contrato, em conformidade com os limites previstos na Consu nº 8 e regulamentação vigente acerca do tema. Ressalta-se que o percentual para atualização do LIMITE MÁXIMO DE COBRANÇA poderá variar de acordo com o grupo de benefícios em que se enquadra o procedimento. []

17.6.3.5 – A atualização dos valores fixos cobrados de coparticipação para INTERNAÇÃO ocorrerá na data do aniversário do contrato, de acordo com a variação média dos custos unitários dos procedimentos cobertos por este contrato, em conformidade com os limites previstos na Consu nº 8 e regulamentação vigente acerca do tema.

CLAUSULA TERCEIRA: Concordam as partes que a cláusula 19.6 passa a vigorar com a seguinte redação:

19.6 – Os valores referentes à coparticipação e franquia sofrerão reajuste nos termos das subcláusulas 17.6.3.4 e 17.6.3.5.

Local e data: _____

Assinatura do corretor

Assinatura do representante da empresa contratante

ANS - nº 326305

1ª via [] 2ª via: contratante.

CHECKLIST CONTRATO 118A PJ



Prezado(a) Corretor(a),

Com objetivo de facilitar a conferência dos documentos que deverão ser entregues junto com o contrato, foi desenvolvido o checklist abaixo.

Fique atento às documentações obrigatórias constantes na Normativa de Vendas. Desta forma, o contrato será implantado com mais agilidade.

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS DA EMPRESA

- Formulário de Solicitação de Adesão **empresa** até 99 vidas PJ 118A:
 - Preenchida com os dados da empresa cliente, grade com valores dos produtos escolhidos e recibo dos valores pagos e assinada pelo responsável legal da Empresa cliente.
- Formulário de Aditivo de **redução de carências** (Documento de PRC):
 - Preenchido de acordo com as orientações da Normativa de Vendas vigente.
- Cópia do contrato social da Empresa.
- Cópia da listagem de FGTS da empresa (com até 2 meses retroativos).
- Cópia do documento de identificação (com foto e assinatura) do responsável legal da empresa.
- Cópia do cartão CNPJ da empresa.

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS DOS BENEFICIÁRIOS TITULARES

- Formulário de Solicitação de Adesão dos **beneficiários** PJ/118 (ficha dos beneficiários):
 - Preenchida com os dados do titular e seus dependentes, plano escolhido, carta de orientação da ANS e declaração de saúde.
- Comprovante de vínculo empregatício:
 - Listagem de pagamento do FGTS – para funcionários acima de 30 dias na empresa.
 - Cópia da carteira de trabalho, ou folha de registro do empregado – para funcionários com até 30 dias na empresa.

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS DOS BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES

- Cópia de documentação para comprovar o grau de parentesco com o titular:
 1. **Cônjuge:** Documento de identificação do beneficiário, junto com a Declaração de União Estável, Documento de identificação de filhos em comum ou certidão de casamento.
 2. **Filhos:** Certidão de nascimento ou documento de identificação que comprove o nome do titular como pai/mãe.
 3. **Enteados:** Documento de identificação que comprove a filiação com o cônjuge do titular, junto com a documentação que comprove o parentesco do próprio cônjuge com o titular (vide item 1).
 4. **Pais:** Documento de identificação do beneficiário e do titular, que comprove o parentesco com o titular.
 5. **Irmãos:** Certidão de nascimento ou documento de identificação que comprove os pais em comum com o titular.
 6. **Neto(a):** Certidão de nascimento do beneficiário com o nome do titular como avô(ô) ou documento de identificação que comprove a filiação do beneficiário, junto com o documento de identidade dos pais do beneficiário, comprovando que o beneficiário é filho do filho do titular.
 7. **Bisneto(a):** Certidão de nascimento do beneficiário com o nome do filho do titular como avô(ô), junto com o documento do filho do titular ou documento de identificação que comprove a filiação do beneficiário, junto com o documento de identidade dos pais e dos avós do beneficiário, comprovando que o beneficiário é neto do filho do titular.
 8. **Avós:** Documento de identificação do beneficiário, junto com a Certidão de nascimento do titular onde conste o nome dos avós ou documento de identificação dos pais do titular para comprovação do parentesco.
 9. **Tios:** Documento de identificação do beneficiário com o nome dos seus pais e documento de identificação dos pais do titular, comprovando que o tio possui a mesma filiação dos pais do titular.
 10. **Sobrinhos:** Documento de identificação do beneficiário com o nome dos seus pais e documento de identificação dos pais do beneficiário, onde conste a mesma filiação do titular, comprovando que o sobrinho é filho de irmão do titular.
 11. **Sogro(a):** Documento de identificação que comprove a paternidade do cônjuge do titular, junto com a documentação que comprove o parentesco do próprio cônjuge (vide item 1).
 12. **Genro e Nora:** Documento de identificação que comprove o vínculo marital com o filho(a) do titular, junto com a documentação que comprove o parentesco do próprio filho(a).
 13. **Padrasto e Madrasta:** Documento de identificação que comprove o vínculo marital com o pai/mãe do titular, junto com a documentação que comprove o parentesco do pai/mãe.
 14. **Cunhado(a) e concunhado(a):** Documento de identificação que comprove o vínculo marital com o irmão(a) do titular, junto com a documentação que comprove o parentesco do irmão(a).

	Contrato nº	Nº da Proposta Contratual	PROPOSTA CONTRATUAL
	Lei nº 9.656, de 3/6/1998		PESSOA JURÍDICA ATÉ 99 BENEFICIÁRIOS
			Filial ou unidade gerencial - SP

Produtos Contratados – Assistência Odontológica

Plano Odontológico	Prazos de Carência	Valor Único (R\$)	Número de Beneficiários	Valor Total (R\$)
	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 30 dias <input type="checkbox"/> 60 dias			

Resumo de Valores

Produtos	Quantidade	Valor Unitário	Total
Plano Médico			R\$
Plano Odontológico		R\$	R\$
Amil Resgate*		R\$	R\$
Amil Multiviagem*		R\$	R\$
Valor Total dos Produtos			R\$

Taxas de Implantação

	Taxa do Plano Médico	R\$
	Taxa do Plano Odontológico	R\$
	Valor Total das Taxas	R\$
	Valor Total Geral (Produtos + Taxas)	R\$

Atenção: *Os aditivos Resgate Saúde e Multiviagem são contratáveis somente para os produtos de abrangência nacional.

Recibo da 1ª fatura

Recebi da **Contratante** a importância de R\$ _____, através do cheque nº _____, do banco nº _____, agência nº _____, conta-corrente nº _____, pagamento datado para ____/____/____ referente ao pagamento da primeira fatura dos planos contratados.

_____ de _____ de 20 ____.

Concordo com as seguintes informações adicionais:

- ▶ Tenho ciência e estou de pleno acordo de que o início da vigência do contrato seguirá a seguinte regra:
 - a) nos contratos de 2 a 29 beneficiários o prazo de início ocorrerá após 10 (dez) dias contados da data da entrega da documentação completa à ;
 - b) nos contratos de 30 a 99 beneficiários o prazo de início ocorrerá após 15 (quinze) dias contados da data da entrega da documentação completa à .
 - c) nos contratos em que a opção de pagamento seja boleto bancário, o início de vigência do contrato ocorrerá com a confirmação de pagamento referente a primeira contraprestação pecuniária mensal.
 Ex.: A recebe a documentação válida e completa referente a um contrato coletivo empresarial com 20 beneficiários no dia 10/01. Nesse caso, para tal contrato o início de vigência dar-se-á no dia 20/01.
- ▶ Período de movimentação cadastral, para efeito de faturamento, do dia _____ ao dia _____ de cada mês.

Local e Data

Assinatura do Representante da Empresa Contratante

[]	Contrato nº	Nº da Proposta Contratual	PROPOSTA CONTRATUAL PESSOA JURÍDICA ATÉ 99 BENEFICIÁRIOS Filial ou unidade gerencial – SP
	Lei nº 9.656, de 3/6/1998	[]	

Caso a proposta seja efetivada, selecione abaixo a melhor opção que convier ao solicitante:

Tenho ciência que o acesso à rede médica do meu contrato será disponibilizado através do site e aplicativo Amil.

Desejo receber as futuras cobranças através de meio digital.

Desejo receber as futuras cobranças em papel.

ESCOLHA
SUSTENTÁVEL

Forma de pagamento*

<input type="checkbox"/> Lâminas Mensais	<input type="checkbox"/> Débito Automático	Nome do Banco	Banco nº
Agência nº		Conta-corrente nº	

*Verifique com seu consultor Bancos Conveniados. Necessário que a conta para débito automático seja conta PJ da empresa

Declaração e termo de responsabilidades específicas - []

Declaro para todos os fins e efeitos que: ❶ tenho ciência das condições gerais e estou de acordo com elas, até mesmo quanto aos prazos de carência constantes, não tendo qualquer dúvida com relação à sua aplicação, cabendo à [] estabelecer as reduções desses prazos; ❷ tenho ciência de que a redução ou isenção dos prazos de carência não altera as coberturas do contrato, permanecendo inalteradas as exclusões e limitações de cobertura expressas no contrato; ❸ assumo a responsabilidade das declarações feitas por mim, livre e espontaneamente, e, na qualidade de responsável pelos beneficiários incluídos nesta proposta, assumo como devedor e principal pagador a obrigação pelo pagamento das demais obrigações integrantes do plano que agora subscrevo; ❹ **tenho conhecimento de que a proposta deverá ser protocolada na [] até 48 horas úteis da data de sua assinatura;** ❺ tenho ciência de que este documento e suas cópias não poderão ter rasuras, motivo pelo qual a [] disponibiliza para preenchimento a via de "Retificação e Ratificação da Proposta Contratual". A [] não aceitará propostas rasuradas, sendo motivo para preenchimento de nova proposta de contratação, sendo certo que caso haja o preenchimento e assinatura da via de "Retificação e Ratificação da Proposta Contratual", esta passará a ser o documento válido de comprovação da contratação; ❻ tenho conhecimento da existência e disponibilidade do plano [] Referência, quarto coletivo, com abrangência Nacional, e que ele a mim foi oferecido, sendo minha a opção pela contratação do plano a que se refere esta proposta; ❼ estou ciente de que, independentemente dos reajustes previstos no contrato PJ 118A, haverá adequação automática dos valores contratados, a qualquer tempo, quando houver alteração dos portes da empresa, que são: Porte I, de 2 a 29 beneficiários; Porte II, de 30 a 99 beneficiários; ❽ tenho ciência dos valores de coparticipação/franquia constantes na Tabela de Vendas vigentes; ❾ tenho ciência de que será de responsabilidade da contratante entregar ao beneficiário titular, previamente à assinatura do contrato de adesão, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS); ❿ estou ciente de que será de responsabilidade da Amil o envio ao beneficiário titular do Guia de Leitura Contratual (GLC), junto com o cartão de identificação; ⓫ estou ciente de que o vencimento da segunda mensalidade ocorrerá 30 dias após a data da vigência do contrato.

Local e Data

Assinatura do Representante da Empresa Contratante

ANS - nº 326305

1ª via: [] 2ª via: contratante; 3ª via: corretor

Contrato nº
PJ N° da Proposta Contratual
Lei nº 9.656,
de 3/6/1998

PROPOSTA CONTRATUAL
PESSOA JURÍDICA ATÉ 99 BENEFICIÁRIOS
Filial ou unidade gerencial – SP

Folha
9/9

Declaração e termo de responsabilidades específicas – Dental

① Declaro, como representante da empresa Contratante, anteriormente identificada, que recebi as Condições Gerais do Plano Dental especificado na presente Proposta, seus aditivos e anexos, e tenho total conhecimento do teor delas, inclusive quanto a prazos e condições de pagamento, expressos no Contrato Dental. ② As declarações feitas por mim, livre e espontaneamente, são verdadeiras e de minha responsabilidade. ③ Tenho ciência de que o pagamento das mensalidades terá o vencimento sempre na data estipulada na Proposta Contratual. ④ Concordo com os valores mensais, conforme a Tabela de Preços vigente e o número de beneficiários cadastrados na Proposta Contratual, que serão reajustados de acordo com a periodicidade, fixados pelos órgãos governamentais.

Declaração e termo de responsabilidades específicas – Aditivos Resgate Saúde e Multiviagem

① Declaro, como representante da empresa Contratante, anteriormente identificada, que recebi as Condições Gerais do(s) Aditivo(s) selecionado(s) na presente proposta e tenho total conhecimento do teor delas, inclusive quanto a prazos, condições de pagamento e elegibilidade, disponíveis no site www.amil.com.br. ② Tenho ciência de que o pagamento das mensalidades terá o vencimento sempre na data estipulada na Proposta Contratual. ③ Concordo com os valores mensais, conforme a Tabela de Preços vigente, que serão reajustados de acordo com a periodicidade, fixados pelos órgãos governamentais.

Nome e assinatura do representante da empresa contratante

Nome e assinatura do corretor

_____ de _____ de 20_____

Assinatura do Representante da Empresa Contratante

ANS - nº 326305

**ADITIVO DE REDUÇÃO MÁXIMA DE CARÊNCIA E DOS
PRAZOS PARA INÍCIO DA COBERTURA DE DOENÇAS
PREEXISTENTES – CONTRATOS – PESSOA JURÍDICA**

**PRC
COLETIVO EMPRESARIAL**

FOLHA 1/2

OBJETO

Este aditivo tem por finalidade propiciar a todos os beneficiários da **CONTRATANTE** inscritos na Proposta Contratual, a concessão de redução dos prazos de carência e dos prazos para o início das coberturas de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, relacionados às doenças ou lesões preexistentes, definidas na Declaração de Saúde dos beneficiários da **CONTRATANTE** e de acordo com o contrato e os direitos do plano escolhido.

DAS NORMAS PARA O CADASTRAMENTO DOS BENEFICIÁRIOS

Terão direito aos benefícios deste aditivo os beneficiários da **CONTRATANTE**, inscritos na Proposta Contratual, observados os **planos escolhidos e as faixas etárias**, as quais estão expressas nas **Normas para Promoções de Vendas vigentes (disponíveis no site www.amil.com.br)** e após aprovação dos documentos que comprovem o preenchimento dos requisitos para obtenção da redução das carências previstas no presente instrumento.

DA DOCUMENTAÇÃO

A Amil remeterá pelos correios os documentos dos beneficiários nos quais constarão seus direitos, incluindo os prazos de carência e os prazos para o início das coberturas para doenças e lesões preexistentes, após a análise técnica da Declaração de Saúde e demais documentos solicitados nas Normas para Promoções de Vendas vigentes.

DOS NOVOS PRAZOS PARA CARÊNCIA E COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA PARA DOENÇAS PREEXISTENTES

Aprovada pela **CONTRATADA** os documentos apresentados pela **CONTRATANTE** para implantação do benefício deste aditivo, os prazos previstos nas cláusulas sobre Carências e Cobertura Parcial Temporária, serão reduzidos de acordo com a tabela que se segue, para os benefícios constantes das cláusulas Consulta Médica, Atendimento de Urgência e Emergência em Pronto-Socorro, Exames e Tratamentos Ambulatoriais e Internações Hospitalares.

GRUPO DE BENEFÍCIOS	CARÊNCIA CONTRATUAL	PRC 413	PRC 128	PRC 129	PRC 398
Carência – consulta eletiva em consultório, clínica ou centro médico.	30 dias	1 dia	1 dia	1 dia	0
Carência – exames e procedimentos terapêuticos ambulatoriais básicos.	30 dias	1 dia	1 dia	1 dia	0
Carência – exames e procedimentos especiais, realizados em regime ambulatorial, relacionados na cláusula contratual, exceto os especificados abaixo:	180 dias	90 dias	30 dias	30 dias	0
a) Exames de endoscopia digestiva, respiratória e urológica;	180 dias	90 dias	30 dias	30 dias	0
b) Exames de ultrassonografia;	180 dias	90 dias	60 dias	30 dias	0
c) Exames radiológicos de tomografia computadorizada, de neurorradiologia, angiografia, coronariografia, mielografia, radiologia intervencionista e exames de ressonância magnética;	180 dias	180 dias	90 dias	30 dias	0
d) Exames de hemodinâmica, cardiovasculares em medicina nuclear diagnóstica e imunocintilografia;	180 dias	180 dias	150 dias	60 dias	0
e) Procedimentos terapêuticos endoscópicos digestivos, respiratórios e urológicos;	180 dias	90 dias	30 dias	30 dias	0
f) Hemodinâmica terapêutica e angioplastias;	180 dias	180 dias	150 dias	60 dias	0
g) Quimioterapia e radioterapia;	180 dias	180 dias	180 dias	90 dias	0

Rubrica

1ª via 2ª via: contratante

ANS - Nº 326305

**ADITIVO DE REDUÇÃO MÁXIMA DE CARÊNCIA E DOS
PRAZOS PARA INÍCIO DA COBERTURA DE DOENÇAS
PREEXISTENTES - CONTRATOS - PESSOA JURÍDICA**

**PRC
COLETIVO EMPRESARIAL**

FOLHA 2/2

GRUPO DE BENEFÍCIOS	CARÊNCIA CONTRATUAL	PRC 413	PRC 128	PRC 129	PRC 398
h) Procedimentos para litotripsia;	180 dias	180 dias	150 dias	60 dias	0
i) Videolaparoscopia e procedimentos videoassistidos com finalidade terapêutico-diagnóstica ambulatorial;	180 dias	180 dias	120 dias	60 dias	0
j) Artroscopia;	180 dias	90 dias	90 dias	60 dias	0
k) Diálise ou hemodiálise;	180 dias	180 dias	150 dias	60 dias	0
l) Hemoterapia;	180 dias	90 dias	60 dias	30 dias	0
m) Tratamento hiperbárico;	180 dias	180 dias	90 dias	30 dias	0
n) Cirurgias em regime de <i>day hospital</i> .	180 dias	180 dias	120 dias	60 dias	0
Carência - internações em geral (não relacionadas às doenças preexistentes).	180 dias	180 dias	150 dias	60 dias	0
Carência - trabalho de parto a termo.	300 dias	300 dias	300 dias	300 dias	300 dias

Vigência da CPT - Cobertura Parcial Temporária - para Doenças Preexistentes	CPT Padrão	CPT PRC	CPT PRC	CPT PRC	CPT PRC
Estarão sujeitos à CPT as internações cirúrgicas, os leitos de alta tecnologia (UTI, CTI, Unidades Neonatal, Coronariana ou Semi-intensiva) ou os procedimentos de alta complexidade para doenças preexistentes, identificados no Rol de Procedimentos da ANS - RN 338.	24 meses	24 meses	18 meses	15 meses	9 meses
Não haverá redução dos prazos para os casos de cirurgia bariátrica em obesidade mórbida, transplante, cirurgia de refração, diálise e hemodiálise, neurocirurgia, cirurgia ortopédica para hérnia de disco, desvios de coluna e de articulações, quimioterapia e radioterapia e uso de próteses, órteses e material de osteossíntese.	24 meses	24 meses	24 meses	24 meses	24 meses

- PRC 413** - válido para empresas de 2 a 10 beneficiários, com beneficiários sem plano prévio ou oriundos de quaisquer operadoras, sem restrição de tempo mínimo de permanência nas mesmas.
- PRC 128** - válido para empresas de 2 a 10 beneficiários, com beneficiários oriundos de quaisquer operadoras, com permanência acima de 3 (três) meses até 11 (onze) meses no plano de origem.
- PRC 129** - válido para empresas de 2 a 10 beneficiários, com beneficiários oriundos de quaisquer operadoras, com permanência acima de 12 (doze) meses no plano de origem. Válido para empresas de 11 a 29 beneficiários, com beneficiários sem plano prévio ou oriundos de quaisquer operadoras, sem restrição de tempo mínimo de permanência nas mesmas.
- PRC 398** - válido para empresas de 2 a 10 beneficiários e de 11 a 29 beneficiários, com beneficiários oriundos de operadoras congêneres, com permanência acima de 12 (doze) meses no plano de origem. **Listagem de congêneres disponível no site www.amil.com.br na área "Informações complementares aos nossos contratos".**

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Declaro ter ciência de que este termo aditivo somente terá validade e efeito após aprovação por parte da Amil de toda a documentação comprobatória apresentada pela **CONTRATANTE**. Caso ele não seja aprovado, prevalecerão os termos e condições previstos no contrato principal.

Local e data: _____

Nº da proposta contratual: _____

Nome do titular/responsável: _____ CPF: _____

Nome do corretor: _____ Código: _____ CPF: _____

Assinatura Amil

Assinatura do corretor

Assinatura do responsável

ANS - nº 326305

1ª via: _____ 2ª via: contratante

**ADITIVO DE REDUÇÃO MÁXIMA DE CARÊNCIA E DOS
PRAZOS PARA INÍCIO DA COBERTURA DE DOENÇAS
PREEXISTENTES – CONTRATOS – PESSOA JURÍDICA**

**PRC
COLETIVO EMPRESARIAL**

FOLHA 2/2

GRUPO DE BENEFÍCIOS	CARÊNCIA CONTRATUAL	PRC 413	PRC 128	PRC 129	PRC 398
h) Procedimentos para litotripsia;	180 dias	180 dias	150 dias	60 dias	0
i) Videolaparoscopia e procedimentos videoassistidos com finalidade terapêutico-diagnóstica ambulatorial;	180 dias	180 dias	120 dias	60 dias	0
j) Artroscopia;	180 dias	90 dias	90 dias	60 dias	0
k) Diálise ou hemodiálise;	180 dias	180 dias	150 dias	60 dias	0
l) Hemoterapia;	180 dias	90 dias	60 dias	30 dias	0
m) Tratamento hiperbárico;	180 dias	180 dias	90 dias	30 dias	0
n) Cirurgias em regime de <i>day hospital</i> .	180 dias	180 dias	120 dias	60 dias	0
Carência – internações em geral (não relacionadas às doenças preexistentes).	180 dias	180 dias	150 dias	60 dias	0
Carência – trabalho de parto a termo.	300 dias	300 dias	300 dias	300 dias	300 dias

Vigência da CPT – Cobertura Parcial Temporária – para Doenças Preexistentes	CPT Padrão	CPT PRC	CPT PRC	CPT PRC	CPT PRC
Estarão sujeitos à CPT as internações cirúrgicas, os leitos de alta tecnologia (UTI, CTI, Unidades Neonatal, Coronariana ou Semi-intensiva) ou os procedimentos de alta complexidade para doenças preexistentes, identificados no Rol de Procedimentos da ANS – RN 338.	24 meses	24 meses	18 meses	15 meses	9 meses
Não haverá redução dos prazos para os casos de cirurgia bariátrica em obesidade mórbida, transplante, cirurgia de refração, diálise e hemodiálise, neurocirurgia, cirurgia ortopédica para hérnia de disco, desvios de coluna e de articulações, quimioterapia e radioterapia e uso de próteses, órteses e material de osteossíntese.	24 meses	24 meses	24 meses	24 meses	24 meses

- PRC 413** - válido para empresas de 2 a 10 beneficiários, com beneficiários sem plano prévio ou oriundos de quaisquer operadoras, sem restrição de tempo mínimo de permanência nas mesmas.
- PRC 128** - válido para empresas de 2 a 10 beneficiários, com beneficiários oriundos de quaisquer operadoras, com permanência acima de 3 (três) meses até 11 (onze) meses no plano de origem.
- PRC 129** - válido para empresas de 2 a 10 beneficiários, com beneficiários oriundos de quaisquer operadoras, com permanência acima de 12 (doze) meses no plano de origem. Válido para empresas de 11 a 29 beneficiários, com beneficiários sem plano prévio ou oriundos de quaisquer operadoras, sem restrição de tempo mínimo de permanência nas mesmas.
- PRC 398** - válido para empresas de 2 a 10 beneficiários e de 11 a 29 beneficiários, com beneficiários oriundos de operadoras congêneres, com permanência acima de 12 (doze) meses no plano de origem. **Listagem de congêneres disponível no site www.amil.com.br na área "Informações complementares aos nossos contratos".**

TERMO DE RESPONSABILIDADE

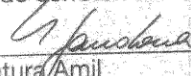
Declaro ter ciência de que este termo aditivo somente terá validade e efeito após aprovação por parte da Amil de toda a documentação comprobatória apresentada pela **CONTRATANTE**. Caso ele não seja aprovado, prevalecerão os termos e condições previstos no contrato principal.

Local e data: _____

Nº da proposta contratual: _____

Nome do titular/responsável: _____ CPF: _____

Nome do corretor: _____ Código: _____ CPF: _____

Assinatura Amil:  Assinatura do corretor: _____ Assinatura do responsável: _____

1ª via: Amil - 2ª via: contratante.

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E HOSPITALAR PESSOA JURÍDICA 118A

CLÁUSULAS	ASSUNTO	PÁGINA
	▶ CONCEITOS.....	1
1	▶ QUALIFICAÇÃO DA CONTRATADA E DA CONTRATANTE.....	3
2	▶ CONDIÇÕES DE ADMISSÃO.....	3
3	▶ OBJETO, NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS.....	7
4	▶ TIPO DE CONTRATAÇÃO.....	7
5	▶ SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE.....	8
6	▶ ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE.....	8
7	▶ ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE.....	8
8	▶ PADRÃO DE ACOMODAÇÃO.....	8
9	▶ ATRIBUTOS DO CONTRATO.....	9
10	▶ COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS.....	10
11	▶ EXCLUSÕES DE COBERTURA.....	20
12	▶ DA DURAÇÃO DO CONTRATO.....	22
13	▶ PERÍODO DE CARÊNCIA.....	23
14	▶ DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES.....	24
15	▶ ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....	27
16	▶ ACESSO À LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES.....	30
17	▶ MECANISMOS DE REGULAÇÃO.....	33
18	▶ FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE.....	39
19	▶ REAJUSTE ANUAL.....	41
20	▶ FAIXAS ETÁRIAS.....	44
21	▶ REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANO COLETIVO.....	45
22	▶ CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO.....	50
23	▶ RESCISÃO/SUSPENSÃO.....	51
24	▶ DISPOSIÇÕES GERAIS.....	53
25	▶ DO FORO.....	56

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E HOSPITALAR PESSOA JURÍDICA 118A**CONCEITOS**

Para todos os efeitos do contrato de cobertura de assistência médica e hospitalar Pessoa Jurídica 118 A deverão ser observados os seguintes conceitos:

- 1) **Área de atuação do produto:** Especificação nominal dos estados ou municípios que integram as áreas geográficas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal, onde a operadora fica obrigada a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo **BENEFICIÁRIO**.
- 2) **Área geográfica de abrangência:** Categorização do tipo de extensão territorial em que o plano de saúde possui cobertura.
- 3) **Beneficiário:** Pessoa física, titular ou dependente, que possui direitos e deveres definidos em legislação e no CONTRATO assinado com a para garantia da assistência médico-hospitalar.
- 4) **Carência:** Período corrido e ininterrupto, determinado em contrato, contado a partir da data de início da vigência do contrato do plano privado de assistência à saúde, durante o qual o **CONTRATANTE** paga as contraprestações pecuniárias, mas ainda não tem acesso a determinadas coberturas previstas no contrato. Os prazos de carência não se confundem com o prazo da Cobertura Parcial Temporária (CPT), já que eles correm de maneira independente e não podem ser somados.
- 5) **Cobertura:** Segmentação assistencial de plano de saúde que garante a prestação de serviços à saúde que compreende os procedimentos clínicos, cirúrgicos, obstétricos, odontológicos, atendimentos de urgência e emergência determinadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e em contrato.
- 6) **Cobertura Parcial Temporária (CPT):** Cobertura assistencial que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, contados a partir da data de contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de procedimentos de alta complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia (UTI, CTI, Unidade Coronariana, Unidade Intermediária e outros) e procedimentos cirúrgicos, relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes (DLP) declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal por ocasião da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde. Findo o prazo de 24 (vinte e quatro) meses da contratação ou adesão ao plano de saúde,

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E HOSPITALAR PESSOA JURÍDICA 118A

a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme segmentação contratada e prevista na Lei nº 9.656/98 e limites, respeitados o Rol e cláusula de exclusão de procedimentos,

- 7) **Coparticipação:** Mecanismo de regulação financeira que consiste na participação na despesa assistencial a ser paga pela pessoa jurídica **CONTRATANTE** após a realização de procedimento pelo **BENEFICIÁRIO**, isto é, cujo valor será cobrado posteriormente pela incluso na cobrança da contraprestação pecuniária.
- 8) **DLP (Doença ou Lesão Preexistente):** Doença ou lesão 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.
- 9) **Franquia:** Mecanismo de regulação financeira que consiste no estabelecimento de valor até o qual a operadora não tem responsabilidade de reembolso, nem de pagamento da assistência à rede credenciada ou referenciada. A franquia é paga pela **CONTRATANTE** diretamente ao prestador da rede credenciada ou referenciada no ato da utilização do serviço.
- 10) **Reembolso:** Mecanismo de acesso oferecido ao beneficiário que possibilita a utilização de serviços assistenciais de prestadores de serviço não pertencentes às redes, credenciadas ou referenciadas ao plano, mediante reembolso, parcial ou total, das despesas assistenciais, de acordo com as regras estabelecidas em contrato.
- 11) **Ressarcimento:** É o pagamento dos custos pelo atendimento realizado por serviço médico-hospitalar não credenciado, nos limites das obrigações contratuais e na abrangência geográfica contratada, para as despesas realizadas pelo **BENEFICIÁRIO** com assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência comprovada e na impossibilidade justificada de não utilização dos serviços contratados, credenciados ou referenciados pela em conformidade com o artigo 12, VI, da Lei nº 9.656/1998.
- 12) **Rol:** Refere-se ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), bem como às suas Diretrizes de Utilização, Diretrizes Clínicas e Protocolos de Utilização, vigentes à época da contratação e suas atualizações. O Rol, para fins deste contrato, compreende e limita a cobertura que deve ser garantida pela de acordo com a segmentação do plano de saúde contratado.

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E HOSPITALAR PESSOA JURÍDICA 118A**1 CLÁUSULA PRIMEIRA****QUALIFICAÇÃO DA CONTRATADA E DA CONTRATANTE**

1.1 – A **Amil Assistência Médica Internacional S.A.**, empresa classificada como medicina de grupo, doravante denominada e a **CONTRATANTE** encontram-se qualificadas e identificadas, conforme dados constantes na Proposta Contratual, que é parte integrante deste contrato para todos os fins de direito.

2 CLÁUSULA SEGUNDA**CONDIÇÕES DE ADMISSÃO**

2.1 – A **CONTRATANTE** deve incluir, na data de início da vigência deste contrato, no mínimo 2 (dois) **BENEFICIÁRIOS** entre titulares e dependentes e até o máximo de 99 (noventa e nove) **BENEFICIÁRIOS**, sendo essa quantidade mínima condição para início e manutenção do contrato.

2.2 – É **BENEFICIÁRIO titular** a pessoa habilitada como tal no momento da implantação do contrato ou que venha a ser incluída posteriormente, que mantenha com a **CONTRATANTE** relação empregatícia ou estatutária, de acordo com as condições previstas neste contrato.

2.3 – É **BENEFICIÁRIO dependente** a pessoa vinculada ao **BENEFICIÁRIO titular**, tal como definido na cláusula 2.6.1 deste contrato.

2.4 – No conjunto, tanto os titulares como os dependentes serão denominados simplesmente **BENEFICIÁRIOS**.

2.5 – São considerados **BENEFICIÁRIOS** deste contrato todos os que forem comprovadamente elegíveis e expressamente nomeados pela **CONTRATANTE** e cadastrados pela , de acordo com as normas estabelecidas neste contrato.

2.6 – Poderão ser incluídas como **BENEFICIÁRIOS** as seguintes pessoas físicas que mantenham vínculo com a **CONTRATANTE** devidamente comprovado:

- I – a população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária;
- II – os sócios da pessoa jurídica **CONTRATANTE**;
- III – os administradores da pessoa jurídica **CONTRATANTE**;

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E HOSPITALAR PESSOA JURÍDICA 118A

IV – os agentes políticos;

V – os trabalhadores temporários;

VI – os estagiários e menores aprendizes;

VII – demitidos ou aposentados que tenham sido vinculados à pessoa jurídica **CONTRATANTE** por relação empregatícia ou estatutária, ressalvado o disposto no caput dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998.

2.6.1 – Poderão ser incluídos como **BENEFICIÁRIOS** dependentes, com relação ao **BENEFICIÁRIO titular**, apenas no mesmo plano do **BENEFICIÁRIO titular**, as seguintes pessoas, desde que comprovado o vínculo:

a) esposa(o) ou companheira(o), comprovada a relação estável pelos documentos pertinentes;

b) filhos(as) solteiros(as) naturais, adotivos, com guarda provisória ou definitiva, enteados e os tutelados na forma da lei, desde que possuam até 24 (vinte e quatro) anos completos;

c) filhos(as) inválidos, declarados no Imposto de Renda do **BENEFICIÁRIO TITULAR**.

2.7 – Em caso de inscrição pelo **BENEFICIÁRIO** de filho(s) natural(is) nascido(s) sob vigência do presente contrato ou de filho(s) adotivo(s) menor(es) de 12 (doze) anos, serão aproveitados os mesmos períodos de carência já cumpridos pelo **BENEFICIÁRIO TITULAR**.

2.7.1 – Para fins de aplicação do item anterior, deve ser realizada a solicitação de inscrição pela **CONTRATANTE** à cuja inscrição deverá ocorrer no prazo máximo de 30 (trinta) dias, a contar do parto, da guarda provisória ou definitiva ou da sentença de adoção, com a apresentação da documentação comprobatória e com o conseqüente acréscimo da contraprestação pecuniária.

2.7.2 – A extinção da adoção confere à o direito de exclusão do **BENEFICIÁRIO** do plano contratado.

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E HOSPITALAR PESSOA JURÍDICA 118A

2.8 – Com relação aos **BENEFICIÁRIOS**, vigem, ainda, as seguintes disposições:

- a) os dependentes, para serem incluídos e mantidos no contrato, dependerão da participação do **BENEFICIÁRIO titular** no plano de assistência à saúde;
- b) sem prejuízo das declarações feitas pela **CONTRATANTE** e pelos **BENEFICIÁRIOS**, as quais devem observar a boa-fé objetiva, a poderá solicitar à **CONTRATANTE**, a qualquer tempo, os documentos comprobatórios de vínculo trabalhista, por exemplo: carteira profissional e/ou CAGED; cadastro de inscrição no FGTS; documentos que comprovem o grau de parentesco dos dependentes e certidão de sentença de adoção, entre outros, cabendo à **CONTRATANTE**, em 72 (setenta e duas) horas, enviar à os documentos solicitados, sob pena de exclusão contratual do **BENEFICIÁRIO** cuja elegibilidade não foi comprovada, sem prejuízo das penalidades contratuais, cíveis e penais cabíveis.

2.9 – A **CONTRATANTE**, quando do cadastramento, deverá indicar os nomes e a classificação dos **BENEFICIÁRIOS**, sejam eles titulares ou dependentes, bem como a respectiva data de nascimento e o grau de parentesco.

2.9.1 – Nenhuma indicação de **BENEFICIÁRIOS** terá valor sem a prévia autorização da **CONTRATANTE**, aprovada pela que avallará a aderência às regras de elegibilidade, comprovação de vínculo/parentesco, prazos e períodos para movimentação cadastral definidos na Proposta Contratual.

2.9.2 – A **CONTRATANTE** se obriga a informar à e promover as respectivas inclusões e exclusões cadastrais, no prazo de até 30 (trinta) dias da ocorrência de qualquer alteração na qualificação/condição dos **BENEFICIÁRIOS**, tais como nascimento ou casamento, demissão ou admissão de novo empregado.

2.9.2.1 – No caso de inclusão de novos **BENEFICIÁRIOS**, sejam eles titulares ou dependentes, a cobrança referente a essa inclusão será realizada no sistema de forma pro rata, ou seja, será cobrado, na fatura subsequente, um valor proporcional aos dias de cobertura do mês vigente.

2.9.2.2 – Após decorrido o prazo de 30 (trinta) dias mencionado na cláusula 2.9.2, a inclusão de **BENEFICIÁRIOS** ocorrerá com a exigência do cumprimento dos prazos de carência dispostos na cláusula 13ª e suas subcláusulas.

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E HOSPITALAR PESSOA JURÍDICA 118A

2.10 – As inclusões ou exclusões cadastrais obedecerão ao previsto neste contrato e, quanto aos prazos, ao período de movimentação cadastral disposto na Proposta Contratual.

2.11 – Não serão permitidas inclusões de **BENEFICIÁRIOS** que não comprovem o vínculo de elegibilidade com a **CONTRATANTE**. Caso ocorra inclusão de **BENEFICIÁRIO** sem comprovação, a [] se reserva o direito de, a qualquer tempo, excluí-lo, sem prejuízo das perdas e dos danos decorrentes dessa inclusão indevida, bem como das penalidades contratuais cíveis e penais cabíveis.

2.12 – A **CONTRATANTE** se responsabiliza pela solicitação de inclusão e exclusão de **BENEFICIÁRIO**, bem como pelo envio da documentação correspondente, sem a qual a [] não poderá proceder à movimentação cadastral.

2.13 – Para fins de movimentação cadastral, esta poderá, ainda, ser feita pelo envio de documentação pertinente à inclusão ou exclusão do **BENEFICIÁRIO**, por funcionário indicado pela **CONTRATANTE**, que se responsabiliza pela informação, bem como pela entrega do respectivo comprovante em papel, layout, arquivo, e-mail ou qualquer outro meio que demonstre a veracidade da solicitação.

2.13.1 – Na hipótese de movimentação cadastral eletrônica, e para esse fim, a [] disponibilizará à **CONTRATANTE** senha de uso pessoal e intransferível, que permitirá o acesso a sistema próprio, ficando acertado desde já que a **CONTRATANTE**, por meio do detentor da mencionada senha, se responsabiliza por todas as movimentações realizadas, bem como pelo uso adequado do sistema.

2.13.2 – A [] fornecerá identificação específica aos **BENEFICIÁRIOS** incluídos no contrato, que os habilitará ao uso dos benefícios previstos no seu plano. A [] poderá, a seu critério, cobrar pela segunda via dessa documentação.

2.14 – As exclusões cadastrais somente poderão ser requeridas pela **CONTRATANTE**, salvo hipóteses elencadas na cláusula de **CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO** e em casos de demissão, falecimento, separação, divórcio e perda das condições de elegibilidade, que implicarão a perda imediata do direito à cobertura do atendimento. O ônus decorrente de utilização indevida do sistema por **BENEFICIÁRIO** excluído do contrato será de responsabilidade exclusiva da **CONTRATANTE**, ficando a [] autorizada, desde logo, a efetuar a cobrança a ela dos custos incorridos.

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E HOSPITALAR PESSOA JURÍDICA 118A

2.14.1 – Quando da exclusão de **BENEFICIÁRIOS**, sejam eles titulares ou dependentes, também será realizada a cobrança no sistema de maneira pro rata, sendo concedido, na fatura subsequente, um crédito proporcional aos dias de cobertura do mês vigente.

2.15 – No caso de extinção automática do contrato ou no caso de se encontrar o contrato no decurso do prazo da denúncia prévia de extinção, não será permitida nenhuma exclusão ou inclusão, inclusive através do processo de movimentação cadastral eletrônica, que não decorra de nascimento, morte ou admissão até seu efetivo cancelamento.

3**CLÁUSULA TERCEIRA****OBJETO, NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS**

3.1 – O presente contrato tem por objeto a cobertura de custos de despesas médicas e hospitalares na rede credenciada da mediante pagamento por conta e ordem do **BENEFICIÁRIO** ou reembolso, quando este for previsto no plano escolhido pela **CONTRATANTE** no momento da assinatura do contrato, nos limites do Rol.

3.2 – A escolha do plano será feita exclusivamente entre os planos oferecidos na tabela de vendas vigente na região de atuação correspondente ao endereço da **CONTRATANTE**, indicados e descritos na Proposta Contratual que acompanha o presente contrato e é sua parte integrante.

4**CLÁUSULA QUARTA****TIPO DE CONTRATAÇÃO**

4.1 – O tipo de contratação deste plano é coletivo empresarial, ou seja, aquele que oferece cobertura de atenção prestada ao **BENEFICIÁRIO** que integre uma população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária, definida nos termos das cláusulas 2.2 e 2.6.

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E HOSPITALAR PESSOA JURÍDICA 118A**5 ▶ CLÁUSULA QUINTA****SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE**

5.1 – Vide informações constantes na Proposta Contratual, parte integrante deste contrato, variável de acordo com a característica do plano optado pela **CONTRATANTE**.

6 ▶ CLÁUSULA SEXTA**ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE**

6.1 – Vide informações constantes na Proposta Contratual, parte integrante deste contrato, variável de acordo com a característica do plano optado pela **CONTRATANTE**.

7 ▶ CLÁUSULA SÉTIMA**ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE**

7.1 – Vide informações constantes na Proposta Contratual, parte integrante deste contrato, variável de acordo com a característica do plano optado pela **CONTRATANTE**.

8 ▶ CLÁUSULA OITAVA**PADRÃO DE ACOMODAÇÃO**

8.1 – O **BENEFICIÁRIO** terá direito, em caso de internação hospitalar, à cobertura para acomodação coletiva (enfermaria) ou privativa (quarto ou apartamento), de acordo com os planos contratados, conforme descrito na Proposta Contratual.

8.1.1 – Havendo indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos credenciados pelo plano, será garantido ao **BENEFICIÁRIO** o acesso à acomodação, em nível superior, sem ônus adicional.

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E HOSPITALAR PESSOA JURÍDICA 118A

8.2 – O **BENEFICIÁRIO** que optar por internação hospitalar em acomodação superior à do seu plano, à exceção da hipótese prevista na cláusula 8.1.1, se tornará direta e unicamente responsável pelas despesas complementares dos serviços médicos e hospitalares (diferença de acomodação e honorários médicos).

8.2.1 – Os valores da diferença serão acertados diretamente pelo **BENEFICIÁRIO** com o serviço/hospital e a equipe médica assistente.

9**CLÁUSULA NONA****ATRIBUTOS DO CONTRATO**

9.1 – A operadora de planos privados de assistência à saúde, de acordo com o § 1º, do artigo 1º, da Lei nº 9.656/98, compromete-se, nos termos do plano escolhido, a cobrir os custos das despesas correspondentes aos serviços médico-hospitalares previstos no Rol vigente à época do evento para tratamento de todas as doenças da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde. Os serviços serão prestados por terceiros aos **BENEFICIÁRIOS** do contrato, obedecendo à rede credenciada do plano escolhido, aos limites de reembolso, caso esse se aplique ao plano escolhido, à abrangência contratual, aos parâmetros estabelecidos pela legislação vigente e às demais condições, exclusões e limites definidos neste contrato.

9.2 – O presente contrato, regido pela Lei nº 9.656/98 e sua regulamentação setorial vigente, bem como subsidiariamente pelo Código de Defesa do Consumidor e pelo Código Civil de 2002, reveste-se de característica bilateral, gerando direitos e obrigações às partes. Este contrato é aleatório, de adesão, na forma do disposto no artigo 54, do Código de Defesa do Consumidor, e nos artigos 458 a 461, do Código Civil de 2002. Assume o **BENEFICIÁRIO** o risco de não vir a existir a cobertura da referida assistência, seja pela inoccorrência do evento do qual será gerada a obrigação da em garanti-la ou em razão de o evento não constar do Rol vigente.

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E HOSPITALAR PESSOA JURÍDICA 118A

10

CLÁUSULA DÉCIMA**COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS**

10.1 – A cobertura se dará nos limites e nas características do plano escolhido, de acordo com as características constantes na Proposta Contratual e limitada às hipóteses e disposições previstas no Rol vigente à época do evento, sendo certo, ainda, que essa cobertura, desde que realizada nos limites do contrato, será assegurada independentemente do local de origem do evento.

10.1.1 – Serão garantidas as coberturas assistenciais dos eventos e procedimentos que necessitem de anestesia, com ou sem a participação de profissional médico anestesiológico, caso haja indicação clínica.

A – Procedimentos ambulatoriais

10.2 – Está compreendida, neste contrato, a cobertura para o atendimento de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, bem como planejamento familiar, assim definido na Lei nº 11.935/2009 e legislação vigente.

10.2.1 – Está excetuada a cobertura da inseminação artificial, conforme disposto na cláusula 11.1.9 deste contrato.

10.3 – Está compreendida, no contrato, a cobertura limitada exclusivamente às coberturas do Rol vigente, dentre elas os seguintes procedimentos considerados especiais:

- I – cobertura de consultas médicas em número ilimitado em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas), inclusive obstétrica para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM);
- II – cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitados pelo médico ou cirurgião-dentista assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação;
- III – cobertura de medicamentos registrados/regularizados na Anvisa, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no Rol, respeitada a causa de exclusão contratual nos termos da cláusula 11.1.13;

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E HOSPITALAR PESSOA JURÍDICA 118A

- IV – cobertura de consultas ou sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo de acordo com o estabelecido no Rol;
- V – cobertura de psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol, que poderá ser realizada tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado;
- VI – cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol, que podem ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, em número ilimitado de sessões por ano;
- VII – cobertura das ações de planejamento familiar, listadas no Rol, para segmentação ambulatorial;
- VIII – cobertura de atendimento caracterizado como de urgência e emergência, conforme resolução específica vigente sobre o tema;
- IX – cobertura de remoção, depois de realizados os atendimentos classificados como de urgência ou emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao paciente ou pela necessidade de internação;
- X – cobertura de hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;
- XI – cobertura de quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes (medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento) que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de saúde;

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E HOSPITALAR PESSOA JURÍDICA 118A

- XII – cobertura de 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, de acordo com o disposto na cláusula 11.1.14 e respeitando preferencialmente as seguintes características:
- a) medicamento genérico – medicamento similar a um produto de referência ou inovador que se pretende ser com este, intercambiável, geralmente produzido após expiração ou renúncia da proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovada sua eficácia, segurança e qualidade e designado pela Denominação Comum Brasileira (DCB) ou, na sua ausência, pela Denominação Comum Internacional (DCI), conforme definido pela Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999;
 - b) medicamento fracionado – aquele fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição do órgão competente – Anvisa.
- XIII – cobertura dos procedimentos de radioterapia listados no Rol para a segmentação ambulatorial;
- XIV – cobertura dos procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais que prescindam de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no segmento ambulatorial do Rol;
- XV – cobertura de hemoterapia ambulatorial;
- XVI – cobertura das cirurgias oftalmológicas ambulatoriais listadas no Rol.

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E HOSPITALAR PESSOA JURÍDICA 118A**B – Serviços complementares de diagnóstico e tratamento**

10.4 – Os **BENEFICIÁRIOS** deste contrato terão direito, nos limites dos planos escolhidos e observando-se, entre outros, a segmentação, a área de abrangência estabelecida no contrato e as hipóteses previstas no Rol vigente à época do evento, à cobertura para os custos dos serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista devidamente habilitado, desde que não se caracterize como internação, observando-se:

10.4.1 – Cobertura para os custos de consultas e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, psicólogo e terapeuta ocupacional, de acordo com o número estabelecido no Rol vigente à época do evento.

10.4.2 – Cobertura de psicoterapia, de acordo com o número de sessões estabelecidas no Rol vigente, que poderá ser realizada tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado.

10.4.3 – Cobertura de procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol vigente à época do evento, em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta.

10.4.4 – Os **BENEFICIÁRIOS** deste contrato terão direito, ainda, à cobertura para os custos dos procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais que não necessitem de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares.

C – Internações hospitalares

10.5 – A garante ao **BENEFICIÁRIO**, desde que solicitado pelo médico assistente, observadas as demais condições deste contrato, aqui incluída a previsão no Rol, a cobertura para os seguintes serviços hospitalares:

10.5.1 – Internações hospitalares, conforme o padrão de acomodação contratado, sem limites de prazos, valores e quantidades, desde que devidamente justificadas através de relatório médico e consoante com a boa prática médica, em hospitais e clínicas básicas e especializadas, para procedimentos clínicos ou cirúrgicos reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina, incluindo os procedimentos obstétricos e de alta complexidade, na segmentação que inclui previsão obstétrica, relacionados no Rol.

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E HOSPITALAR PESSOA JURÍDICA 118A

10.5.2 – Internações eletivas ou programadas somente terão cobertura quando autorizadas previamente pela [] nos termos da RN 259/11 ou da norma que eventualmente a substitua.

10.5.3 – Internações hospitalares em centro de terapia intensiva ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente, desde que devidamente justificadas através de relatório médico e consoante com a boa prática médica.

10.5.4 – Procedimentos cirúrgicos bucomaxilofaciais listados no Rol para a segmentação hospitalar, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar.

10.5.5 – Estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que, por imperativo clínico, necessitem de internação hospitalar, com equipe de saúde necessária à complexidade do caso, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar.

10.6 – Está compreendida, no contrato, a cobertura limitada exclusivamente às coberturas do Rol, entre elas os seguintes procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:

- a) hemodiálise e diálise peritoneal (CAPD);
- b) quimioterapia oncológica ambulatorial, como definida no Rol, e os medicamentos para tratamento antineoplásico domiciliar de uso oral;
- c) procedimentos radioterápicos previstos no Rol para as segmentações ambulatorial e hospitalar;
- d) hemoterapia;
- e) nutrição parenteral ou enteral;
- f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol;

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E HOSPITALAR PESSOA JURÍDICA T18A

- g) embolizações listadas no Rol;
- h) radiologia intervencionista;
- i) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- j) procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol;
- k) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato, mediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes listados no Rol, exceto o fornecimento de medicação de manutenção.

10.7 – A cobertura de toda e qualquer taxa relacionada ao procedimento médico ocorrerá de acordo com o plano contratado, incluindo materiais utilizados (nacionalizados e reconhecidos pelo órgão governamental competente – Anvisa).

10.8 – A cobertura das despesas, incluindo alimentação e acomodação, relativas ao acompanhante, salvo contraindicação do médico ou cirurgião-dentista assistente, nos seguintes casos:

- a) crianças e adolescentes menores de 18 anos;
- b) idosos a partir do 60 anos;
- c) pessoas portadoras de deficiência.
- d) pós-parto imediato.

10.8.1 – Entende-se por despesas de acompanhante a mesma acomodação do paciente e alimentação, quando fornecida pelo hospital e incluída na conta hospitalar.

10.8.2 – A cobertura das despesas com acompanhante durante o pós-parto imediato se dará por 48h, podendo estender-se por até 10 dias, quando indicado pelo médico assistente.

10.9 – A cobertura de exames complementares indispensáveis para diagnóstico e controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, constantes do Rol, o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação.

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E HOSPITALAR PESSOA JURÍDICA 118A

10.10 – Cobertura dos custos de honorários médicos através de utilização de rede credenciada, de acordo com os termos e as condições do contrato.

10.11 – Cobertura dos serviços gerais de enfermagem, exceto em caráter particular.

10.12 – Cobertura para leitos especiais, monitores e toda a aparelhagem e materiais indispensáveis ao tratamento.

10.13 – Custeio com alimentação específica ou normal, fornecida pelo hospital, até a alta hospitalar, limitada aos recursos do estabelecimento.

10.14 – Cobertura de cirurgia plástica reconstrutiva de mama em que utiliza todos os meios e técnicas necessárias para o tratamento de mutilação decorrente de utilização técnica de tratamento do câncer, abrangendo, inclusive, a mama colateral.

10.15 – A cirurgia plástica reparadora terá cobertura contratual quando efetuada, exclusivamente, para restauração total ou parcial de funções em órgãos e membros, seja em lesão decorrente de enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita.

10.16 – O **BENEFICIÁRIO** terá o direito à cobertura de próteses, órteses e seus acessórios, nacionalizados e reconhecidos pelo órgão governamental competente (Anvisa), exclusivamente utilizados e necessários à realização o ato cirúrgico objeto da cobertura, observando-se os requisitos previstos na cláusula que trata dos mecanismos de regulação, sobretudo o previsto na cláusula 17.3.4 e seguintes.

10.17 – A cobertura dos custos dos transplantes, previstos no Rol, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, somente será autorizada na rede credenciada específica divulgada pela [] para a realização de transplantes de órgãos. Não haverá nenhuma cobertura para transplante não previsto no Rol ou realizado fora da rede credenciada específica.

10.17.1 – A cobertura de transplantes listados no Rol e dos procedimentos a eles vinculados inclui:

- a) as despesas assistenciais com doadores vivos, pré-operatórias e durante a internação para o transplante;
- b) os medicamentos utilizados durante a internação;

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E HOSPITALAR PESSOA JURÍDICA 113A

- c) o acompanhamento clínico em todo o período pós-operatório, que compreende não só o pós-operatório imediato (primeiras 24 horas da realização da cirurgia) e mediato (entre 24 horas e 48 horas da realização da cirurgia), mas também o pós-operatório tardio (a partir de 48 horas da realização da cirurgia), exceto medicamentos de manutenção;
- d) as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.

10.17.2 – Não estão cobertas as despesas relativas à identificação e seleção de doadores.

10.18 – Os **BENEFICIÁRIOS** candidatos a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme a legislação específica, deverão, obrigatoriamente, estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDOs) e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de seleção.

10.19 – Fica assegurada a cobertura para a remoção do **BENEFICIÁRIO**, realizada por serviços credenciados e por meio de ambulância terrestre, DE HOSPITAL PARA OUTRO HOSPITAL, dentro dos limites de abrangência geográfica prevista para o produto contratado, desde que comprovadamente necessária para fins médicos e após prévia autorização da [REDACTED]. Não haverá cobertura para remoção de residência ou local de trabalho para hospital, nem de hospital para sua residência e/ou local de trabalho.

10.20 – As internações sob o regime de hospital-dia ou de curta permanência dar-se-ão de acordo com a solicitação do médico assistente.

D – Obstetrícia

10.21 – Nos planos com segmentação assistencial Referência ou Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia, a **BENEFICIÁRIA**, na forma do presente, terá direito à cobertura da assistência **OBSTÉTRICA**, nos limites do plano escolhido, observando-se, entre outros, a segmentação, a área de abrangência estabelecida no contrato e as hipóteses previstas no rol, compreendendo essa cobertura o pré-natal, as intercorrências da gravidez, o parto e o puerpério, desde que solicitada pelo médico assistente e mediante guia de encaminhamento previamente emitida pela [AMIL] e respeitando as carências estabelecidas.

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E HOSPITALAR PESSOA JURÍDICA 118A

10.21.1 – É assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do **BENEFICIÁRIO titular**, ou que detenha guarda provisória ou definitiva, a inclusão como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que estes já tenham sido cumpridos pelo **BENEFICIÁRIO titular** e a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento, da adoção ou do termo de guarda provisória ou definitiva.

10.21.2 – É assegurada ao recém-nascido, filho natural do titular ou de qualquer outro **BENEFICIÁRIO** do contrato, a cobertura assistencial durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, na vigência e de acordo com os termos do contrato, cumprida a carência de 180 (cento e oitenta) dias. Não caberá qualquer alegação de doença ou lesão preexistente, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou da adoção.

10.21.2.1 – O recém-nascido sob guarda provisória ou definitiva ou tutela pode ser inscrito no plano de segmentação hospitalar com obstetrícia pelo responsável legal em até 30 (trinta) dias da concessão da tutela ou guarda provisória ou definitiva.

10.21.3 – A continuidade da cobertura de atendimento após o 30º (trigésimo) dia do nascimento somente será devida quando:

- a) o recém-nascido filho do titular for incluído no plano deste;
- b) o recém-nascido sob guarda provisória ou definitiva ou tutela do titular for incluído no plano deste;
- c) o recém-nascido filho da dependente do titular for incluído em um plano pessoa física, respeitando-se as condições comerciais vigentes à época dessa contratação;
- d) nas situações anteriores, as inclusões só serão aceitas se realizadas no período de até 30 (trinta) dias contados do nascimento.

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E HOSPITALAR PESSOA JURÍDICA 118A**E – Do tratamento dos transtornos psiquiátricos**

10.22 – Estão cobertos pelo presente contrato, nos limites do plano escolhido, observando-se, entre outros, a segmentação, a área de abrangência estabelecida no contrato e as hipóteses contempladas no Rol, os tratamentos básicos (em regime ambulatorial) e de internação (em regime hospitalar) de todos os transtornos psiquiátricos codificados pelo CID-10, incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões autoinfligidas.

Em regime ambulatorial estão cobertos:

10.23 – Atendimento às emergências, assim consideradas as situações que impliquem risco de morte ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e autoagressão) e/ou risco de danos morais e patrimoniais importantes.

10.23.1 – Atendimento à psicoterapia, entendido como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência, limitado a 12 (doze) sessões por ano contratual, não cumuláveis.

10.23.2 – Considera-se para a situação anteriormente descrita a pessoa que estiver sob risco de dano pessoal imediato provocado por transtorno mental, conforme atestado pelo médico assistente, em consonância com as diretrizes de utilização de acordo com o Rol vigente à época do fato.

10.23.3 – Tratamento básico, prestado por médico, em número ilimitado de consultas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo médico assistente.

Em regime hospitalar, estão cobertas:

10.24 – As internações em hospital-dia para transtornos mentais que se realizarem nos limites estabelecidos pelo contrato, pelo Rol, sempre em hospitais especializados ou unidades psiquiátricas de hospitais gerais.

10.24.1 – O custeio dos 30 (trinta) primeiros dias de internação por ano em hospital psiquiátrico, unidade ou enfermaria em hospital geral para internação psiquiátrica será realizado nos mesmos moldes das demais internações.

10.25 – Após os 30 (trinta) dias de internação psiquiátrica, contínuos ou não, a cada 12 meses de contrato, caberá ao **CONTRATANTE** arcar com coparticipação de 50% (cinquenta por cento) das despesas médico-hospitalares, conforme estabelecido na legislação e regulamentação vigentes.

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E HOSPITALAR PESSOA JURÍDICA 118A

10.26 – A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais deverá priorizar o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e sempre que houver indicação do médico assistente.

10.27 – Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões autoinfligidas, estão cobertos, nos limites do Rol e sem prejuízo das hipóteses de exclusão de cobertura.

11

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA**EXCLUSÕES DE COBERTURA**

11.1 – Este contrato não prevê a cobertura de custos ou reembolso para os eventos excluídos ou sem cobertura obrigatória pela Lei nº 9.656/98 e sua regulamentação, entre os quais os seguintes:

11.1.1 – Eventos ocorridos em casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declaradas pela autoridade competente.

11.1.2 – Internações hospitalares, tratamentos ambulatoriais, exames diagnósticos, terapias e consultas médicas realizadas por profissionais de especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

11.1.3 – Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes.

11.1.4 – Tratamento clínico ou cirúrgico experimental.

11.1.4.1 – São experimentais aqueles assim considerados pelo Conselho Federal de Medicina: os que empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registradas/não regularizadas no país e aqueles cujas indicações não constem da bula/manual registrado na Anvisa.

11.1.5 – Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, ou seja, aqueles que não visam à restauração parcial ou total da função de órgão ou parte do corpo humano lesionada por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita.

11.1.6 – Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico, bem como medicamentos, próteses e órteses não nacionalizados ou não reconhecidos pela Anvisa.

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E HOSPITALAR PESSOA JURÍDICA 118A

11.1.7 – Enfermagem particular e assistência médica ou odontológica domiciliar.

11.1.8 – Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, tratamentos clínicos e cirúrgicos para emagrecimento com finalidade estética, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, SPA, estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em regime hospitalar.

11.1.9 – Inseminação artificial, assim definida como técnica de reprodução assistida, que inclui a manipulação de oócitos e espermatozoides para alcançar a fertilização, por meio de injeções de espermatozoides intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas.

11.1.10 – Despesas com acompanhante, exceto no caso de internação de **BENEFICIÁRIOS** menores de 18 (dezoito) anos, com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, gestantes (no trabalho de parto, parto e pós-parto imediato) ou, por fim, portadores de necessidades especiais (desde que haja indicação do médico assistente).

11.1.11 – Despesas extraordinárias não previstas no contrato ou não sujeitas a cobertura, como telefonemas, frigobar, televisão, descartáveis de uso pessoal, preparo do corpo pós-morte e outras definidas pelo estabelecimento hospitalar. Nessas hipóteses, deverá ocorrer pagamento pelo **BENEFICIÁRIO** diretamente ao hospital, não sendo passível de reembolso pela

11.1.12 – Transplantes, exceto os listados no Rol vigente à data do evento.

11.1.13 – Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, isto é, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na Anvisa.

11.1.14 – Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar ou ambulatorial (consultório), medicamentos estes entendidos como os que não requerem administração assistida, ou seja, não necessitam de intervenção ou supervisão direta de profissional de saúde habilitado ou cujo uso não é exclusivamente hospitalar, podendo ser adquiridos por pessoas físicas em farmácias de acesso ao público e administrados em ambiente externo ao de unidade de saúde (hospitais, clínicas, ambulatórios e urgência e emergência).

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E HOSPITALAR PESSOA JURÍDICA 118A

11.1.15 – Fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar, cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS do Ministério da Saúde (Conitec).

11.1.16 – Fornecimento de quimioterápicos orais, não nacionalizados e não reconhecidos pelo órgão governamental competente (Anvisa) e os ministrados em regime domiciliar, exclusão esta prevista no artigo 10, VI, da Lei nº 9.656/98.

11.1.17 – Consultas, aluguel de equipamentos, aluguel de aparelhos e tudo que for relacionado à assistência médica domiciliar.

11.1.18 – Cobertura de cirurgia refrativa (PRK ou LASIK) para pacientes, exceto se preenchidas as condições previstas no Rol vigente à época do evento.

11.1.19 – Procedimentos odontológicos, salvo os previstos no Rol vigente à época do evento.

11.1.20 – Remoção por via aérea, exceto quando por meio de daltivo específico.

11.1.21 – Todos e quaisquer procedimentos não constantes ou não realizados nos termos do previsto no Rol vigente à época do evento.

12**CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA****DA DURAÇÃO DO CONTRATO**

12.1 – O período de vigência do contrato será de 12 (doze) meses. A data do início da vigência dar-se-á de acordo com o estabelecido na Proposta Contratual.

12.1.1 – O presente contrato, após sua vigência mínima inicial de 12 meses e caso nenhuma das partes se manifeste previamente pela não renovação no prazo estabelecido em 23.2.1, será renovado automaticamente por mais um ano e assim sucessivamente, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação, bem como a incidência de qualquer período adicional de carências.

12.1.2 – As partes **CONTRATANTES** podem negociar o início da vigência do contrato, desde que, até esse momento, não seja feito pela **CONTRATANTE** nenhum pagamento à operadora.

PERÍODO DE CARÊNCIA

13.1 – Para os contratos firmados com número de participantes igual ou superior a 30 (trinta) **BENEFICIÁRIOS** e enquanto for mantida essa quantidade mínima, não poderá ser exigido o cumprimento de prazos de carência, desde que o **BENEFICIÁRIO** formalize o pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica **CONTRATANTE**. Depois de decorrido o prazo de 30 (trinta) dias supramencionado, a inclusão de **BENEFICIÁRIOS** ocorrerá com a exigência de cumprimento dos prazos de carência.

13.2 – No caso de inclusão após os 30 dias, o **BENEFICIÁRIO** ou seu representante legal deverá preencher a declaração de saúde, informando à a condição sabida de doença ou lesão preexistente, previamente à época do início da vigência do contrato ou adesão contratual, sob pena de caracterização de fraude, sujeito a suspensão ou rescisão do contrato, conforme disposto no inciso II, do parágrafo único, do artigo 13, da Lei nº 9.656/98, sem prejuízo das penalidades contratuais, cíveis e penais cabíveis.

13.3 – A observância das carências será feita sempre em conformidade com os limites, as condições e o início da vigência estabelecida no plano contratado, sendo contadas a partir do ingresso do **BENEFICIÁRIO** no contrato de plano de saúde, sendo os seguintes os prazos:

- a) 24 (vinte e quatro) horas para cobertura, após o início de vigência do contrato, sendo que:
 - a.1) no Plano de Segmentação Referência – a cobertura será integral após esse período, nos termos da legislação vigente;
 - a.2) no Plano de Segmentação Hospitalar sem Obstetrícia – a cobertura será integral após esse período para as urgências decorrentes de acidente pessoal. Nas demais hipóteses de urgência e emergência, a cobertura será apenas para as 12 (doze) primeiras horas em regime de ambulatório, nos termos da legislação vigente;
 - a.3) no Plano de Segmentação Hospitalar com Obstetrícia – a cobertura será integral após esse período para as urgências e emergências decorrentes de acidente pessoal e para as complicações do processo gestacional. Nas demais hipóteses de urgência e emergência, a cobertura será apenas para as primeiras 12 (doze) horas em regime de ambulatório, nos termos da legislação vigente;

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E HOSPITALAR PESSOA JURÍDICA 118A

- a.4) no Plano de Segmentação Ambulatorial – a cobertura para urgência e emergência será apenas para as primeiras 12 (doze) horas em regime de ambulatório, nos termos da legislação vigente.
- b) 30 (trinta) dias para custeio de consultas em consultórios, clínicas e centros médicos, exames básicos de apoio diagnóstico e procedimentos terapêuticos ambulatoriais básicos;
- c) 180 (cento e oitenta) dias para cobertura dos custos de procedimentos de alta complexidade, exames especiais de apoio diagnóstico, procedimentos terapêuticos ambulatoriais e especiais, exames e procedimentos de alta complexidade, honorários médicos de internações e custos hospitalares de internações;
- d) 180 (cento e oitenta) dias para o custeio de internação hospitalar para tratamento de transtornos psiquiátricos;
- e) 300 (trezentos) dias para a cobertura dos custos de parto a termo.

14

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA**DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES**

14.1 – Para fins do presente contrato, são consideradas doenças e lesões preexistentes aquelas das quais o(s) **BENEFICIÁRIO(s)** ou seu representante legal saiba(am) ser portador(es) ou sofredor(es) no momento da contratação ou adesão ao plano de saúde.

14.2 – Para os contratos firmados com número de participantes igual ou superior a 30 (trinta) **BENEFICIÁRIOS** e enquanto for mantida essa quantidade mínima, não poderá ser exigido o cumprimento de cláusula de agravo ou Cobertura Parcial Temporária nos casos de doenças ou lesões preexistentes, desde que o **BENEFICIÁRIO** formalize o pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica **CONTRATANTE**. Depois de decorrido o prazo de 30 (trinta) dias supramencionado, a inclusão de **BENEFICIÁRIOS** ocorrerá com a exigência de cumprimento de Cobertura Parcial Temporária.

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E HOSPITALAR PESSOA JURÍDICA 118A

14.3 – No caso de inclusão após o 30º dia da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica **CONTRATANTE**, o **BENEFICIÁRIO** ou seu representante legal deverá preencher a Declaração de Saúde, informando à a condição sabida de doença ou lesão preexistente, previamente à época do início da vigência do contrato ou adesão contratual, sob pena de caracterização de fraude, sujeita a suspensão ou rescisão do contrato, conforme disposto no inciso II, do parágrafo único do artigo 13, da Lei nº 9.656/98.

14.4 – O **BENEFICIÁRIO** será orientado a preencher a Declaração de Saúde através da Carta de Orientação ao **BENEFICIÁRIO**, que é parte integrante obrigatória deste contrato e padronizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

14.5 – O **BENEFICIÁRIO** poderá escolher um médico, para auxiliá-lo no preenchimento da Declaração de Saúde, pertencente à lista de profissionais médicos da rede de prestadores credenciados ou referenciados pela , sem nenhum ônus para ele.

14.6 – Caso o **BENEFICIÁRIO** opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da , poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus dessa entrevista.

14.7 – A entrevista qualificada não é obrigatória, sendo uma opção dos **BENEFICIÁRIOS**, e se constitui no preenchimento da Declaração de Saúde, elaborada pela e terá como objetivo principal relacionar, se for o caso, todas as doenças de conhecimento prévio do **BENEFICIÁRIO TITULAR** em relação a ele próprio e a todos os dependentes integrantes de seu contrato.

14.8 – O médico escolhido atuará como orientador, esclarecendo, no momento do preenchimento do formulário, todas as questões relativas às principais doenças ou lesões passíveis de serem classificadas como preexistentes, às alternativas de cobertura e demais consequências em relação a sua omissão.

14.9 – Sendo constatada por perícia, na entrevista qualificada ou por meio de declaração do **BENEFICIÁRIO**, a existência de doenças ou lesões preexistentes, e, nessas condições, assinado o contrato, a aplicará a Cobertura Parcial Temporária (CPT).

14.10 – Caso ocorra urgência ou emergência durante o período de CPT, haverá cobertura após 24 (vinte e quatro) horas do início da vigência do contrato somente para as primeiras 12 (doze) horas em regime de ambulatório, independentemente da segmentação do plano, estando, portanto, excluídos, entre outras, a internação e todos os procedimentos do item conceito, do presente instrumento jurídico.

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E HOSPITALAR PESSOA JURÍDICA 118A

14.11 – A opção da **CONTRATANTE** ou do **BENEFICIÁRIO** pela Cobertura Parcial Temporária (CPT) não exclui a obrigatoriedade do cumprimento dos prazos de carência previstos neste contrato e vice-versa.

14.12 – Fica definida a proibição de alegação de omissão de informação de doença ou lesão preexistente quando for realizado, com vistas à admissão do **BENEFICIÁRIO** no plano de saúde, qualquer tipo de exame ou perícia no **BENEFICIÁRIO** pela

14.13 – Sendo constatado indício de fraude por parte do **BENEFICIÁRIO**, referente à omissão de conhecimento de doenças e/ou lesões preexistentes por ocasião da contratação ou adesão ao plano de saúde, a comunicará imediatamente a constatação da omissão de informação por meio de Termo de Comunicação, conforme legislação vigente.

14.13.1 – Nesse momento a poderá:

- a) oferecer a Cobertura Parcial Temporária, a partir da data de recebimento do Termo de Comunicação, até completar o período máximo de 24 (vinte e quatro) meses do início da vigência contratual ou adesão do plano; e/ou
- b) solicitar abertura de processo administrativo perante a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), visando à rescisão contratual, e/ou responsabilizar o **BENEFICIÁRIO** pela utilização indevida.

14.13.2 – Acolhida a alegação da pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) ou pelo Judiciário, o **BENEFICIÁRIO** passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas pela com a assistência médico-hospitalar prestada em razão de omissão/fraude (todas as despesas com procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos) e que tenham relação com a doença ou lesão preexistente, a partir da comunicação citada na cláusula 14.13.

14.13.3 – Até a publicação, pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), do encerramento do processo administrativo, não haverá, sob qualquer alegação, a negativa de cobertura assistencial, assim como a suspensão ou rescisão unilateral do contrato.

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E HOSPITALAR PESSOA JURÍDICA 113A

15

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

15.1 – Nos limites do plano escolhido, observando-se, entre outros, a segmentação, a área de abrangência geográfica estabelecida no contrato e as hipóteses previstas no Rol, estão cobertos pelo presente contrato os atendimentos nas unidades credenciadas para esse fim, em regime ambulatorial e de internação, os casos de urgência e emergência (definidos abaixo), nos termos e limites das cláusulas seguintes:

15.1.1 – Urgência – assim entendidos os casos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional;

15.1.2 – Emergência – como tal definidos os casos que implicarem risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizados em declaração do médico assistente.

15.2 – Nos contratos em que os prazos de carência ainda não tenham sido cumpridos, deverão ser observadas as seguintes regras de cobertura para urgência e emergência, nos termos da regulamentação vigente:

a) os acidentes pessoais (urgência) terão cobertura após 24 (vinte e quatro) horas do início da vigência do contrato, nos contratos de segmentação hospitalar;

b) as complicações do processo gestacional (urgência) terão cobertura de 12 (doze) horas para atendimento em regime ambulatorial;

c) as emergências terão cobertura limitada às primeiras 12 (doze) horas para atendimento em regime ambulatorial;

d) no Plano Segmentação Referência é garantida a cobertura, ambulatorial e hospitalar, para urgência e/ou emergência após 24 (vinte e quatro) horas de vigência do contrato, somente para os casos em que não forem consideradas doenças e lesões preexistentes.

15.3 – Nos contratos que envolvam Cobertura Parcial Temporária para doenças e lesões preexistentes, a cobertura do atendimento de urgência e emergência para essa doença ou lesão será igual àquela estabelecida para os planos ambulatoriais, ou seja, estará limitada às primeiras 12 (doze) horas ou até que ocorra a necessidade de internação e que resulte na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade.

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E HOSPITALAR PESSOA JURÍDICA 118A

15.3.1 – Caso seja necessário, para a continuidade do atendimento de urgência ou emergência, a realização de procedimento exclusivo da cobertura hospitalar cessará, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e mesmo que em tempo menor do que 12 (doze) horas, passando a responsabilidade financeira da internação a ser do **BENEFICIÁRIO** ou seu responsável legal, não cabendo nenhum ônus à

15.4 – Após o período de 12 (doze) horas estabelecido nos itens acima, o **BENEFICIÁRIO** deverá ser removido, por via terrestre, às expensas da para uma unidade do Sistema Único de Saúde (SUS), dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, desde que comprovadamente necessária a remoção e após prévia autorização da respeitada a previsão disposta na cláusula 15.10.

Remoção

15.5 – Haverá garantia de cobertura para remoção terrestre, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pelo serviço prestador para a continuidade de atenção ao paciente.

15.6 – Nos termos das cláusulas 15.3 e 15.4 e suas subcláusulas, haverá garantia de cobertura para remoção terrestre para unidade do SUS, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, limitada até as 12 (doze) primeiras horas do atendimento, quando caracterizada, pelo médico assistente, nos seguintes casos:

- a) o **BENEFICIÁRIO** estar cumprindo período de carência para internação;
- b) em que houver Cobertura Parcial Temporária que resulte na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças e lesões preexistentes.

15.7 – Se não for possível a remoção, em face de risco iminente de morte do paciente, e não havendo cobertura contratual para o evento, o custeio será de exclusiva responsabilidade do **BENEFICIÁRIO**, do **CONTRATANTE** ou de terceiro(s) responsável(is) perante o serviço prestador, pelo que deverão ajustar a obrigação financeira dos procedimentos, estando a isenta desses ônus e coberturas.

15.8 – Fica ainda certo que não haverá cobertura de custos para a remoção de paciente de sua residência ou local de trabalho para um hospital, nem de um hospital para sua residência e/ou local de trabalho.

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E HOSPITALAR PESSOA JURÍDICA 118A

15.9 – Na remoção, a [] deverá disponibilizar cobertura em ambulância com os recursos técnicos necessários à segurança da manutenção da vida.

15.10 – Quando o **BENEFICIÁRIO** ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de Termo de Responsabilidade, pela continuidade do tratamento em uma unidade diferente daquela estipulada, a [] estará desobrigada da responsabilidade médica (ônus decorrentes da internação) e do ônus financeiro da remoção.

Ressarcimento

15.11 – O ressarcimento dos custos pelo atendimento realizado por serviço médico-hospitalar não credenciado será efetuado, nos limites das obrigações contratuais e na abrangência geográfica contratada, para as despesas realizadas pelo **BENEFICIÁRIO** com assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência comprovada através dos documentos relacionados nos itens abaixo e na impossibilidade justificada de não utilização dos serviços contratados, credenciados ou referenciados pela [] em conformidade com o artigo 12, VI, da Lei nº 9.656/1998,

15.12 – O ressarcimento de que trata o item anterior será efetuado de acordo com a Tabela [] de Reembolso, pagável no prazo máximo de 30 (trinta) dias úteis, contados da data do recebimento dos documentos originais, conforme documentos especificados na cláusula 16.5, bem como nos termos da cláusula 16.7 deste contrato.

15.13 – Os documentos (recibos, laudos e relatórios médicos) deverão ser entregues à [] (diretamente ou em um endereço local indicado pela [] no prazo máximo de até 12 (doze) meses corridos, contados a partir da data em que ocorrer o evento médico ou após a alta hospitalar. O decurso do prazo de 12 (doze) meses acarretará a perda do direito de ressarcimento.

15.14 – Se a documentação não contiver todos os dados comprobatórios que permitam o cálculo correto do ressarcimento, a [] poderá solicitar à **CONTRATANTE** documentação ou informações complementares sobre o procedimento a ser ressarcido, o que acarretará novo prazo de 30 (trinta) dias úteis da data da juntada do novo documento.

15.15 – O ressarcimento será pago à **CONTRATANTE** ou ao **BENEFICIÁRIO** solicitante em até 30 (trinta) dias, a contar da entrega dos documentos pertinentes, sendo indispensável a indicação do número do CPF, em obediência às normas estabelecidas pela Secretaria da Receita Federal do Ministério da Fazenda.

15.16 – Só serão ressarcidas as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao **BENEFICIÁRIO**.

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E HOSPITALAR PESSOA JURÍDICA 118A

16

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA

ACESSO À LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES

16.1 – Nos planos que possuem opção de reembolso, o cálculo do montante devido na utilização de livre escolha é feito em função dos multiplicadores definidos no plano escolhido, conforme discriminado na cláusula 16.2.

16.2 – Os múltiplos de reembolso previstos para os planos descritos na Proposta Contratual são os seguintes:

GRUPO DE PROCEDIMENTOS	400	500	600	700
Consultas	1	1,5	2	2,5
Atendimento de urgência em PS	1	1,5	2	2,5
Exames e procedimentos básicos	1	1	1	2
Exames e procedimentos especiais	1	1	1	2
Honorários médicos cirúrgicos de internação	1	1,5	2	2,5
Honorários médicos clínicos (visita hospitalar em paciente internado)	1	1,5	2	2,5
Despesas hospitalares (internação)	Sem previsão para reembolso			

16.2.1 – Nos planos que possuem opção de reembolso, o **BENEFICIÁRIO** poderá, em consonância com o plano escolhido, utilizar os serviços médicos auxiliares de diagnóstico e tratamento de sua livre escolha e também os integrantes da rede credenciada do plano escolhido pelo **BENEFICIÁRIO**.

16.3 – Fica certo que, para os serviços integrantes da rede credenciada do plano escolhido, a [] pagará os serviços diretamente ao prestador por conta e ordem do **BENEFICIÁRIO**, nos limites e nas condições do plano escolhido, não sendo cabível, nessa hipótese, qualquer pedido de reembolso.

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E HOSPITALAR PESSOA JURÍDICA 118A

16.4 – O reembolso dos custos pelo atendimento realizado por serviço médico-hospitalar não credenciado será efetuado nos limites das obrigações contratuais e na abrangência geográfica [] e seu cálculo é feito em função de multiplicadores definidos no plano escolhido, que serão aplicados sobre os valores previstos na Tabela [] de Reembolso vigente no momento da contratação e suas atualizações.

16.4.1 – Essa tabela e a rede credenciada específica de cada plano da [] estão à disposição no site www.amil.com.br e na sede da [] para consulta dos **BENEFICIÁRIOS**. Neles constam a lista de todos os prestadores de serviços aos quais o **BENEFICIÁRIO** poderá ter acesso sem precisar solicitar reembolso de despesas, bem como os quantitativos de coeficientes de honorários (CH) reembolsáveis. Eventuais dúvidas acerca dessa tabela poderão ser sanadas através do teleatendimento da []

16.4.2 – O valor de reembolso é obtido através da seguinte fórmula: fator multiplicador de reembolso X quantitativo em URAs (Unidade de Reembolso [] expressa na Tabela [] de Reembolso) X valorização da URA (Unidade de Reembolso []).

16.4.2.1 – Unidade de Reembolso [] (URA) – é o coeficiente expresso em moeda corrente nacional, definido no momento da contratação do plano de saúde e seus valores vigentes estão dispostos no site www.amil.com.br, na "área logada do cliente", ora **BENEFICIÁRIO**.

16.4.2.2 – O valor da URA de reembolso poderá, eventualmente, ser reajustado em periodicidade não inferior a 12 meses, respeitando sempre o previsto na Consu nº 8, alterada pela Consu nº 15, que determina que o valor do reembolso não será inferior ao praticado na rede credenciada.

16.4.2.3 – O reajuste do valor da URA deverá considerar exclusivamente a variação dos custos médicos e hospitalares dos procedimentos cobertos, não estando necessariamente vinculado ao índice de reajuste financeiro ou técnico do presente contrato.

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E HOSPITALAR PESSOA JURÍDICA 118A

16.5 – Os documentos (recibos, laudos e relatórios médicos) deverão ser entregues à [] (diretamente ou em um endereço local indicado pela []) no prazo máximo de até 12 (doze) meses corridos, contados a partir da data em que ocorrer o evento médico ou após a alta hospitalar, conforme descrição abaixo:

- a) consulta – recibos ou nota fiscal válidos como recibo (quitação da nota fiscal), com a especificação de consulta, nome do paciente, valor cobrado, valor de desconto, quando houver, assinatura e carimbo do médico, CPF e/ou CNPJ, CRM, endereço legível do médico assistente e data da realização do evento; não será aceito o desmembramento de recibos para o mesmo evento;
- b) atendimento de pronto-socorro hospitalar – nota fiscal válida como recibo (quitação da nota fiscal), com a especificação e discriminação do atendimento realizado, nome do paciente, valor cobrado, valor de desconto, quando houver, assinatura do responsável pelo serviço, CPF e/ou CNPJ, CRM, ISS, endereço legível e data da realização do evento;
- c) exames complementares e serviços de diagnóstico e tratamento – recibos ou nota fiscal válida como recibo (quitação da nota fiscal), com a especificação e discriminação de cada exame realizado, nome do paciente, valor cobrado, valor de desconto, quando houver, assinatura do responsável pelo serviço, CPF e/ou CNPJ, CRM, ISS, endereço legível e data de realização do evento;
- d) honorários médicos durante a internação – recibos ou nota fiscal válida como recibo (quitação da nota fiscal) contendo todos os dados do médico assistente e de cada um dos componentes de sua equipe, separadamente, declarando o tipo de atendimento prestado, vinculados ao laudo médico, nome do paciente, valor cobrado, valor de desconto, quando houver, assinatura, CPF e/ou CNPJ, CRM, endereço legível e data da realização do evento.

16.5.1 – O decurso do prazo de 12 (doze) meses acarretará a perda do direito de reembolso.

16.5.2 – O reembolso será pago ao **BENEFICIÁRIO** solicitante em até 30 (trinta) dias úteis da entrega dos documentos pertinentes, sendo indispensável a indicação do número do CPF, em obediência às normas estabelecidas pela Secretaria da Receita Federal, do Ministério da Fazenda.

16.5.3 – Só serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao **BENEFICIÁRIO**.

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E HOSPITALAR PESSOA JURÍDICA 118A

16.6 – A se reserva o direito de analisar todo e qualquer valor apresentado para fins de reembolso, comparando-os com os valores levantados para práticas idênticas ou similares.

16.7 – Se a documentação não contiver todos os dados comprobatórios que permitam o cálculo correto do reembolso, no caso de dúvida, a poderá solicitar do **BENEFICIÁRIO** documentação ou informações complementares sobre o procedimento a ser ressarcido, o que acarretará novo prazo de 30 (trinta) dias úteis da data da juntada do novo documento.

16.7.1 – Após a entrega de toda a documentação, os valores aprovados para reembolso serão pagos ao **BENEFICIÁRIO titular**, no novo prazo máximo de até 30 (trinta) dias úteis, sendo indispensável a apresentação de identidade e CPF em obediência às normas estabelecidas pela Secretaria da Receita Federal, do Ministério da Fazenda.

17

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA**MECANISMOS DE REGULAÇÃO**

17.1 – A fornecerá para cada **BENEFICIÁRIO** um cartão de identificação que o habilitará ao uso do sistema, desde que acompanhado do documento de identificação expedido pelos órgãos oficiais.

17.1.1 – A poderá cobrar pelo fornecimento da segunda via da documentação acima.

17.2 – Mecanismos de regulação – consultas, exames e internação.

17.2.1 - Quando da utilização dos serviços cobertos pelo presente contrato, o **BENEFICIÁRIO** deverá apresentar ao estabelecimento ou profissional credenciado pela **CONTRATADA**, cartão de identificação fornecido pela **CONTRATADA** (em meio físico ou digital), documento de identidade com foto (nos termos da legislação que regulamenta o Cadastro Nacional de Registro de Identificação Civil), além da guia de procedimento (exame e/ou internação) devidamente autorizada pela **CONTRATADA**. Quando houver disponibilidade no local de atendimento, para efeito de identificação positiva do beneficiário será realizada a validação biométrica (facial, digital, etc).

17.2.2 – A data e a hora da consulta serão determinadas por iniciativa do **BENEFICIÁRIO** e de acordo com a agenda do médico, escolhido pelo **BENEFICIÁRIO**, nos limites do produto contratado.

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E HOSPITALAR PESSOA JURÍDICA 118A

17.2.3 – Para aplicação e cobertura deste contrato, as consultas são classificadas nos seguintes tipos:

- a) consultas em consultório médico;
- b) consultas em clínica ou centro médico;
- c) consultas de urgência/emergência em pronto-socorro hospitalar.

17.2.4 – Para os exames e procedimentos que necessitam de autorização prévia (conforme tabela disponibilizada no site www.amil.com.br ou através do teleatendimento), quando o pedido médico for emitido por profissional integrante da rede de prestadores da [] este deverá realizar a NOTIFICAÇÃO no site da []. Se o pedido médico for emitido por prestador não integrante da rede de prestadores credenciados, o **BENEFICIÁRIO** deverá realizar a NOTIFICAÇÃO em um dos diversos canais de atendimento disponibilizados pela AMIL para este fim: site da AMIL, canal de teleatendimento, Agências de atendimento ou outro meio definido pela AMIL que será comunicado através do endereço eletrônico www.amil.com.br. Caso o **BENEFICIÁRIO** não realize a NOTIFICAÇÃO, o Prestador Solicitante deverá promover, de forma subsidiária, o registro desta.

17.3 – Mecanismos de regulação das internações hospitalares e dos procedimentos realizados sob internação.

17.3.1 – A [] cobrirá os custos médico-hospitalares de acordo com a rede credenciada específica de cada plano e nos termos do contrato.

17.3.2 – Todas as solicitações de internação eletiva e de exames que necessitem da autorização da [] deverão ser feitas em formulário específico, oferecido pela [] ou, quando não credenciada, em receituário com dados do **BENEFICIÁRIO**, descrição dos exames e sua indicação clínica.

17.3.3 – A cobertura de transplantes, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, somente será autorizada dentro da rede credenciada para a realização de transplante de órgãos, nos termos do previsto na cláusula 10.17 e suas subcláusulas.

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E HOSPITALAR PESSOA JURÍDICA 118A

17.3.4 – Para fins da cobertura de próteses e órteses ligadas aos atos cirúrgicos, deve ser observado:

I. o profissional requisitante deve, quando assim solicitado, justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos três marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, entre aquelas regularizadas pela Anvisa, que atendam às características especificadas;

II. em caso de divergência entre o profissional requisitante e a a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com as despesas arcadas pela . Caso não seja possível comum acordo entre as partes, aplicar-se-á o critério descrito na cláusula 17.5.2.

17.3.5 – Se a documentação não contiver todos os dados que permitam análise conclusiva para a liberação da Guia de Cobertura de Internação Eletiva, a poderá solicitar à **CONTRATANTE** ou ao médico assistente documentação ou informações complementares sobre o procedimento médico a ser executado.

17.3.6 – O prazo de cobertura da internação, concedido inicialmente, fixado pela constará da guia expedida e corresponderá à média de dias utilizados para casos idênticos, para fins de controle.

17.3.6.1 – Em caso de necessidade de prorrogação do prazo de internação previamente autorizado, o médico assistente ou o hospital deverá apresentar à as razões de prorrogação para avaliação da correspondente cobertura.

17.3.6.2 – Caso o **BENEFICIÁRIO** continue hospitalizado após a alta médica, passarão a correr inteiramente por sua conta, a partir de então, todas as despesas decorrentes da internação.

17.3.7 – Quando da utilização dos serviços cobertos pelo presente contrato, o **BENEFICIÁRIO** deverá apresentar ao estabelecimento ou profissional credenciado pela cartão de identificação, fornecido pela ou identificação biométrica, além do documento de identidade do **BENEFICIÁRIO** paciente e a guia de procedimento previamente emitida pela

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E HOSPITALAR PESSOA JURÍDICA 118A

17.3.8 – Para a cobertura nas internações de caráter de urgência e/ou emergência, o **BENEFICIÁRIO** ou seu responsável fará comunicar à Central de Atendimento [] no prazo máximo de 2 (dois) dias úteis, as razões da internação, encaminhando também a declaração do médico assistente para apreciação, de acordo com o que estabelece o presente contrato.

17.3.9 – As internações eletivas ou programadas somente terão cobertura quando autorizadas previamente pela [] nos termos da RN 259/11 ou da norma que eventualmente a substitua.

17.3.10 – Em caso de internação hospitalar, exceto para os casos caracterizados como de urgência e emergência, o **BENEFICIÁRIO** deverá apresentar ao hospital ou outro estabelecimento de saúde, além dos documentos consignados no item anterior, guia de internação ou de encaminhamento, conforme o caso, devidamente emitida e autorizada pela []

17.3.11 – Quando da necessidade de utilização de serviços para a cobertura para os quais a [] não possui estabelecimentos de saúde e/ou profissionais contratados ou credenciados na região de abrangência relacionados na rede credenciada específica de cada plano contratado, e tendo o **BENEFICIÁRIO** não optado pela prática de reembolso nos limites da Tabela [] de Reembolso, a [] deverá indicar outros credenciados em localidade mais próxima possível.

17.3.12 – A [] colocará à disposição dos **BENEFICIÁRIOS** do plano de assistência médico-hospitalar a que alude este contrato, para a cobertura de assistência ora contratada, a listagem de hospitais e respectivos profissionais da área da saúde constantes da rede credenciada específica de cada plano contratado, que é parte integrante deste contrato para todos os efeitos legais, prestando os respectivos serviços através de meios contratados, mediante credenciamento de terceiros, técnica e legalmente habilitados para tanto.

17.3.13 – A rede de atendimento contratada poderá ser disponibilizada em material impresso quando solicitado pelo **BENEFICIÁRIO**.

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E HOSPITALAR PESSOA JURÍDICA 113A**17.4 – Mecanismos de regulação – alterações na rede credenciada.**

17.4.1 – A [] poderá proceder à alteração na rede credenciada para mais ou para menos, nos termos da legislação vigente. Dúvidas com relação à rede credenciada podem ser sanadas através do teleatendimento ou pelo site www.amil.com.br.

17.4.2 – Quando houver alteração na rede hospitalar, a [] observará o disposto na lei e regulamentação própria vigente informará previamente à **CONTRATANTE** nos casos de substituição de rede hospitalar.

17.4.3 – A [] poderá, também, obtendo autorização da ANS, redimensionar a sua rede hospitalar mediante a redução da quantidade de hospitais credenciados nela referenciada.

17.4.4 – Se ocorrer descredenciamento, os **BENEFICIÁRIOS** terão o direito de prosseguir o seu tratamento com qualquer outro profissional ou estabelecimento de serviços de saúde, integrantes da rede credenciada da [] sem que esta tenha a obrigação de efetuar qualquer indenização pela substituição de cobertura havida.

17.4.5 – Caso ocorra o descredenciamento de estabelecimento hospitalar durante a internação de quaisquer dos **BENEFICIÁRIOS** regularmente inscritos no presente contrato, eles permanecerão internados até a regular alta hospitalar, sendo certo que as despesas até a alta hospitalar correrão por conta da []

17.4.6 – Quando da substituição/exclusão de estabelecimento hospitalar ficarão garantidos a permanência do **BENEFICIÁRIO** e o pagamento das despesas até a alta hospitalar quando essa substituição/exclusão ocorrer durante o período de sua internação. Se a rescisão decorrer de fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor, no período de internação do **BENEFICIÁRIO**, ficará garantida a sua imediata remoção para outro estabelecimento equivalente, conforme previsto na lei e regulamentação própria vigente.

17.5 – Mecanismos de regulação – divergência médica.

17.5.1 – As divergências de natureza médica sobre solicitações de cobertura de exames, procedimentos especiais de diagnóstico e tratamento e internações serão dirimidas por junta médica constituída por três membros, sendo um nomeado pelo **BENEFICIÁRIO**, outro pela [] e um terceiro, desempateador, escolhido pelos dois nomeados.

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E HOSPITALAR PESSOA JURÍDICA 118A

17.5.2 – Não havendo consenso sobre a escolha do médico desempatador, a sua designação será solicitada ao presidente de uma das sociedades médicas reconhecidas pelo Conselho Regional de Medicina na mesma localidade da

17.5.3 – Cada uma das partes pagará os honorários e as despesas do médico que nomear, quando não credenciado, sendo que os do terceiro, desempatador, serão pagos pelo conforme previsto na legislação vigente.

17.6 – Mecanismos de regulação – coparticipação e franquia.

17.6.1 – Apenas será efetuada a cobrança de coparticipação ou franquia nos planos optados pela **CONTRATANTE** e indicados na Proposta Contratual que possuam tal característica.

17.6.2 – O percentual de coparticipação referente à realização de procedimentos psiquiátricos está disposto na cláusula 10.25 deste contrato.

17.6.3 – Os valores de coparticipação seguirão a tabela abaixo:

PROCEDIMENTOS	<input type="text"/> 200		<input type="text"/> 400		<input type="text"/> 500		<input type="text"/> 600		<input type="text"/> 700	
	Vlr Copay	Limite por ITEM R\$	Vlr Copay	Limite por ITEM R\$	Vlr Copay	Limite por ITEM R\$	Vlr Copay	Limite por ITEM R\$	Vlr Copay	Limite por ITEM R\$
Consulta eletiva e clínicas	30%	15,00	30%	20,00	30%	25,00	30%	30,00	30%	35,00
Consultas hospitalar – PS	30%	30,00	30%	40,00	30%	50,00	30%	60,00	30%	70,00
Exames básicos	30%	30,00	30%	40,00	30%	50,00	30%	60,00	30%	70,00
Exames especiais	30%	150,00	30%	150,00	30%	150,00	30%	150,00	30%	150,00
Procedimentos básicos	30%	30,00	30%	40,00	30%	50,00	30%	60,00	30%	70,00
Procedimentos especiais	30%	150,00	30%	150,00	30%	150,00	30%	150,00	30%	150,00
Psicoterapia	30%	15,00	30%	20,00	30%	25,00	30%	30,00	30%	35,00
Fonoaudiologia	30%	15,00	30%	20,00	30%	25,00	30%	30,00	30%	35,00
Fisioterapia	30%	15,00	30%	20,00	30%	25,00	30%	30,00	30%	35,00
Nutrição	30%	15,00	30%	20,00	30%	25,00	30%	30,00	30%	35,00
Internação	160,00	-	200,00	-	250,00	-	300,00	-	350,00	-

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E HOSPITALAR PESSOA JURÍDICA 113A

17.6.3.1 – Para a determinação do valor de coparticipação, quando esta for cobrada em percentuais, deverá ser utilizada a seguinte fórmula de cálculo: percentual indicado na tabela de coparticipação x valor unitário do procedimento custeado pela [] e que pode variar em função do prestador escolhido pelo **BENEFICIÁRIO**.

17.6.3.2 – O valor da coparticipação a ser paga pelo **BENEFICIÁRIO** está sujeito ao **LIMITE MÁXIMO DE COBRANÇA** por ITEM, conforme definido na cláusula 17.6.3.

17.6.3.3 – A atualização do **LIMITE MÁXIMO DE COBRANÇA** por ITEM ocorrerá na data do aniversário do contrato, de acordo com a variação média dos custos unitários dos procedimentos cobertos por este contrato, em conformidade com os limites previstos na Consu nº 8 e regulamentação vigente acerca do tema. Ressalta-se que o percentual para atualização do **LIMITE MÁXIMO DE COBRANÇA** poderá variar de acordo com o grupo de benefícios em que se enquadra o procedimento.

17.6.3.4 – A atualização dos valores fixos cobrados de coparticipação para **INTERNAÇÃO** ocorrerá na data do aniversário do contrato, de acordo com a variação média dos custos unitários dos procedimentos cobertos por este contrato, em conformidade com os limites previstos na Consu nº 8 e regulamentação vigente acerca do tema.

18

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA**FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE**

18.1 – Este contrato tem sua formação de preço preestabelecida entre **CONTRATANTE** e [] com fundamento nas declarações da **CONTRATANTE**, bem como nas demais informações constantes na tabela de vendas vigente no momento da contratação, na Proposta Contratual e no perfil populacional apresentado pela **CONTRATANTE**, sendo o pagamento do valor da contraprestação pecuniária efetuado pela **CONTRATANTE** antes da possibilidade de utilização das coberturas contratadas.

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E HOSPITALAR PESSOA JURÍDICA 118A

18.2 - O pagamento da contraprestação pecuniária (mensalidade), decorrente deste contrato, é de responsabilidade da **CONTRATANTE**, e esta se obriga a pagar à e será devida por si, pertinente a toda a população incluída e aceita na movimentação cadastral, sendo certo que o valor estipulado, na data de celebração do contrato, corresponde ao número de **BENEFICIÁRIOS** indicados na Proposta contratual, parte integrante do presente contrato, respeitadas as faixas etárias dos **BENEFICIÁRIOS** inscritos.

18.2.1 - Não poderá haver distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os **BENEFICIÁRIOS** que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles a este já vinculados.

18.2.2 - Caso a **CONTRATANTE** não receba a sua fatura ou outro instrumento de cobrança até 5 (cinco) dias úteis antes do vencimento, deverá comunicar à

18.2.3 - O não recebimento da fatura ou outro instrumento de cobrança não desobriga a **CONTRATANTE** de efetuar o seu pagamento no prazo de vencimento mensal.

18.2.4 - Os pagamentos deverão ser feitos, mensalmente, até a data do vencimento da contraprestação pecuniária, de acordo com a data do início da vigência do contrato ou no primeiro dia útil subsequente quando o vencimento ocorrer em feriado ou que não haja expediente bancário.

18.2.5 - O recebimento pela de parcelas em atraso constituirá mera tolerância, não implicando novação contratual ou transação.

18.2.6 - Em casos de atraso no pagamento das contraprestações pecuniárias pela **CONTRATANTE** ou pelos **BENEFICIÁRIOS** definidos nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98, a regularização se fará por meio de cobrança de multa de 2% (dois por cento) e juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, sem prejuízo da sua atualização monetária.

18.2.7 - O pagamento da contraprestação pecuniária referente a determinado mês não significa estarem pagos ou quitados débitos anteriores.

18.2.8 - É obrigação da **CONTRATANTE** pagar as contraprestações pecuniárias de acordo com o estabelecido pela quanto ao local, à forma e à data de pagamento, calculadas de acordo com o número de **BENEFICIÁRIOS** inscritos no plano escolhido e conforme o previsto no contrato.

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E HOSPITALAR PESSOA JURÍDICA 118A

18.2.9 – Os impostos e demais encargos que venham a incidir sobre a contraprestação pecuniária ou o contrato serão da responsabilidade da **CONTRATANTE**.

18.2.10 – Nenhum pagamento será reconhecido como feito à se a **CONTRATANTE** não possuir comprovantes devidamente autenticados por instituição financeira.

19

CLÁUSULA DÉCIMA NONA**REAJUSTE ANUAL**

19.1 – Reajuste anual – a contraprestação pecuniária será reajustada anualmente, independentemente da data de inclusão dos **BENEFICIÁRIOS**, no aniversário do contrato.

19.1.1 – Será considerado como data-base de aniversário do contrato o mês de início de sua vigência, sendo vedada a aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano.

19.1.2 – Para fins de aplicação desta cláusula, considera-se reajuste qualquer variação positiva na contraprestação pecuniária, inclusive aquela decorrente de revisão ou reequilíbrio econômico-actuarial do contrato.

19.1.3 – Além do referido reajuste anual, haverá atualização do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária, migração e adaptação de contrato à Lei nº 9.656, de 1998, as quais continuarão a ser feitas na condição e na forma previstas neste contrato.

19.2 – Para as empresas que possuem de 30 (trinta) a 99 (noventa e nove) **BENEFICIÁRIOS**, o reajuste anual será composto cumulativamente pelo índice financeiro descrito na cláusula 19.2.1 e, quando for necessário reequilibrar a relação contratual, será incorporado o índice técnico, calculado conforme descrito na cláusula 19.2.2.

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E HOSPITALAR PESSOA JURÍDICA 118A

19.2.1 – O índice financeiro para empresa que possuem de 30 (trinta) a 99 (noventa e nove) **BENEFICIÁRIOS** será a variação dos custos médicos e hospitalares (VCMH) de planos coletivos empresariais levando em consideração a carteira de clientes deste porte (30 (trinta) a 99 (noventa e nove) **BENEFICIÁRIOS**). Também incluirá a estimativa do impacto da incorporação de novos procedimentos e eventos previstos no Rol.

19.2.2 – Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do índice técnico, este será calculado com base no nível de sinistralidade do contrato, que corresponde à proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do contrato, apuradas conforme descrito no subitem a seguir.

19.2.2.1 – O índice técnico da primeira reavaliação será apurado expurgando as despesas assistenciais e receitas diretas dos dois primeiros meses. Nas reavaliações subsequentes, o índice técnico será apurado considerando os 12 meses seguintes ao último período avaliado. As negociações serão iniciadas com antecedência de 3 (três) meses em relação à data-base de aniversário.

19.3 – O contrato será considerado integrante do agrupamento para fins de reajuste previsto na RN 309 da Agência Nacional de Saúde Suplementar se, na data de seu início de vigência, possuir quantidade inferior a 30 (trinta) **BENEFICIÁRIOS**. A cada ano, na data do seu aniversário, será verificada novamente a quantidade de beneficiários, para determinar se no reajuste do ano subsequente o contrato permanecerá no agrupamento ou se dele será excluído.

19.3.1 – O contrato perderá a condição de integrante do agrupamento, caso ele tenha 30 (trinta) **BENEFICIÁRIOS** ou mais na sua próxima data de aniversário. Quando não integrante do agrupamento, a este contrato será aplicado o índice de reajuste previsto na cláusula 19.2 e suas subcláusulas.

19.4 – Quando integrante do agrupamento para fins de reajuste previsto na RN 309 (quantidade inferior a 30 (trinta) **BENEFICIÁRIOS**), a este contrato será aplicado o índice de reajuste conforme descrito nas subcláusulas abaixo.

19.4.1 – O reajuste anual será composto pelo índice financeiro descrito na cláusula 19.4.1.1 e, caso os custos médicos ultrapassem 60% da receita (índice de sinistralidade do contrato), será incorporado o índice técnico, com o objetivo de equilibrar a relação contratual, conforme descrito na cláusula 19.4.1.2.

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E HOSPITALAR PESSOA JURÍDICA 118A

19.4.1.1 – O índice financeiro será a variação dos custos médicos e hospitalares (VCMH) da carteira de planos empresariais com menos de 30 (trinta) **BENEFICIÁRIOS**. Também incluirá a estimativa do impacto da incorporação de novos procedimentos e eventos previstos no Rol.

19.4.1.2 – Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do índice técnico, este será calculado com base no nível de sinistralidade do agrupamento de todos os contratos que tenham menos de 30 (trinta) **BENEFICIÁRIOS**, que corresponde à proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do agrupamento de todos os contratos.

19.4.2 – A divulgará até o primeiro dia útil do mês de maio de cada ano, e manterá em seu endereço eletrônico na Internet, o percentual de reajuste a ser aplicado aos contratos integrantes do agrupamento de contratos na data de seu aniversário, bem como identificará os contratos que receberão o reajuste com o código informado no sistema RPC e seus respectivos planos com número de registro na ANS. A operadora também informará o percentual aplicado por meio do boleto e da fatura de cobrança.

19.5 – As disposições aqui referenciadas não afetam ou excluem o reajuste por faixa etária, que seguirá o disposto na cláusula contratual que prevê esse reajuste.

19.6 – Os valores referentes à coparticipação e franquia sofrerão reajuste nos termos das subcláusulas 17.6.3.3 e 17.6.3.4.

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E HOSPITALAR PESSOA JURÍDICA 118A

20

CLÁUSULA VIGÉSIMA

FAIXAS ETÁRIAS

20.1 – 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:

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 faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

FAIXA ETÁRIA	AUMENTO
00 a 18 anos	0%
19 a 23 anos	25% ao completar 19 anos
24 a 28 anos	25% ao completar 24 anos
29 a 33 anos	10% ao completar 29 anos
34 a 38 anos	5% ao completar 34 anos
39 a 43 anos	10% ao completar 39 anos
44 a 48 anos	25% ao completar 44 anos
49 a 53 anos	10% ao completar 49 anos
54 a 58 anos	25% ao completar 54 anos
59 ou mais	75% ao completar 59 anos

REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANO COLETIVO

Demitido

21.1 – Desde que tenha ocorrido a opção pelo **BENEFICIÁRIO titular** pela manutenção do plano de saúde e havendo comprovação de que ele contribuiu para o plano contratado, em decorrência de seu vínculo empregatício, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho, sem justa causa, terá o direito de manter sua condição de **BENEFICIÁRIO** e de seus dependentes a ele vinculados, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma, perante a **CONTRATANTE**, o pagamento integral das contraprestações pecuniárias, observadas as exigências da legislação vigente acerca do tema.

21.2 – O período de manutenção da condição de **BENEFICIÁRIO** será de um terço do tempo que tenha contribuído para o plano, ou seus sucessores, com um mínimo assegurado de 6 (seis) meses e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses. O direito de manutenção extinguir-se-á nas hipóteses previstas na cláusula 21.25.

Aposentado

21.3 – Desde que tenha ocorrido a opção pelo **BENEFICIÁRIO titular** pela manutenção do plano de saúde e havendo comprovação de que ele contribuiu para o plano contratado pelo prazo mínimo de 10 (dez) anos, em decorrência de seu vínculo empregatício, ao se aposentar, terá o direito de permanência na qualidade de **BENEFICIÁRIO** e dos seus dependentes inscritos, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma, perante a **CONTRATANTE**, o pagamento integral das contraprestações pecuniárias, observadas as exigências da legislação vigente acerca do tema.

21.4 – Na hipótese de contribuição pelo então empregado, por período inferior a 10 (dez) anos, é assegurado o direito de manutenção como **BENEFICIÁRIO**, à razão de um ano para cada ano de contribuição. O direito de manutenção extinguir-se-á nas hipóteses previstas na cláusula 21.25.

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E HOSPITALAR PESSOA JURÍDICA 118A**Obrigações da CONTRATANTE**

21.5 – Quando da manutenção do ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado na condição de **BENEFICIÁRIO**, a **CONTRATANTE** irá inseri-lo em plano, conforme opção realizada em termo próprio quando da contratação, de acordo com a legislação vigente.

21.6 – A **CONTRATANTE** obriga-se ainda a apresentar aos **BENEFICIÁRIOS**, a qualquer tempo e quando da opção pela manutenção do ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado, a tabela de preços por faixa etária que será adotada, com suas devidas atualizações, fornecida pela operadora.

21.7 – As regras para o estabelecimento de preços por faixa etária atualizada – valor correspondente ao preço do **BENEFICIÁRIO** por faixa etária – serão disponibilizadas pela operadora em consonância com a legislação vigente.

21.8 – A fim de que os seus aposentados e demitidos sem justa causa possam ser mantidos como **BENEFICIÁRIOS** deste contrato conforme preceitua a legislação em vigor, devem ser observadas as condições estabelecidas nas cláusulas a seguir.

Contribuição/participação financeira

21.9 – Não se caracterizam como participação financeira os valores relacionados aos dependentes e agregados e a coparticipação do usuário, única e exclusivamente em procedimentos, como fator moderador, na utilização da assistência objeto deste contrato.

21.10 – Para fins de apuração dessa contribuição, também se considera como tal o pagamento de valor fixo assumido pelo empregado que foi incluído em outro plano privado de assistência à saúde oferecida pelo empregador, em substituição ao originalmente disponibilizado sem sua participação.

21.11 – O **BENEFICIÁRIO titular** que não tenha participado financeiramente do plano, durante o período que manteve o vínculo empregatício, não terá direito à permanência no plano.

21.12 – Ainda que no momento da demissão, exoneração sem justa causa ou aposentadoria o ex-empregado demitido, exonerado sem justa causa ou aposentado não esteja realizando o pagamento de contribuição, são assegurados a ele os direitos previstos nos artigos 30 e 31, na proporção de sua efetiva contribuição.

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E HOSPITALAR PESSOA JURÍDICA 118A**Extensão ao grupo familiar**

21.13 – O direito de manter a condição de **BENEFICIÁRIO** estende-se a todo o grupo familiar do empregado inscrito quando da vigência do contrato de trabalho, não impedindo, contudo, que seja mantido individualmente ou apenas parte de seu grupo familiar.

21.14 – Em caso de morte do titular, caso o contrato coletivo empresarial ao qual o **BENEFICIÁRIO** está vinculado esteja vigente, o direito de permanência é assegurado aos dependentes cobertos pelo plano privado coletivo de assistência à saúde, nos termos do disposto neste contrato.

Caracterização das condições de elegibilidade para fins da concessão do benefício previsto neste contrato

21.15 – A **CONTRATANTE** obriga-se a declarar e comprovar expressamente, por ocasião da dispensa ou da aposentadoria, contribuição/participação financeira dos seus aposentados e demitidos sem justa causa, total ou parcial, no valor da mensalidade do plano de saúde.

21.16 – A **CONTRATANTE** obriga-se a dar comprovadamente ciência aos seus empregados aposentados e demitidos sem justa causa sobre a existência do direito que permite que eles permaneçam como usuários da [] nas condições previstas nesta cláusula, enquanto for vigente o contrato, observadas as condições de permanência e prazos-limite previstos na legislação específica.

21.17 – A **CONTRATANTE** entregará à [] cópia da manifestação expressa firmada pelo empregado aposentado ou demitido sem justa causa (declaração de oferecimento dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998), no sentido de que ele aceitou ou refutou a manutenção da condição de usuário do plano. O direito de opção de manutenção do plano de saúde deverá ser exercido obrigatoriamente dentro do prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da manifestação de ciência citada no item anterior.

Manutenção da condição de BENEFICIÁRIO

21.18 – As mensalidades correspondentes, assim como os valores relativos à coparticipação, quando contratada, serão pagas diretamente pelos usuários titulares, ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados, sempre até o vencimento e nos locais indicados pela [] acrescidas dos valores próprios à administração e cobrança individualizada.

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E HOSPITALAR PESSOA JURÍDICA 118A

21.19 – A manutenção da condição de **BENEFICIÁRIO** no mesmo plano privado de assistência à saúde em que se encontrava quando da demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria observará as mesmas condições de reajuste, preço, faixa etária e fator moderador existente durante a vigência do contrato de trabalho.

21.20 – O direito assegurado ao **BENEFICIÁRIO** não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

21.21 – O valor da contraprestação pecuniária a ser paga pelo ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado deverá corresponder ao valor integral estabelecido na tabela de custos por faixa etária, com as devidas atualizações.

21.22 – Ao empregado aposentado que continua trabalhando na empresa **CONTRATANTE** e vem a se desligar dela é garantido o direito de manter sua condição de **BENEFICIÁRIO**, na condição de aposentado.

21.23 – Estarão excluídos do contrato o **BENEFICIÁRIO titular** e seus respectivos dependentes que estejam em gozo desse benefício se alguma mensalidade permanecer sem quitação por 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, sem prejuízo do pagamento dos valores em atraso ou a critério da [] das despesas porventura realizadas no período de inadimplência.

Portabilidade especial

21.24 – O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado ou seus dependentes vinculados ao plano, durante o período de manutenção da condição de **BENEFICIÁRIOS** garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998, poderá exercer a portabilidade especial de carências para plano de saúde individual, familiar ou coletivo por adesão, de outra operadora, na forma e especificidades previstas na Resolução nº 279 da ANS.

Extinção do direito assegurado nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998

21.25 – O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado terá seu direito de manutenção extinto na ocorrência de qualquer das hipóteses abaixo:

- I – pelo decurso dos prazos previstos nos parágrafos únicos dos artigos 4º e 5º da Resolução Normativa nº 279;
- II – pela admissão do **BENEFICIÁRIO** demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado em novo emprego; ou

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E HOSPITALAR PESSOA JURÍDICA 118A

- III – pelo cancelamento do plano privado de assistência à saúde pelo empregador que concede esse benefício a seus empregados ativos e ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados, ou seja, pela rescisão do contrato coletivo empresarial ao qual se encontra vinculado.

Comunicação de exclusão do BENEFICIÁRIO

21.26 – A **CONTRATANTE** obriga-se a informar à operadora para efetiva exclusão do **BENEFICIÁRIO** do plano privado de assistência à saúde, com sua comprovação, os seguintes dados:

- I – se o **BENEFICIÁRIO** foi excluído por demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria;
- II – se o **BENEFICIÁRIO** demitido ou exonerado sem justa causa se enquadra no disposto no artigo 22 da Resolução Normativa nº 279;
- III – se o **BENEFICIÁRIO** contribuía para o pagamento do plano privado de assistência à saúde;
- IV – por quanto tempo o **BENEFICIÁRIO** contribuiu para o pagamento do plano privado de assistência à saúde;
- V – se o ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado optou pela sua manutenção como **BENEFICIÁRIO** ou se recusou a manter essa condição.

21.27 – A **CONTRATANTE** obriga-se a apresentar à operadora, a qualquer tempo e assim que solicitada, os documentos originais comprobatórios referentes às informações prestadas.

21.28 – A exclusão do **BENEFICIÁRIO** apenas será aceita pela operadora mediante a comprovação de comunicação inequívoca da opção de manutenção da condição de **BENEFICIÁRIO** de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho.

21.29 – Enquanto a documentação de comprovação não for entregue à operadora, a **CONTRATANTE** continuará responsável pelo pagamento integral da contraprestação referente ao respectivo **BENEFICIÁRIO** até que a entrega se concretize.

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E HOSPITALAR PESSOA JURÍDICA 118A

22

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA**CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO**

22.1 – A suspensão ou exclusão de **BENEFICIÁRIOS** somente poderá ser realizada mediante pedido por escrito da **CONTRATANTE**, no período da movimentação cadastral, conforme descrito na Proposta Contratual.

22.2 – A **CONTRATANTE** obriga-se a proceder à devolução do cartão de identificação destinado ao uso do sistema, pertencente ao(s) **BENEFICIÁRIO**(s) excluído(s).

22.3 – A poderá, ainda, excluir ou suspender a assistência à saúde do **BENEFICIÁRIO titular e/ou seus dependentes**, independentemente da vigência contratual e sem a necessidade de anuência da **CONTRATANTE** nos seguintes casos:

- a) prática, pelo **BENEFICIÁRIO**, de fraude, quaisquer omissão, falsidade, inexatidão ou erro nas declarações constantes da proposta contratual para contratação coletiva;
- b) prática, pelo **BENEFICIÁRIO**, de fraude referente à omissão de conhecimento de DLP por ocasião da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, mediante procedimento administrativo específico;
- c) fornecimento pela **CONTRATANTE** de informações incompletas e/ou inverídicas ou omissão de informações a respeito da população incluída no presente contrato;
- d) prática de infrações pelo **BENEFICIÁRIO** ou **CONTRATANTE**, com o objetivo de obtenção de vantagem ilícita, para si ou para outrem;
- e) perda dos vínculos do **BENEFICIÁRIO titular** com a pessoa jurídica **CONTRATANTE**;
- f) perda dos vínculos de dependência no caso de **BENEFICIÁRIO** dependente.

22.4 – As exclusões cadastrais implicarão perda imediata do direito da cobertura do atendimento.

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E HOSPITALAR PESSOA JURÍDICA 113A

22.5 – Independentemente das consequências e responsabilidades legais, nos casos comprovados de fraude, o **BENEFICIÁRIO titular e seus dependentes** perderão quaisquer direitos dos benefícios previstos neste contrato, assim como da devolução de qualquer quantia paga.

22.6 – A **CONTRATANTE** deverá comunicar aos **BENEFICIÁRIOS** inscritos no plano da [] a extinção do contrato, informando-os, ainda, caso não haja continuidade do benefício com outra operadora de planos de saúde, sobre o direito de optarem pela possibilidade de contratação do plano individual, com aproveitamento das carências já cumpridas, desde que a opção ocorra no período de até 30 (trinta) dias contados a partir da data de rescisão ou do desligamento do **BENEFICIÁRIO** e que a **CONTRATANTE** esteja em dia com o pagamento de suas faturas mensais.

23

CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCEIRA**RESCISÃO/SUSPENSÃO****Suspensão do contrato**

23.1 – A **CONTRATANTE** em atraso de pagamento superior a 10 (dez) dias de qualquer de suas contraprestações pecuniárias fica com o direito a cobertura, reembolso e demais benefícios contratuais suspensos, para todos os seus **BENEFICIÁRIOS**.

Rescisão

23.2 – Para fins de rescisão do contrato, fica certo entre as partes que:

23.2.1 – O presente contrato poderá ser extinto por qualquer uma das partes, imotivadamente, após a vigência do período de 12 (doze) meses, desde que haja prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

23.2.2 – O contrato poderá ser extinto unilateralmente pela [] caso ocorra atraso no pagamento das contraprestações pecuniárias, por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência dele ou no caso de fraude.

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E HOSPITALAR PESSOA JURÍDICA 118A

23.2.3 – O contrato estará automaticamente extinto se o número de **BENEFICIÁRIOS** inscritos se tornar inferior a 2 (dois), ainda que não completos 12 (doze) meses de vigência, sendo facultada aos **BENEFICIÁRIOS** a transferência para um produto individual, nas bases e condições próprias do produto em comercialização na época, inclusive com relação a preço.

23.2.4 – Poderá o [] extinguir o contrato, ainda, nas hipóteses de omissão de informações ou fornecimento de informações incorretas ou inverídicas pela **CONTRATANTE**, para auferir vantagens próprias ou para seus **BENEFICIÁRIOS**, hipóteses essas reconhecidas como violação ao contrato e ao princípio da boa-fé objetiva.

23.2.5 – Nas hipóteses de extinção por fraude ou violação contratual, não fica afastada a possibilidade de o [] buscar indenização pelos prejuízos que tiver ou que vier a ter com a cobertura indevidamente concedida, sem prejuízo de outras medidas judicialmente cabíveis.

23.2.6 – Independentemente das consequências e responsabilidades legais, nos casos comprovados de fraude na Declaração de Saúde, o **BENEFICIÁRIO** e seus dependentes perderão quaisquer direitos dos benefícios previstos neste contrato.

23.2.6.1 – Para fins do exposto acima, a omissão de informação na Declaração de Saúde deverá ser comprovada pela ANS mediante processo administrativo próprio.

23.2.7 – No caso de extinção por fraude na Declaração de Saúde, ficam os **BENEFICIÁRIOS** ainda solidariamente responsáveis com o **CONTRATANTE** por ressarcir o [] das coberturas indevidas.

23.3 – Caso a **CONTRATANTE** extinga imotivadamente ou venha a dar causa à extinção do contrato, antes de transcorrido o prazo mínimo de 12 (doze) meses de vigência, ficará sujeita ao pagamento de multa rescisória à [] no valor correspondente a 50% (cinquenta por cento) das contraprestações vincendas até o término do referido prazo mínimo de vigência, sem prejuízo do pagamento de todas as demais obrigações e encargos contratuais devidos até a data da extinção do contrato, aqui incluídos os valores relativos a coparticipação e franquia, ainda que futuramente exigidos; sem prejuízo de encaminhamento de ofício ao SPC, Serasa e demais órgãos de proteção ao crédito a exclusivo critério da [] mediante prévio aviso à **CONTRATANTE**.

DISPOSIÇÕES GERAIS

24.1 – Fazem parte do presente contrato seus anexos e regulamentos, bem como a Proposta Contratual, a rede credenciada da 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), previamente entregues à **CONTRATANTE**, a carta de orientação ao **BENEFICIÁRIO**, os recibos de pagamento e o Rol.

24.1.1 – O Rol tem sua atualização sob a responsabilidade da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e está disponível no site www.ans.gov.br e acessível por meio do site www.amil.com.br.

24.1.2 – Será de responsabilidade da **CONTRATANTE** entregar ao **BENEFICIÁRIO titular**, previamente à assinatura do contrato de adesão, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS), que poderá ser disponibilizado em material impresso ou através de mídia digital.

24.1.3 – Será de responsabilidade da o envio ao **BENEFICIÁRIO titular** do Guia de Leitura Contratual (GLC), que poderá ser disponibilizado em material impresso ou através de mídia digital, junto com o cartão de identificação.

24.1.4 – Será de responsabilidade da **CONTRATANTE** e da oferecer, sempre que solicitado pelo **BENEFICIÁRIO titular** e desde que disponibilizado o seu endereço, cópia das condições gerais do contrato, que conterão, no mínimo, os temas que compõem o Guia de Leitura Contratual.

24.1.5 – A **CONTRATANTE** declara, neste ato, sob as penas da lei, a veracidade das informações ora prestadas, bem como declara que todas as inclusões de **BENEFICIÁRIOS** obedecerão às regras estabelecidas no contrato, principalmente no que tange à elegibilidade, responsabilizando-se administrativa, penal e civilmente por seus termos, bem como pelos prejuízos a que der causa.

24.2 – 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.

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E HOSPITALAR PESSOA JURÍDICA 118A

24.3 – TRANSFERÊNCIA DE PLANOS: as partes acordam que a mudança de plano poderá ser solicitada pela **CONTRATANTE**, constituindo-se causa para novo plano, sendo que essa mudança só poderá ocorrer na data de aniversário do contrato e na data de vencimento da contraprestação pecuniária. A [] analisará previamente se estão presentes os requisitos para que a transferência possa ser efetuada.

24.3.1 – Quando da transferência do **BENEFICIÁRIO titular** e seus dependentes para um plano com mais benefícios, será contabilizado o tempo de vigência do plano anterior para o novo. O **BENEFICIÁRIO** que fizer essa opção deverá cumprir as carências estipuladas pela [] para os novos benefícios adquiridos com essa alteração.

24.3.2 – Os benefícios mencionados acima correspondem a:

I – utilização da NOVA REDE CREDENCIADA;

II – utilização da NOVA ACOMODAÇÃO e

III – utilização de REEMBOLSO, conforme previsto na legislação vigente.

24.3.3 – A transferência somente ocorrerá quando efetuada pelo **BENEFICIÁRIO titular** e incluirá todos os **BENEFICIÁRIOS** do plano anteriormente contratado.

24.4 – A autorização, por parte da [] de eventos não previstos ou excluídos neste contrato não confere à **CONTRATANTE** direito adquirido e/ou extensão da abrangência de coberturas do presente contrato, caracterizando mera liberalidade da []

24.5 – Considerando que a precificação do presente contrato levou em consideração que a cobertura prestada será exclusivamente a constante no rol, fica certo entre as partes que, caso haja a obrigatoriedade de coberturas extracontratuais, ainda que por força de decisão judicial ou por procedimento administrativo, caberá à **CONTRATANTE** reembolsar a [] todo e qualquer valor que a [] venha a despendar, incluindo o valor da condenação, das custas, das despesas processuais e dos honorários advocatícios.

24.5.1 – Nos casos em que a **CONTRATANTE** seja responsável pelo reembolso das despesas acima mencionadas, a [] deverá notificar a **CONTRATANTE**, em até 10 dias da citação do recebimento da citação judicial ou administrativa, sobre a ocorrência da situação para que esta tenha a oportunidade de se manifestar a respeito e indicar, se for o caso, os argumentos de defesa.

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E HOSPITALAR PESSOA JURÍDICA 118A

24.10 – Os contratos que vierem a ser celebrados com a administração pública direta ou indireta obedecerão aos termos do respectivo edital e à Lei nº 8.666/93.

25**CLÁUSULA VIGÉSIMA QUINTA****DO FORO**

25.1 – Fica eleito o foro de domicílio da **CONTRATANTE** para dirimir as questões oriundas do presente contrato.

