SulAmérica Saúde PME
Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

Condições Gerais
03 a 29 vidas

Versão 22

Vigência Agosto 2020

ANS – nº 006246

Contrato nº 0058.0042.2297

Índice

SulAmérica Saúde PME

Modalidade Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

- **Condições Gerais**

1. Qualificação da Seguradora 6
2. Qualificação do Contratante 6
3. Objeto do Contrato 6
4. Natureza do Contrato 6
5. Tipo de Contratação 7
6. Tipo de Segmentação Assistencial 7
7. Área Geográfica de Abrangência 7
8. Formação do Preço 7
9. Planos de Seguro 7
10. Coberturas e Benefícios Adicionais 9
11. Contratação do Seguro 9
12. Inclusão de segurados 11
13. Documentos necessários para a contratação do seguro e inclusão de segurados 13
14. Formas de Inclusão 13
15. Coberturas e Procedimentos Garantidos 14
16. Exclusões de Cobertura 22
17. Vigência e Condições de Renovação Automática 24
18. Carência 24
19. Doenças e Lesões Preexistentes 25
20. Atendimentos de Urgência e Emergência 27
21. Reembolso 29
22. Rede Referenciada 29
23. Validação Prévia de Procedimentos – VPP 30
24. Divergências Médicas 31
25. Coparticipação 33
26. Prêmio Mensal 33
27. Reajuste do Prêmio do Seguro 34
28. Variação do Prêmio por Mudança de Faixa Etária 38
29. Extensão de Cobertura Assistencial para demitidos e aposentados 39

30. Exclusão do Segurado 44
31. Cancelamento do Seguro 45
32. Disposições Gerais 47
33. Remissão do Pagamento dos Prêmios 50
34. MECSAS; Movimentação Eletrônica de Cadastro 51
35. Proteção de Dados Pessoais 57
36. Glossário 63
37. Foro 66

- **Termo de Coberturas Adicionais 67**

1. Terapias 67
2. Transplantes de órgãos 67
3. Consulta e Fisioterapia Domiciliar 67
4. Cirurgia Refrativa sem limite de grau 67
5. Check-Up 68
6. Vacinas 68
7. Consulta ao Viajante 68
8. SulAmérica Saúde Ativa 68

- **Caderno de Benefícios Adicionais 69**

1. Orientação Médica Telefônica 69
2. Motorista Amigo da Saúde 70
3. Remoção Especial 70
4. Serviços de Courier 70
5. Coleta Domiciliar de Exames 70
6. Concierge 70
7. Seguro Viagem 71
8. Atendimento de Urgência e Emergência fora da região de abrangência Geográfica do Plano Contratado 73

- **Características Essenciais dos Planos sem Coparticipação 75**

Direto CAMP VCs Quarto Coletivo 76
Direto CAMP VCs Apartamento 82
Direto CWB STc Quarto Coletivo 88
Direto CWB STc Apartamento 94

Direto JP SNn Quarto Coletivo 100
Direto JP SNn Apartamento 106
Direto REC II Quarto Coletivo 112
Direto REC II Apartamento 118
Direto Rio II Quarto Coletivo 124
Direto Rio II Apartamento 129
Direto SP BCx Quarto Coletivo 134
Direto SP BCx Apartamento 140
Direto SP II Quarto Coletivo 146
Direto SP II Apartamento 152
Exato Quarto Coletivo 158
Exato Apartamento 164
Clássico Quarto Coletivo 170
Clássico Apartamento 176
Especial 100 183
Executivo 190
Prestige 197

- **Características Essenciais dos Planos com Coparticipação 204**

Direto CAMP VCs Quarto Coletivo com Coparticipação 205
Direto CAMP VCs Apartamento com Coparticipação 212
Direto CWB STc Quarto Coletivo com Coparticipação 219
Direto CWB STc Apartamento com Coparticipação 226
Direto JP NSn Quarto Coletivo com Coparticipação 233
Direto JP NSn Apartamento com Coparticipação 240
Direto REC II Quarto Coletivo com Coparticipação 247
Direto REC II Apartamento com Coparticipação 253
Direto Rio II Quarto Coletivo com Coparticipação 259
Direto Rio II Apartamento com Coparticipação 265
Direto SP BCx Quarto Coletivo com Coparticipação 271
Direto SP BCx Apartamento com Coparticipação 278
Direto SP II Quarto Coletivo com Coparticipação 285
Direto SP II Apartamento com Coparticipação 291

Exato Quarto Coletivo com Coparticipação 297
Exato Apartamento com Coparticipação 304
Clássico Quarto Coletivo com Coparticipação 311
Clássico Apartamento com Coparticipação 318
Especial 100 com Coparticipação 325
Executivo com Coparticipação 333
Prestige com Coparticipação 340

Sul América Companhia de Seguro Saúde

Registro na ANS nº 006246

Condições Gerais

SulAmérica Saúde PME

Modalidade Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

1. Qualificação da Seguradora

Sul América Companhia de Seguro Saúde, pessoa jurídica de direito privado, legalmente autorizada a operar Seguros de Assistência à Saúde, registrada sob o n.º 006246 na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, classificada como Seguradora Especializada em Seguro Saúde, inscrita no CNPJ n.º 01.685.053/0001-56, situada à Rua Beatriz Larragoiti Lucas, 121, Cidade Nova, Rio de Janeiro, RJ, CEP 20.211-903.

2. Qualificação do Contratante

Pessoa Jurídica devidamente identificada e qualificada na Proposta de Seguro, que é o documento preenchido com informações que qualificam o Estipulante e através do qual expressa a sua intenção de contratação do seguro. A Proposta de Seguro é parte integrante das Condições Gerais.

3. Objeto do Contrato

O objeto deste contrato, em conformidade com a Lei 9.656/98 é a cobertura de custos assistenciais, com a finalidade de garantir a assistência à saúde pela faculdade de acesso e atendimento a profissionais escolhidos, pertencentes ou não à rede referenciada, nos termos e limites do plano contratado. Os custos assistenciais correspondem aos serviços médico-hospitalares, na segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vigente à época do evento, para o tratamento de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde da Organização Mundial de Saúde.

3.1 O ACESSO E ATENDIMENTO POR PROFISSIONAIS NÃO INTEGRANTES A REDE REFERENCIADA, É DIFERENCIADO POR PLANO DISPONIBILIZADO PELA SEGURADORA PARA CONTRATAÇÃO. AS CONDIÇÕES E PROCEDIMENTOS REEMBOLSÁVEIS ESTÃO DESCRITOS NAS CARACTERÍSTICAS ESSENCIAIS DE CADA PLANO.

4. Natureza do Contrato

Trata-se de um Contrato de Seguro regido pela Lei n.º 9.656, de 1998. É contrato de adesão e bilateral, que gera direito e obrigações, a ele se aplicando o Código Civil Brasileiro, bem como o Código de Defesa do Consumidor, de forma subsidiária.

5. Tipo de Contratação

O Seguro Saúde SulAmérica tem, como tipo de contratação de que tratam as Resoluções Normativas n.º 195/2009, 200/2009 e 204/2009, a modalidade **Coletivo Empresarial.**

6. Tipo de Segmentação Assistencial

Garantia, ao Segurado da cobertura dos itens constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS na segmentação **Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia.**

7. Área Geográfica de Abrangência

Região estabelecida pela Seguradora para atendimento médico-hospitalar ao Segurado. A abrangência geográfica deste seguro está especificada nas Características Essenciais de cada plano.

8. Formação do Preço

A formação do preço deste seguro é preestabelecida, ou seja, o valor do prêmio é calculado antes da utilização das coberturas contratadas.

9. Planos de Seguro

9.1 O plano está devidamente registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, e está especificado na cláusula de Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME, que é parte integrante deste contrato na Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia.

9.2 O plano dos dependentes Segurados será sempre o mesmo do Segurado Titular, inclusive no que se refere à acomodação hospitalar.

9.3 Transferência de Planos

O Estipulante deverá optar por um ou mais planos disponíveis pela Seguradora, no momento da contratação, e durante a vigência do seguro poderá ocorrer a transferência de um ou mais Segurados para outro plano, conforme descrito a seguir:

9.3.1 A transferência de um ou mais Segurados para o plano imediatamente superior, somente poderá ocorrer de acordo com as opções descritas nas cláusulas 9.4.1 – Sem Coparticipação e 9.4.2 – Com Coparticipação, nas formas descritas nas cláusulas 9.4.3 e 9.4.4 quando solicitada formalmente pelo Estipulante com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

9.4 Opção de Transferência para plano imediatamente superior

9.4.1 Planos Sem Coparticipação

De	Para
Direto CAMP VCs Quarto Coletivo	Direto CAMP VCs Apartamento COP ou Exato Quarto Coletivo
Direto CAMP VCs Apartamento	Exato Apartamento
Direto CWB STc Quarto Coletivo	Direto CWB STc Apartamento ou Exato Quarto Coletivo
Direto CWB STc Apartamento	Exato Apartamento

Direto JP NSn Quarto Coletivo	Direto JP NSn Apartamento ou Exato Quarto Coletivo
Direto JP NSn Apartamento	Exato Apartamento
Direto REC II Quarto Coletivo	Direto REC II Apartamento ou Exato Quarto Coletivo
Direto REC II Apartamento	Exato Apartamento
Direto Rio II Quarto Coletivo	Direto Rio II Apartamento ou Exato Quarto Coletivo
Direto Rio II Apartamento	Exato Apartamento
Direto SP BCx Quarto Coletivo	Direto SP BCx Apartamento ou Exato Quarto Coletivo
Direto SP BCx Apartamento	Exato Apartamento
Direto SP II Quarto Coletivo	Direto SP II Apartamento ou Exato Quarto Coletivo
Direto SP II Apartamento	Exato Apartamento
Exato Quarto Coletivo	Exato Apartamento ou Clássico Quarto Coletivo
Exato Apartamento	Clássico Apartamento
Clássico Quarto Coletivo	Clássico Apartamento
Clássico Apartamento	Especial 100
Especial 100	Executivo
Executivo	Prestige

9.4.2 Planos Com Coparticipação

De	Para
Direto CAMP VCs Quarto Coletivo COP	Direto CAMP VCs Apartamento COP ou Exato Quarto Coletivo COP
Direto CAMP VCs Apartamento COP	Exato Apartamento COP
Direto CWB STc Quarto Coletivo COP	Direto CWB STc Apartamento COP ou Exato Quarto Coletivo COP
Direto CWB STc Apartamento COP	Exato Apartamento COP
Direto JP NSn Quarto Coletivo COP	Direto JP NSn Apartamento COP ou Exato Quarto Coletivo COP
Direto JP NSn Apartamento COP	Exato Apartamento COP
Direto REC II Quarto Coletivo COP	Direto REC II Apartamento COP ou Exato Quarto Coletivo COP
Direto REC II Apartamento COP	Exato Apartamento COP
Direto Rio II Quarto Coletivo COP	Direto Rio II Apartamento COP ou Exato Quarto Coletivo COP
Direto Rio II Apartamento COP	Exato Apartamento COP
Direto SP BCx Quarto Coletivo COP	Direto SP BCx Apartamento COP ou Exato Quarto Coletivo COP
Direto SP BCx Apartamento COP	Exato Apartamento COP
Direto SP II Quarto Coletivo COP	Direto SP II Apartamento COP ou Exato Quarto Coletivo COP
Direto SP II Apartamento COP	Exato Apartamento COP

Exato Quarto Coletivo COP	Exato Apartamento COP ou Clássico Quarto Coletivo COP
Exato Apartamento COP	Clássico Apartamento COP
Clássico Quarto Coletivo COP	Clássico Apartamento COP
Clássico Apartamento COP	Especial 100 COP
Especial 100 COP	Executivo COP
Executivo COP	Prestige COP

9.4.3 A transferência de um ou mais Segurados para o plano imediatamente superior poderá ocorrer na data de aniversário do contrato, quando solicitada formalmente pelo Estipulante com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

9.4.4 Caso o Estipulante tenha estabelecido no momento da contratação planos específicos para cada categoria funcional, a transferência também poderá ocorrer quando houver promoção de categoria funcional comprovada através do Registro de Empregados. Esta transferência deverá ser solicitada à Seguradora, pelo Estipulante, em até 30 (trinta) dias da data da promoção, respeitando ainda, a condição dos demais Segurados de igual cargo ou função.

9.4.5 Não será permitida a transferência de Segurado para plano inferior.

9.4.6 Não será permitida a transferência de Segurado de qualquer um dos planos constantes na cláusula 9.4.1 para qualquer um dos planos previstos na cláusula 9.4.2.

10. Coberturas e Benefícios Adicionais

São as coberturas e benefícios oferecidos pela Seguradora, adicionais ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento.

10.1 As coberturas adicionais estão descritas no Termo de Coberturas Adicionais, que é parte integrante destas Condições Gerais. Os Benefícios Adicionais estão especificados no Caderno de Benefícios Adicionais. As coberturas e benefícios quando contempladas pelo seu plano, estarão especificados na cláusula de Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME.

11. Contratação do Seguro

11.1 Este seguro destina-se à Grupos Segurados de 03 (três) até 29 (vinte e nove) vidas.

11.2 O Grupo Segurável definido para este seguro são pessoas vinculadas à pessoa jurídica contratante por relação empregatícia ou estatutária, podendo abranger ainda:

a) os sócios da pessoa jurídica contratante;

b) os administradores da pessoa jurídica contratante;

c) os demitidos ou aposentados que tenham sido vinculados anteriormente à pessoa jurídica contratante, ressalvada a aplicação do disposto no caput dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998;

d) estagiários e menores aprendizes;

11.3 Poderá ainda ser incluído como grupo familiar/dependente exclusivamente o cônjuge ou companheiro(a), filhos naturais ou adotivos solteiros e netos, do Segurado Titular. Equiparam-se a filhos, o enteado e o menor que esteja sob a guarda ou tutela do Segurado Titular por determinação judicial.

11.3.1 A adesão do grupo familiar dependerá exclusivamente da participação do Segurado Titular.

11.4 Todos os novos segurados que venham a fazer parte do Grupo Segurável definido na proposta de seguro deverão ser incluídos, respeitando as mesmas condições e valores vigentes.

11.5 Ao Estipulante cabe fornecer à Seguradora, quando da contratação, lista com eventuais funcionários afastados das atividades regulares de trabalho e os motivos do afastamento, quando houver.

11.6 Não será aceita a inclusão de Proponente que não faça parte do Grupo Segurável definido na Proposta de Seguro.

11.7 A emissão do Contrato de Seguro será feita em até 10 (dez) dias da data do protocolo da Proposta de Seguro e dos documentos definidos nestas Condições Gerais, na Seguradora.

11.7.1 A documentação deverá ser entregue na Seguradora em até 72 (setenta e duas) horas da data da transmissão da Proposta de Seguro no sistema Cotador SulAmérica Saúde, devidamente assinada e acompanhada de todos os documentos obrigatórios.

11.7.2 A aprovação da SulAmérica para a emissão do primeiro boleto de pagamento, formaliza a aceitação da Proposta de Seguro pela Seguradora.

11.8 O Estipulante é responsável pelas informações prestadas na Proposta de Seguro e Cartões Proposta do Grupo Segurado, ciente do que dispõe o Código Civil Brasileiro, (artigo 766, parágrafo único):
"Art 766
Parágrafo único. "Se o Segurado, por si ou por seu representante, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio, perderá o direito à garantia, além de ficar obrigado ao prêmio vencido. Se a inexatidão ou omissão nas declarações não resultar de má-fé do Segurado, o Segurador terá direito a resolver o contrato, ou a cobrar, mesmo após o sinistro, a diferença do prêmio".

11.9 Contratação do Seguro por Empresário Individual

Em cumprimento ao disposto na Resolução Normativa - RN 432 de 27/12/2017, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, ou qualquer outra que venha a substituí-la, que dispõe sobre a contratação de plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial por empresário individual, deverão ser observadas as condições a seguir:

11.9.1 O empresário individual deverá ter no mínimo 6 (seis) meses de inscrição cadastral nos órgãos competentes, bem como sua regularidade junto a Receita Federal, e outros que vierem a ser exigidos pela legislação vigente, de acordo com sua forma de constituição;

11.9.2 Para a manutenção do contrato coletivo empresarial, o empresário individual deverá conservar a sua inscrição nos órgãos competentes, bem como sua regularidade cadastral junto à Receita Federal, de acordo com sua forma de constituição, obrigando-se a comprovar anualmente a sua legitimidade no aniversário do contrato;

11.9.3 Os segurados dependentes poderão ingressar no seguro saúde e devem obedecer as condições de elegibilidade estabelecida neste contrato obrigando-se ao Empresário Individual a comprovar anualmente a elegibilidade dos Segurados dependentes incluídos no seguro.

12. Inclusão de Segurados

12.1 O Segurado titular incluído dentro do prazo de 30 (trinta) dias da data da vigência do Contrato ou admissão, terá como data de início de vigência a mesma data do evento que caracterizou sua condição de proponente e/ou o mesmo dia de vigência do Contrato, e respeitará os prazos de carência estabelecidos para o Grupo Segurado na ocasião da inclusão, e estará sujeito à Cobertura Parcial Temporária para doenças e lesões preexistentes.

12.1.1 O Segurado dependente incluído dentro do prazo de 30 (trinta) dias da data da vigência do Contrato, casamento, ou outro evento que habilite seu ingresso no Contrato, terá como data de início de vigência a mesma data do evento que caracterizou sua condição de dependente segurável e/ou o mesmo dia de vigência do Contrato, e respeitará os prazos de carência estabelecidos para o Grupo Segurado na ocasião da inclusão, e estará sujeito à Cobertura Parcial Temporária para doenças e lesões preexistentes.

12.2 O Segurado titular incluído após o prazo de 30 (trinta) dias da data da vigência do Contrato ou admissão, terá como data de início de vigência o mesmo dia de vigência do Contrato no mês subsequente, e deverá cumprir os prazos de carência e estará sujeito à cobertura parcial temporária para doenças e/ou lesões preexistentes.

12.2.1 O Segurado dependente incluído após o prazo de 30 (trinta) dias da data da vigência do Contrato, casamento, ou outro evento que habilite seu ingresso no Contrato, terá como data de início de vigência o mesmo dia de vigência do Contrato no mês subsequente, e deverá cumprir os prazos de carência e estará sujeito à cobertura parcial temporária para doenças e/ou lesões preexistentes.

12.3 O filho natural e/ou adotivo recém-nascido do Segurado Titular, incluído no Contrato em até 30 (trinta) dias do seu nascimento ou adoção, estará isento do cumprimento dos prazos de carência e cobertura parcial temporária para lesões e doenças preexistentes, desde que o Segurado Titular tenha isenção ou cumprido a carência de 180 (cento e oitenta) dias, respeitando as demais condições estabelecidas nestas Condições Gerais.

12.4 Quando o Segurado Titular estiver cumprindo o período de carência de 180 (cento e oitenta) dias, e o recém-nascido for incluído até 30 (trinta) dias da data do seu nascimento ou adoção, a cobertura assistencial a ser prestada ao recém-nascido seguirá o limite de carência já cumprida pelo Segurado Titular, e estará isento da cobertura parcial temporária para doenças e lesões preexistentes.

12.5 O filho adotivo, menor de 12 (doze) anos de idade do Segurado Titular, poderá ser incluído no Contrato com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo Segurado titular adotante, desde que a inclusão ocorra em até 30 (trinta) dias da adoção, guarda ou tutela e estará isento de cobertura parcial temporária para doenças e/ou lesões preexistentes.

12.6 O filho menor de 12 (doze) anos cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente pode ser incluído no Contrato em até 30 (trinta) dias do reconhecimento, e terá aproveitamento dos prazos de carência cumpridos pelo Segurado Titular pai, e estará isento de cobertura parcial temporária para doenças e/ou lesões preexistentes.

12.7 O neto recém-nascido do Segurado Titular, incluído no Contrato em até 30 (trinta) dias do seu nascimento, estará isento do cumprimento dos prazos de carência e Cobertura Parcial Temporária, respeitando as demais condições estabelecidas nestas Condições Gerais.

12.8 O filho natural e/ou adotivo recém-nascido, o neto recém-nascido, o filho adotivo menor de 12 (doze) anos e o filho menor de 12 (doze) anos cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente, incluído no Contrato após 30 (trinta) dias do evento que caracterizou a sua condição de dependente segurável, deverão cumprir as carências estabelecidas nestas Condições Gerais e estarão sujeitos à Cobertura Parcial Temporária, respeitando as demais condições aqui estabelecidas.

12.9 O Estipulante deverá disponibilizar à Seguradora, sempre que for solicitado, toda e qualquer documentação necessária que comprove a legitimidade da pessoa jurídica contratante e a elegibilidade de todos os Segurados incluídos no Contrato.

13. Documentos necessários para a contratação do seguro e inclusão de segurados:

a) Contrato Social, devidamente registrado no órgão competente;

b) Proposta de Seguro, assinada, sob carimbo, pelo corretor e pelo representante legal da empresa na forma de seus atos constitutivos ou mediante procuração registrada em cartório com poderes específicos para contratar.

c) Cartões-Proposta assinados pelo representante legal da empresa na forma de seus atos constitutivos ou mediante procuração registrada em cartório com poderes específicos para contratar e pelo Proponente;

d) Cópia da relação atualizada de Fundo de Garantia por Tempo de Serviço – FGTS acompanhada da última Guia de Recolhimento quitada;

e) Cópia do Contrato de Estágio assinado pelo estagiário e pelo representante legal da empresa, na forma de seus atos constitutivos ou mediante procuração registrada em cartório com poderes específicos para contratar e pela Instituição de ensino, todas sob carimbo;

f) Cópia do Contrato de Aprendiz assinado pelo aprendiz e pelo representante legal da empresa na forma de seus atos constitutivos e/ou Registro de Empregado assinado pelo empregado e pelo empregador, na forma de seus atos constitutivos, ou em ambas as situações mediante procuração registrada em cartório com poderes específicos para contratar e documento que comprove a inscrição/matrícula em Escola/Instituição de Ensino Técnico;

g) Registro de Empregado em papel timbrado, certidão de nascimento, casamento, escritura declaratória lavrada em cartório, tutela ou guarda judicial, passaporte, RNE - Registro Nacional de Estrangeiros e outros documentos que a Seguradora julgar necessários;

h) Outros documentos que a Seguradora julgar necessário, que comprovem oficialmente e financeiramente a constituição da Empresa, o vínculo entre o Grupo Segurado e o Estipulante e o vínculo entre Segurado e Dependentes;

i) Além de documentos que comprovem a elegibilidade dos segurados o Empresário Individual deverá apresentar documentos que comprove inscrição cadastral nos órgãos competentes, bem como sua regularidade junto à Receita Federal.

14. Formas de Inclusão

14.1 Movimentação Eletrônica de Cadastro

A empresa ou corretor efetuará o registro da inclusão no sistema da Seguradora “MECSAS” e através das informações fornecidas será definido de forma automática o início de vigência. Ao efetivar a solicitação da inclusão, o aplicativo/sistema, indicará a necessidade do envio de documentos à Seguradora para liberação da inclusão.

14.2 Movimentação Manual de Cadastro

Quando não for possível a utilização do "MECSAS", a Empresa utilizará a movimentação manual, oportunidade na qual deverá entregar à Seguradora na ocasião da inclusão do Segurado, o formulário fornecido pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado pelo representante legal do Estipulante, sob carimbo da empresa, com os documentos definidos pela Seguradora.

14.2.1 Os cartões proposta/declaração de saúde preenchido em desacordo com as condições estabelecidas e contratadas serão devolvidos ao Estipulante, que terá 10 (dez) dias para a regularização, contados a partir da data de devolução pela Seguradora.

14.2.2 Ultrapassado o prazo para regularização, a partir da reapresentação dos cartões proposta/declaração de saúde a Seguradora iniciará novo prazo de 15 (quinze) dias para análise da inclusão, considerando nova data para início de vigência do seguro.

15. Coberturas e Procedimentos Garantidos

Estão cobertos todos os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento para a segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia, na área de abrangência estabelecida no contrato, independente do local de origem do evento, para todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial da Saúde.

15.1 Cobertura Assistencial

15.1.1 Cobertura de eventos e procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento que necessitem de anestesia, com ou sem a participação de profissional médico anestesiologista caso haja indicação clínica.

15.1.2 As ações de Planejamento Familiar que envolvam as Atividades Educacionais, Aconselhamento e Atendimento Clínico, previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento.

15.1.3 Cobertura de todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões autoinfligidas.

15.1.4 Estão cobertos os procedimentos necessários ao tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas, decorrentes de procedimentos não cobertos, quando constarem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigentes à época do evento, respeitados os prazos de carência e Cobertura Parcial Temporária – CPT.

15.1.4.1 Procedimentos necessários ao seguimento de eventos excluídos da cobertura, como internação em leito de terapia intensiva após transplante não coberto, não são considerados tratamento de complicações, mas parte integrante do procedimento inicial, não havendo obrigatoriedade de sua cobertura.

15.1.5 Cobertura dos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho.

15.1.6 Os procedimentos realizados por laser, radiofrequência, endoscopia, laparoscopia e demais escopias somente terão cobertura assegurada quando assim especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, de acordo com a segmentação contratada.

15.2 Cobertura Ambulatorial

15.2.1 Cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, efetuadas por profissionais legalmente registrados no Conselho Regional de Medicina – CRM, em especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM.

15.2.2 Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico ou cirurgião dentista assistente, devidamente habilitado.

15.2.3 Cobertura de consultas ou sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo de acordo com número estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento de acordo com a indicação do médico assistente.

15.2.4 Cobertura de psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, que poderá ser realizada tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitados, de acordo com a indicação do médico assistente.

15.2.5 Cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, que podem ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, em número ilimitado de sessões por ano, de acordo com a indicação do médico assistente.

15.2.6 Cobertura de medicamentos registrados/regularizados na ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento.

15.2.7 Cobertura de hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;

15.2.8 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 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;

15.2.8.1 Definem-se adjuvantes como medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento.

15.2.9 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 as Diretrizes de Utilização estabelecidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, 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 a expiração ou renúncia da proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovada a 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; e

b) medicamento fracionado: medicamento fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição do órgão competente – ANVISA.

15.2.10 Cobertura dos procedimentos de radioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento.

15.2.11 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 Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente a época do evento.

15.2.12 Cobertura de hemoterapia ambulatorial.

15.2.13 Cobertura das cirurgias oftalmológicas ambulatoriais listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época o evento.

15.3 Cobertura Hospitalar

15.3.1 Cobertura de internações hospitalares, vedada à limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

15.3.1.1 Nos casos das internações exclusivamente psiquiátricas, quando ultrapassar 30 (trinta) dias de internação no transcorrer de 1 (um) ano de vigência do Segurado, haverá coparticipação de 50% (cinquenta por cento) ou o percentual máximo permitido pela ANS, definido em normativos vigentes.

15.3.1.2 Em casos de indisponibilidade de leito hospitalar na rede referenciada, é garantido ao Segurado o acesso à acomodação

em nível superior, sem ônus adicional, conforme determina a Lei nº 9.656/98.

15.3.2 Cobertura de internações hospitalares em Centro de Terapia Intensiva ou Similar, vedada à limitação de prazo, valor máximo e quantidade a critério do médico assistente.

15.3.3 Cobertura das despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação do Segurado, durante o período de internação.

15.3.3.1 Definem-se honorários médicos como aqueles honorários do cirurgião, auxiliares e anestesista, de acordo com os serviços realizados durante o período de internação do Segurado.

15.3.4 Cobertura de honorários referentes à visita médica durante os períodos de internação hospitalar, conforme justificativa do médico assistente.

15.3.5 Cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, 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 hospitalar.

15.3.6 Cobertura do atendimento por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico assistente.

15.3.7 Cobertura de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos contidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente á época do evento.

15.3.7.1 Cabe ao médico assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das Órteses, Próteses e Materiais Especiais – OPME necessários à execução dos procedimentos contidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento.

15.3.7.2 O profissional requisitante deve, quando assim solicitado pela Seguradora, justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos 03 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas.

15.3.7.3 Em caso de divergência entre o profissional requisitante e a Seguradora, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com as despesas arcadas pela Seguradora, de acordo com o disposto na cláusula 24, Divergências Médicas.

15.3.8 Cobertura de diárias e taxas hospitalares, de acordo com o serviço realizado, incluindo os materiais cobertos utilizados, durante período de internação.

15.3.9 Cobertura das despesas relativas a um acompanhante, que incluem:

a) acomodação e alimentação necessárias à permanência do acompanhante, para crianças e adolescentes menores de 18 (dezoito) anos. As despesas com alimentação, somente serão cobertas quando fornecidas pelo Hospital;

b) acomodação e alimentação, conforme indicação do médico ou cirurgião dentista assistente e legislações vigentes, para acompanhantes de idosos a partir de 60 (sessenta) anos de idade, e pessoas portadoras de necessidades especiais. As despesas com alimentação somente serão cobertas quando fornecidas pelo Hospital;

c) exclusivamente, a acomodação, para os segurados maiores de 18 (dezoito) anos, que optaram por planos com acomodação em apartamento.

15.3.10 Cobertura dos procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, 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.

15.3.11 Cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação, utilizados durante o período de internação hospitalar;

15.3.11.1 Em se tratando de atendimento odontológico, o cirurgião-dentista assistente e/ou o médico assistente irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao paciente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados; os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que, nas situações de imperativo clínico, necessitem ser realizados em ambiente hospitalar, não estão incluídos na cobertura.

15.3.12 Cobertura de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer.

15.3.13 Cobertura dos 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, conforme cláusula 15.2.8 e medicamentos para tratamento antineoplásico domiciliar de uso oral conforme cláusula 15.2.9;

c) Radioterapia: todos os procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;

d) Hemoterapia;

e) Nutrição parenteral ou enteral;

f) Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;

g) Embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;

h) Radiologia intervencionista;

i) Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;

j) Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento e;

k) Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato, mediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, exceto fornecimento de medicação de manutenção.

15.3.14 É assegurada a cobertura para transplante de órgãos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e dos procedimentos a eles vinculados, incluindo:

a) as despesas assistenciais com doadores vivos;

b) os medicamentos utilizados durante a internação;

c) o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato, mediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;

d) as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS;

15.3.14.1 O Segurado candidato a transplante de órgão proveniente de doador cadáver deverá estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs, sujeito ao critério de fila única de espera e de seleção conforme legislação vigente.

15.3.15 É garantida a cobertura de assistência para procedimentos hospitalares na modalidade de hospital-dia, ficando a critério do médico-assistente do segurado a sua indicação.

15.3.16 Cobertura de hospital-dia para transtornos mentais, para tratamento dos seguintes diagnósticos:

CID 10 da OMS	Diagnóstico
F10 e F14	**Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substância psicoativa.**
F20 a F29	**Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes.**
F30 e F31	**Transtornos do Humor.**
F84	**Transtornos globais do desenvolvimento.**

15.3.16.1 Entende-se hospital-dia para transtornos mentais como recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional, e proporcionando ao Segurado a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar.

15.4 Cobertura Obstétrica

Além de todas as coberturas citadas na Cobertura Hospitalar, ficam acrescidos os itens a seguir:

15.4.1 Procedimentos relativos ao pré-natal, da assistência ao parto e ao puerpério, bem como a cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do Segurado Titular ou dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto.

15.4.1.1 A cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do Segurado Titular ou dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias, ocorrerá desde que o Segurado Titular ou dependente tenha cumprido o prazo de 180 (cento e oitenta) dias de carência. Caso não tenha cumprido, a assistência ao recém-nascido deve respeitar a carência já cumprida pelo Segurado Titular ou dependente.

15.4.2 Cobertura das despesas, conforme indicação do médico assistente e legislações vigentes, relativas a um acompanhante indicado pela mulher

durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, conforme assegurado pela Lei 11.108, de 7 de abril de 2005, ou outra que venha substituí-la.

15.4.2.1 Entende-se pós-parto por 48 (quarenta e oito) horas, salvo contra indicação do médico assistente ou até 10 (dez) dias, quando indicado pelo médico assistente.

15.5 Remoção

15.5.1 O Segurado que já tiver cumprido os períodos de carência deverá ser removido, por via terrestre e a partir da ciência da Seguradora, desde que haja autorização de seu médico assistente e o consentimento do próprio segurado ou de seu responsável:

a) Quando o segurado estiver em hospital ou serviço de pronto atendimento vinculado ao Sistema Único de Saúde – SUS, localizado dentro da área de atuação do plano para um Hospital referenciado do plano contratado;

b) Quando o segurado estiver em hospital ou serviço de pronto atendimento privado não referenciado localizado dentro da área de atuação do plano para um hospital referenciado do plano contratado;

c) Quando o segurado estiver em hospital ou serviço de pronto atendimento referenciado dentro da área de atuação do plano contratado, somente deverá ser removido quando caracterizada pelo médico assistente, a falta de recursos para continuidade de atenção ao segurado na unidade de origem;

d) Quando o segurado estiver em hospital ou serviço de pronto atendimento público ou privado não pertencente a rede referenciada, localizado fora da área de atuação do plano contratado, para um hospital referenciado apto a realizar o devido atendimento, somente nos casos em que o evento que originou a necessidade do serviço tenha ocorrido dentro da área de atuação do plano contratado, e na indisponibilidade ou inexistência de rede referenciada, conforme Resolução Normativa nº 259;

e) Quando o segurado estiver em hospital ou serviço de pronto atendimento referenciado localizado dentro da área de atuação do plano contratado para outro hospital referenciado nos casos em que houver estabelecimento de saúde específico para determinados procedimentos indicados na relação da rede referenciada.

15.5.2 A remoção de Segurado que já tiver cumprido os períodos de carência não será obrigatória:

a) Quando o segurado estiver em local público ou privado que não seja uma unidade hospitalar ou serviço de pronto atendimento, ressalvadas as hipóteses de indisponibilidade e inexistência de rede referenciada conforme previsto na Resolução Normativa nº 259;

b) Quando o segurado estiver em hospital ou serviço de pronto atendimento referenciado localizado dentro da área de atuação do plano contratado, e solicitar remoção para hospital privado não pertencente à rede referenciada.

16. Exclusões de Cobertura

Estão expressamente excluídas da cobertura deste seguro, as despesas relacionadas a seguir:

16.1 Qualquer procedimento previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, realizado fora da abrangência geográfica e da área de atuação definidas no plano contratado;

16.2 Tratamento médico e/ou hospitalar decorrente de casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;

16.3 Internações Hospitalares, tratamentos ambulatoriais, mesmo que decorrentes de situações de Emergência e/ou Urgência, exames, terapias e consultas médicas realizadas ou prescritas por profissionais de especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM ou não habilitados legalmente no Conselho Regional de Medicina - CRM;

16.4 Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes e tratamentos cirúrgicos para alterações do corpo, exceto os previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;

16.5 Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;

16.6 Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios, não ligados ao ato cirúrgico ou com finalidade estética;

16.7 Enfermagem particular, seja em hospital ou residência, assistência domiciliar de qualquer natureza, consultas domiciliares e Home Care, mesmo que as condições de saúde do Segurado exijam cuidados especiais ou extraordinários;

16.8 Consultas, avaliações, sessões, tratamentos e quaisquer outros procedimentos de Medicina Ortomolecular;

16.9 Tratamentos clínicos, cirúrgicos com finalidade estética;

16.10 Tratamentos realizados em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, spas, estabelecimento para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;

16.11 Curativos e materiais de qualquer natureza ministrados ou utilizados fora do atendimento ambulatorial ou regime de internação hospitalar, ou seja, em domicílio, bem como os medicamentos utilizados em atendimento ambulatorial cuja obrigatoriedade de cobertura não esteja estipulada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;

16.12 Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, ou seja, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na Agência Nacional de Vigilância Sanitária;

16.13 Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, isto é, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao da unidade de saúde, com exceção dos medicamentos antineoplásicos orais assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;

16.14 Vacinas e autovacinas;

16.15 Inseminação artificial;

16.16 Internações clínicas ou cirúrgicas, exames e terapias não prescritos ou não solicitados pelo médico assistente;

16.17 Equipamentos e aparelhos, alugados ou adquiridos, após a alta concedida pelo médico assistente, mesmo que relacionados com o atendimento médico-hospitalar e/ou necessários a continuidade do tratamento do Segurado;

16.18 Quaisquer despesas extraordinárias não relacionadas com o atendimento médico-hospitalar do Segurado durante o período de Internação Hospitalar, tais como serviços telefônicos, itens do frigobar, jornais, TV, estacionamento, etc.;

16.19 Remoções realizadas por via aérea ou marítima;

16.20 Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, isto é, aquele que emprega medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados no país, ou considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina - CFM, ou cujas indicações não constem da bula/manual registrada na Agência Nacional de Vigilância Sanitária;

16.21 Tratamentos ou procedimentos odontológicos de qualquer natureza, inclusive os decorrentes de Acidente Pessoal, exceto os procedimentos cirúrgicos odontológicos buco-maxilo-faciais constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde–da ANS, vigente à época do evento e ocorridos em regime de internação hospitalar;

16.22 Despesas com a internação após a alta hospitalar concedida pelo médico assistente;

16.23 Exames Admissionais, Periódicos e Demissionais, bem como aqueles para a prática de esportes, para academias de ginástica ou aquisição ou renovação da Carteira Nacional de Habilitação - CNH;

16.24 Fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela CITEC – Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde;

16.25 Procedimentos que não constem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, para a Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia.

17. Vigência e Condições de Renovação Automática

17.1 O período mínimo de **vigência deste Contrato é de 24 (vinte e quatro) meses**, com início a partir da zero hora do dia subsequente à quitação bancária da 1ª (primeira) fatura do prêmio mensal.

17.2 Cumprida a vigência mínima inicial, este Contrato será renovado automaticamente por período indeterminado, salvo manifestação em contrário por escrito, com 60 (sessenta) dias de antecedência, por qualquer das partes.

17.3 Quando este Contrato for renovado por período indeterminado, não haverá cobrança de qualquer taxa no ato da renovação.

18. Carência

Período durante o qual, mesmo ocorrendo o pagamento do prêmio mensal pelo Estipulante, o Segurado não tem direito a determinadas coberturas.

A carência somente será aplicada aos segurados elegíveis para esta condição.

As coberturas garantidas neste contrato de seguro, somente terão efeito após o cumprimento dos prazos descritos para o grupo de carência, contados a partir da vigência do Segurado.

18.1 Grupos de Carência

a) Grupo de carência 0:
0 (zero) hora da data de vigência do segurado para acidente pessoal e 24 (vinte e quatro) horas da data de vigência do segurado, para atendimentos de urgência e/ou emergência, incluindo os decorrentes de complicações gestacionais;

b) Grupo de carência 1:
15 (quinze) dias da data de vigência do segurado para consultas médicas, procedimentos ambulatoriais sem necessidade de anestesia ou realizados sob anestesia local, serviços auxiliares de diagnose (exames laboratoriais,

raio x simples), fonoaudiologia, psicomotricidade, acupuntura, psicoterapia, terapia ocupacional e nutrição exceto os serviços descritos nos itens subsequentes;

c) Grupo de carência 2:
180 (cento e oitenta) dias da data de vigência do segurado para internações clínicas ou cirúrgicas e em hospital dia, inclusive para cirurgias oftalmológicas, ultrassonografias com doppler, tomografias computadorizadas, tilt tests, ressonância magnética, todos os procedimentos de radiologia intervencionistas, medicina nuclear), ecodopplercardiograma, holter cardíaco 24 horas, cateterismo cardíaco, angioplastias, arteriografias, endoscopias e laparoscopias, e as seguintes terapias: fisioterapia, oxigenoterapia hiperbárica, quimioterapia, radioterapia, escleroterapia, medicamentos antineoplásicos orais definidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, litotripsias, e diálises , terapias com imunobiológicos e pulsoterapia, e todos os demais procedimentos cobertos pelo seguro, excetuando-se os procedimentos descritos nas carências subsequentes;

d) Grupo de carência 3:
300 (trezentos) dias da data de vigência do segurado para parto a termo;

e) Grupo de carência 4:
180 (cento e oitenta) dias da data de vigência do segurado para transplantes de órgãos e tecidos e todos os procedimentos cirúrgicos associados a OPME /DMI (Orteses, Próteses, Materiais Especiais/Dispositivos Médicos Implantáveis);

f) Grupo de carência 5:
180 (cento e oitenta) dias da data de vigência do segurado para internações psiquiátricas Incluindo hospital dia;

19. Doenças e Lesões Preexistentes

Doenças ou Lesões Preexistentes são aquelas, que o segurado ou seu representante legal, saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ao seguro saúde.

19.1 O proponente deverá informar à Seguradora, quando expressamente solicitado na documentação contratual por meio da Declaração de Saúde, ou a qualquer tempo, o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes à época da adesão ao presente contrato, sob pena de caracterização de fraude, que poderá ensejar a rescisão contratual.

19.2 O proponente tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada, orientado por um médico pertencente à lista de profissionais da rede referenciada, sem qualquer ônus.

19.3 Caso o proponente opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede referenciada da Seguradora, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus financeiro dessa orientação.

19.4 O objetivo da entrevista qualificada é orientar o proponente para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde devem ser declaradas as doenças ou lesões que o segurado saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ao seguro saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.

19.5 Sendo constatada por perícia, entrevista qualificada ou através de declaração expressa do proponente, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a Seguradora oferecerá a cobertura parcial temporária, e, reserva-se o direito de não oferecer o agravo.

19.6 Cobertura Parcial Temporária - CPT é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da vigência do segurado no seguro saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo proponente ou seu representante legal.

19.7 Na hipótese de Cobertura Parcial Temporária, a Seguradora suspenderá somente a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta tecnologia e os procedimentos de alta complexidade, quando relacionados diretamente à Doença ou Lesão Preexistente.

19.7.1 Os Procedimentos de Alta Complexidade – PAC encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, disponível no site www.ans.gov.br.

19.8 Nos casos de Cobertura Parcial Temporária, findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses, contados a partir da vigência do segurado no seguro saúde, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme a segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia, prevista na Lei n° 9.656/1998.

19.9 Identificado indício de fraude por parte do Segurado, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da contratação do seguro saúde, a Seguradora deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao Segurado através de Termo de Comunicação ao Segurado.

19.10 A Seguradora poderá oferecer CPT ao Segurado pelos meses restantes, a partir da data de recebimento do Termo de Comunicação, até completar o período máximo de 24 (vinte e quatro) meses da adesão ao seguro saúde.

19.11 A Seguradora solicitará abertura de processo administrativo junto à ANS, quando da identificação do indício de fraude.

19.11.1 Instaurado o processo administrativo na ANS, à Seguradora caberá o ônus da prova.

19.12 A Seguradora poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do Segurado sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão preexistente.

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

19.14 Após julgamento, e acolhida a alegação da Seguradora pela ANS, o Segurado passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação da constatação da doença e lesão preexistente, pela Seguradora, bem como poderá ser excluído do contrato.

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

19.16 Não poderá ser alegada qualquer omissão de informação de doença ou lesão preexistente se for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no proponente pela Seguradora, com vistas à sua admissão no seguro saúde.

20. Atendimentos de Urgência e Emergência

20.1 A partir do início de vigência do segurado e respeitadas as carências estabelecidas nestas Condições Gerais, a cobertura para os atendimentos de urgência e emergência será aquela estabelecida no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, para a segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia.

20.1.1 Emergência é o evento que implique em risco imediato de vida ou lesões irreparáveis para o Segurado, caracterizada em declaração do médico assistente.

20.1.2 Urgência é o evento resultante de Acidentes Pessoais ou complicações no processo gestacional que exija avaliação ou atendimento médico imediato.

20.1.3 Acidente Pessoal é o evento com data e ocorrência caracterizadas, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só e independentemente de

qualquer outra causa, torne necessária a internação hospitalar ou o atendimento em regime ambulatorial do Segurado.

20.2 Nos casos de urgência e emergência, durante o cumprimento dos períodos de carência descritos nestas condições gerais, o Segurado terá cobertura ambulatorial assegurada até as primeiras 12 (doze) horas de atendimento ou até que ocorra a necessidade de internação.

20.3 Nos casos de urgência referente ao processo gestacional, durante o cumprimento dos períodos de carência, a Segurada terá cobertura ambulatorial assegurada até as primeiras 12 (doze) horas de atendimento ou até que ocorra a necessidade de internação.

20.4 Nos casos de urgência e emergência quando houver acordo para Cobertura Parcial Temporária, o Segurado terá cobertura ambulatorial assegurada até as primeiras 12 (doze) horas de atendimento ou até que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados a Doenças e Lesões Preexistentes.

20.5 A partir da constatação da necessidade de realização de procedimentos exclusivos de internação e cobertura hospitalar para os Segurados que estão em cumprimento dos períodos de carência, ou para aqueles que estão em acordo para CPT e que o atendimento resulte na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados a Doenças e Lesões Preexistentes, ainda que dentro do período de 12 (doze) horas e na mesma unidade de atendimento, será garantida a remoção do Segurado para uma unidade do SUS.

20.6 Após atendimento de urgência e emergência será garantida a remoção quando necessária por indicação médica para outra unidade referenciada ou para o SUS, quando não há cobertura para a continuidade do tratamento.

20.7 Quando o Segurado ou seu responsável optar, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento numa unidade diferente da definida no subitem anterior, a Seguradora estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

20.8 Caso não possa haver a remoção, em decorrência de risco de vida do Segurado, este ou seu responsável e o prestador do atendimento deverão negociar, entre si, a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando assim a Seguradora deste ônus.

20.9 Após atendimento de urgência e emergência será garantida a remoção do segurado para unidade da rede referenciada, quando caracterizada pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade do atendimento do segurado.

20.10 Nos casos de atendimento de urgência, exclusivamente decorrente de acidente pessoal, após decorridas 24 (vinte e quatro) horas da vigência do Segurado, é garantida a cobertura sem restrições.

20.11 Nos casos em que não for possível o atendimento de urgência e emergência na rede referenciada deste contrato, e tenha o Segurado desembolsado qualquer valor para atendimento, poderá solicitar o reembolso à Seguradora, desde que o atendimento tenha ocorrido dentro da abrangência geográfica do plano contratado. O valor a ser reembolsado não será inferior ao praticado pela Seguradora junto a Rede Referenciada e, não há obrigatoriedade de ser integral, em conformidade com o artigo 12, VI, da Lei nº 9.656/1998.

20.11.1 Os documentos para a solicitação do reembolso de que trata a cláusula anterior deverão ser entregues na SulAmérica em local informado por meio da Central de Relacionamento Saúde ou Portal SulAmérica Saúde, os quais são: nota fiscal quitada (quitação da nota fiscal), com a especificação e discriminação de cada atendimento realizado com os valores individuais, nome do paciente, valor cobrado, CPF, além de relatório médico, laudos de exames e outros documentos que sejam necessários a comprovação do atendimento realizado.

20.11.2 Os documentos necessários para a solicitação do reembolso estão especificados nas Características Essenciais dos Planos, no item reembolso.

21. Reembolso

É O PAGAMENTO TOTAL OU PARCIAL DOS PROCEDIMENTOS REEMBOLSÁVEIS DESCRITOS NA CLÁUSULA DE CARACTERÍSTICAS ESSENCIAS DE CADA PLANO, AO SEGURADO TITULAR COMPROVADAMENTE PAGOS POR ELE E/OU POR SEUS DEPENDENTES SEGURADOS, À PROFISSIONAIS OU INSTITUIÇÕES QUE NÃO FAÇAM PARTE DA REDE REFERENCIADA.

OS PROCEDIMENTOS REEMBOLSÁVEIS SÃO DIFERENCIADOS POR PLANO, E ESTÃO DESCRITOS NA CLÁUSULA DE CARACTERÍSTICAS ESSENCIAIS DE CADA PLANO.

22. Rede Referenciada

22.1 A Rede Referenciada consiste no conjunto de médicos, laboratórios, clínicas, prontos socorros e hospitais, disponibilizados pela Seguradora aos Segurados, para prestar atendimento médico-hospitalar de acordo com o plano contratado.

22.2 A Seguradora efetuará, por conta e ordem do Segurado, o pagamento aos profissionais ou instituições da Rede Referenciada pelos serviços médico-hospitalares cobertos realizados, bem como de medicamentos e materiais cirúrgicos cobertos pelo presente seguro.

22.3 Nestas situações, o segurado não desembolsará para os eventos cobertos, desde que observadas às condições do contrato, inclusive os casos previstos de Validação Prévia e o plano contratado.

22.4 As solicitações de serviços diagnósticos, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais podem ser solicitados por médico assistente ou cirurgião-dentista não pertencente à rede referenciada.

22.5 A Rede Referenciada poderá ser alterada, em qualquer época, por iniciativa dos próprios referenciados ou da Seguradora, respeitando os critérios estabelecidos na legislação vigente, em especial o Art. 17 da Lei n.º 9.656/98.

22.5.1 A relação contendo toda movimentação da rede referenciada estará disponível no site www.sulamerica.com.br, e na Central de Serviços SulAmérica Saúde.

22.6 Os estabelecimentos hospitalares da Rede Referenciada são classificados por especialidade médica e disponibilizados aos Segurados de acordo com o plano contratado.

22.7 Para utilização dos serviços de profissionais ou instituições da Rede Referenciada será indispensável à apresentação do Cartão SulAmérica Saúde seja a via física ou o cartão virtual, documento de identidade e validação prévia de procedimentos, quando necessária.

22.8 A relação da rede referenciada será disponibilizada por meio do website www.sulamerica.com.br, ou ainda por meio de telefone na Central de Serviços SulAmérica Saúde.

22.9 O Segurado, constatada qualquer dificuldade em seu atendimento diretamente pela rede referenciada, deverá contatar a Seguradora para fins de cumprimento dos prazos máximos para atendimento do Segurado, previstos na Resolução Normativa nº 259/2011 da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

22.10 Na hipótese de indisponibilidade de prestador integrante ou não da rede referenciada da SulAmérica no município de demanda do Segurado, o atendimento poderá ser prestado nos municípios limítrofes ou na região de saúde, nos termos previstos da Resolução Normativa nº 259 da ANS.

23. Validação Prévia de Procedimentos – VPP

23.1 Para a realização dos procedimentos abaixo relacionados, será necessária a solicitação de validação prévia, a qual será concedida pela Seguradora após análise das solicitações especificadas pelo Médico Assistente.

23.1.1 Internações: clínicas, cirúrgicas, obstétricas ou psiquiátricas.

23.1.2 Remoções.

23.1.3 Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapias.

a) Serviços auxiliares de diagnose, tais como: eletrocardiografia dinâmica (Holter), eletrococleografia, eletromiografia, eletroneuromiografia, ecocardiografia, tomografia computadorizada, angiografia, arteriografia, bioimpedanciometria, “tilt tests” e seus derivados, polissonografias, endoscopias, teste de função pulmonar, ressonância magnética, estudo hemodinâmico e estudos de medicina nuclear (cintilográficos ou não).

b) Serviços auxiliares de terapia, tais como: fisioterapia, oxigenoterapia hiperbárica, quimioterapia antineoplásica, radioterapia, braquiterapia, litotripsia, diálise, hemodiálise, hemofiltrações, psicoterapia, psicomotricidade, fonoaudiologia, terapia ocupacional, monitorização de pressão intracraniana e acupuntura.

23.1.4 Serviços ambulatoriais, tais como: cirurgias ambulatoriais com porte anestésico maior que zero e cirurgias de refração em oftalmologia, tanto unilaterais quanto bilaterais, conforme estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento.

23.2 Na Validação Prévia de Procedimentos para internação será prevista a quantidade de diárias de acordo com o tipo de tratamento. Quando necessária a permanência hospitalar por um período maior, a prorrogação da validação prévia de procedimentos deverá ser solicitada e submetida à apreciação da Seguradora.

23.3 Para análise adequada da validação prévia de procedimentos, a Seguradora reserva-se o direito de, sempre que julgar necessário, solicitar informações complementares ao médico assistente, a hospitais, clínicas, laboratórios e outros médicos que tenham tratado o Segurado anteriormente.

24. Divergências Médicas

As divergências e dúvidas de natureza médica, relacionadas aos serviços cobertos pelo plano contratado serão resolvidas por junta médica, nos termos da legislação da ANS, vigente à época do evento.

24.1 As divergências e dúvidas de natureza médica sobre procedimento ou evento em saúde a ser coberto serão solucionadas por meio de realização de junta médica. A junta médica será formada por três profissionais: o médico assistente, o médico da Seguradora e o médico desempatador.

24.2 O médico assistente e o médico da Seguradora poderão, em comum acordo e a qualquer momento, estabelecer a escolha do médico desempatador, sendo que o parecer do médico desempatador será acatado para fins de cobertura.

24.2.1 O médico desempatador da junta deverá ter habilitação em especialidade apta à realização do procedimento em questão, de acordo com o Conselho Federal de Medicina – CFM.

24.3 A Seguradora deverá garantir um profissional apto a realizar o procedimento nos termos indicados no parecer técnico conclusivo da junta.

24.4 No caso de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS deverão ser observadas as seguintes disposições:

24.4.1 Caberá ao médico assistente determinar as características das órteses, próteses e dos materiais especiais necessários à execução dos procedimentos contidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS.

24.4.2. O médico assistente deve justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos três marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA.

24.5 A junta médica deve ser composta somente por médicos. Poderá integrar como desempatador um médico, se convidado, em comum acordo entre médico assistente e o médico da Seguradora, para opinar em assuntos de sua competência.

24.6 A Seguradora deverá notificar, simultaneamente, o médico assistente e o Segurado, ou seu representante legal. A notificação deverá conter:

a) a identificação do médico da Seguradora responsável pela avaliação do caso;

b) os motivos da divergência técnico-assistencial;

c) a indicação de quatro médicos para formar a junta, acompanhada de suas qualificações;

d) o prazo para a manifestação do médico assistente;

e) a informação de que na recusa, intempestividade ou silêncio do médico assistente quanto à indicação do médico desempatador para formar a junta, haverá eleição pela Seguradora, dentre os indicados, do médico desempatador;

f) a informação de que o Segurado ou médico assistente deverão apresentar os documentos e exames que fundamentaram a solicitação do procedimento;

g) a informação de que a ausência não comunicada do Segurado, no caso de junta presencial, desobriga a Seguradora de cobrir o procedimento solicitado.

24.7 O médico assistente tem o prazo de 02 (dois) dias úteis, contados da data do recebimento da notificação citada no item 24.6 supra, para manter a indicação clínica ou acolher o parecer da Seguradora que motivou a divergência técnico-assistencial.

24.8 A junta deverá ser concluída com a elaboração de parecer técnico do médico desempatador, devendo tal parecer ser informado pela Seguradora em até 02 (dois) dias úteis ao Segurado e ao profissional assistente.

24.9 Caso a indicação do parecer conclusivo seja pela não realização do procedimento, não restará caracterizada a negativa de cobertura assistencial indevida por parte da Seguradora.

25. Coparticipação

25.1 O Estipulante poderá optar por planos com coparticipação financeira do Segurado. As condições e regras de coparticipação estão descritas nas Características Essenciais dos Planos com Coparticipação.

26. Prêmio Mensal

26.1 A formação do preço deste Contrato é preestabelecido, ou seja, o valor do prêmio é calculado antes da utilização das coberturas contratadas.

26.2 A responsabilidade pelo pagamento total do prêmio será do Estipulante, salvo os segurados mantidos no Contrato pela previsão dos artigos 30 e 31, da Lei nº 9.656 de 1.998.

26.3 O Estipulante obriga-se a pagar à Seguradora, em pré-pagamento, os valores relacionados na Tabela de Preços, por segurado, para efeito de inscrição e prêmio mensal, por meio de emissão de faturas.

26.4 A data do vencimento dos prêmios mensais será correspondente ao dia subsequente em que ocorreu a primeira quitação bancária. Caso a data coincida com dias em que não haja expediente bancário, o pagamento deverá ser feito no 1º (primeiro) dia útil subsequente.

26.5 O valor mensal per capita e acertos de valores decorrentes de alterações de planos, de inclusões e exclusões de Segurados serão cobrados na fatura mensal do mês subsequente às movimentações, conforme os valores vigentes na data do faturamento.

26.6 Se o Estipulante não receber a fatura mensal que possibilite realizar o pagamento de sua obrigação em até 5 (cinco) dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-la diretamente à Seguradora, para que não se sujeite a consequência da mora.

26.7 Não haverá distinção quanto ao valor do prêmio entre os Segurados que vierem a ser incluídos no Contrato e aqueles a este já vinculados.

26.8 Os prêmios serão pagos até seus respectivos vencimentos. Ocorrendo impontualidade no pagamento do prêmio, será cobrada multa de 2%, além de juros e correção monetária.

26.9 O atraso no pagamento do prêmio mensal implicará na suspensão automática do direito às coberturas do Contrato a partir do 1º (primeiro) dia de inadimplência do Estipulante.

26.10 O direito às coberturas deste Contrato será readquirido mediante identificação do pagamento do prêmio em atraso através da compensação bancária ou ainda pela apresentação do comprovante de pagamento junto à Seguradora.

26.11 O atraso no pagamento do prêmio mensal por período superior a 60 (sessenta) dias resultará no cancelamento do Contrato e na cobrança de eventuais prêmios vencidos **até a data do efetivo cancelamento**, exceto nos casos em que o Estipulante solicitou o cancelamento do Contrato com antecedência de 60 (sessenta) dias da data do vencimento do prêmio mensal.

26.12 O pagamento de prêmio mensal não quita eventuais débitos anteriores.

26.13 Se a Seguradora não identificar o pagamento de qualquer prêmio mensal vencido, poderá solicitar a comprovação do pagamento devidamente validada por estabelecimento bancário.

27. Reajuste do Prêmio do Seguro

De acordo com a Resolução Normativa – RN 309, de 24/10/2012, editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, os Contratos que contemplem até 29 (vinte e nove) vidas, serão agrupados e o percentual de reajuste será único para todos, independentemente do plano contratado.

O reajuste anual será aplicado no período que compreende o mês de maio, da divulgação do percentual, a abril do ano subsequente. Os critérios para o cálculo do percentual de reajuste estão definidos nas cláusulas a seguir:

27.1 Reajuste para Contratos com até 29 (vinte e nove) vidas

Caso a Empresa Contratante, na data da apuração, ou seja, na data de aniversário do contrato do ano anterior à aplicação do reajuste, possua até 29 (vinte e nove) Segurados, seu reajuste será calculado considerando todo o grupo de empresas na mesma condição e o percentual de reajuste apurado será aplicado igualmente para todo o grupo, independente do plano contratado.

27.1.1 Apuração da quantidade de vidas

As Empresas Contratantes terão como mês de referência para a primeira apuração da quantidade de vidas o mês de assinatura do contrato, sendo que as apurações subsequentes ocorrerão anualmente no mês de aniversário do contrato do ano anterior à aplicação do reajuste.

27.1.2 Cálculo do Percentual de Reajuste Único

Com o objetivo de manter o equilíbrio técnico atuarial dos contratos, o prêmio será reajustado anualmente com base no Percentual de Reajuste Único – PRU, composto pelos critérios abaixo, independentemente do reajuste aplicado automaticamente quando da mudança de faixa etária.

27.1.3 Reajuste Financeiro do Prêmio

O prêmio será reajustado com base na **V**ariação dos **C**ustos **M**édico-**H**ospitalares - **VCMH**, e de outras despesas incidentes sobre a operação do seguro, além de incorporações tecnológicas, e coberturas adicionais.

27.1.3.1 A **VCMH,** que poderá ser ponderada por plano, região e sexo, é calculada por meio da variação do custo do sinistro per capita anual de dois períodos consecutivos compreendidos de março a fevereiro, considerando os sinistros pagos dos contratos que contemplem até 29 (vinte e nove) segurados, sendo o último período imediatamente anterior à data de referência. Considera-se como data de referência o mês de maio do ano de início do ciclo de aplicação de reajuste.

27.1.3.2 Os sinistros dos 5 (cinco) primeiros meses de vigência dos contratos que compuserem a base de cálculo do reajuste serão substituídos pelo sinistro per capita dos demais meses de vigência do período de apuração desses contratos, o qual será multiplicado pela quantidade de segurados vigentes para cada mês substituído.

27.1.3.3 A variação encontrada, nos termos da apuração descrita, resultará no **Í**ndice de **V**ariação dos **C**ustos **M**édicos **H**ospitalares - **IVCMH**.

27.1.4 Reajuste do Prêmio em Função da Sinistralidade

27.1.4.1 O prêmio do seguro será reajustado sempre que o **Í**ndice de **R**eajuste de **S**inistralidade - **IRS** apurado no agrupamento estiver acima de 0,65 (sessenta e cinco centésimos).

27.1.4.2 Serão considerados todos os contratos que contemplem até 29 (vinte e nove) segurados, conforme determinado por meio de Resolução Normativa - RN 309, sendo que para fins de enquadramento no agrupamento de contratos observaremos os segurados efetivamente faturados nos períodos descritos na cláusula 27.1.1.

27.1.4.3 Na apuração do índice de sinistralidade serão considerados os valores de sinistros e prêmios pagos dos últimos 12 (doze) meses, que compreende o período de março a fevereiro, imediatamente anterior à data de referência. Considera–se como data referência o mês de maio do ano do inicio do ciclo de reajuste.

27.1.4.4 Os sinistros dos 5 (cinco) primeiros meses de vigência dos contratos que compuserem a base de cálculo do reajuste serão substituídos pelo sinistro per capita dos demais meses de

vigência do período de apuração desses contratos, o qual será multiplicado pela quantidade de segurados vigentes para cada mês substituído.

27.1.4.5 Não serão considerados os impostos e comissões incidentes sobre o valor do prêmio pago.

27.1.4.6 Os prêmios serão reajustados em função da sinistralidade, caso o índice da fórmula abaixo seja maior que 1 (um). Caso o índice seja menor que 1 deve ser utilizado 1 como resultado do **IRS**, que será utilizado na fórmula para compor o **Percentual de Reajuste Único – PRU.**

$$\textbf{IRS} = \left(\frac{\sum \textbf{Sinistros}}{\sum \textbf{Prêmios}} \right) \textbf{/ 0,65}$$

Em que:

IRS = Índice de **R**eajuste por **S**inistralidade;

∑ **Sinistros** = Soma dos sinistros pagos dos últimos 12 (doze) meses que compreende o período de março a fevereiro, imediatamente anterior à data referência. Considera-se como data referência o mês de maio do ano do inicio do ciclo de aplicação do reajuste.

Os sinistros dos 5 (cinco) primeiros meses de vigência dos contratos que compuserem a base de cálculo do reajuste serão substituídos pelo sinistro per capita dos demais meses de vigência do período de apuração desses contratos, o qual será multiplicado pela quantidade de segurados vigentes para cada mês substituído.

∑ **Prêmios =** Soma dos prêmios pagos líquidos de impostos e comissões dos últimos 12 (doze) meses que compreende o período de março a fevereiro, imediatamente anterior à data de referência. Considera-se como data de referência o mês de maio do ano do inicio do ciclo de aplicação do reajuste.

0,65= Índice Máximo de Sinistralidade.

27.1.5 Percentual de Reajuste Único - PRU

Desta forma, o PRU será obtido considerando a composição dos resultados encontrados pelas seguintes fórmulas:

27.1.5.1 Composição do Reajuste a ser aplicado aos contratos que foram considerados no agrupamento, sendo:

$$PRU = \left[(IVCMH * IRS) - 1 \right] * 100$$

Em que:

PRU = Percentual de Reajuste Único;

IVCMH = Índice de Variação dos Custos Médicos Hospitalares;

IRS = Índice de Reajuste por Sinistralidade dos contratos que fazem parte do agrupamento.

27.1.6 Aplicação do Percentual de Reajuste Único

O PRU (Percentual de Reajuste Único) será o máximo a ser aplicado ao prêmio mensal dos contratos que fizerem parte do agrupamento, entre os meses de maio de um ano a abril do ano seguinte, respeitada a data de aniversário dos contratos e ou o intervalo de 12 (doze) meses do último reajuste.

27.1.7 Comunicação do Percentual de Reajuste Único

O percentual de reajuste a ser aplicado ao agrupamento de contratos será divulgado até o primeiro dia útil do mês de maio de cada ano no Portal Sul América Saúde Online, área logada, e será informado se a Empresa Contratante integrou o agrupamento de contratos, além de comunicar a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

27.2 Reajuste para Contratos com mais de 29 (vinte e nove) vidas

Serão considerados todos os contratos **exclusivamente do produto SulAmérica Saúde PME** que contemplem mais de 29 (vinte e nove vidas), e os critérios para o reajuste estão definidos a seguir.

27.2.1 Reajuste Financeiro do Prêmio

O prêmio será reajustado com base na **V**ariação dos **C**ustos **M**édico-**H**ospitalares - **VCMH**, e de outras despesas incidentes sobre a operação do seguro, além de incorporações tecnológicas, ~~e~~ coberturas adicionais.

27.2.2 Reajustes do Prêmio em Função da Sinistralidade

O prêmio do seguro será reajustado sempre que o índice de sinistralidade apurado no grupo de empresas estiver **acima de 0,65 (sessenta e cinco centésimos).**

a) Na apuração do índice de sinistralidade serão considerados os valores de prêmios pagos e sinistros pagos, mais sinistros avisados e não pagos dos últimos 12 (doze) meses, que compreende o mês imediatamente anterior à data de apuração;

b) Não serão considerados prêmios e sinistros dos três primeiros meses de vigência dos contratos;

c) Os contratos que integrarão a base de cálculos devem ter mais que cinco meses de vigência;

d) Não serão considerados os impostos e comissões incidentes sobre o valor do prêmio pago;

e) Os prêmios serão reajustados em função da sinistralidade, caso o índice da fórmula abaixo seja maior que 1 (um). Caso o índice seja menor que 1 deve ser utilizado 1 como resultado do **IRS**, que será utilizado na fórmula abaixo para compor o percentual de reajuste.

$$\mathbf{IRS} = \left(\frac{\sum \textbf{Sinistros}}{\sum \textbf{Prêmios}} \right) / \mathbf{0,65}$$

Em que:

IRS = Índice de **R**eajuste por **S**inistralidade;

∑ **Sinistros** = Soma dos sinistros pagos mais sinistros avisados e não pagos dos últimos 12 meses imediatamente anterior a data de apuração

∑ **Prêmios** **=** Soma dos prêmios pagos dos últimos 12 meses imediatamente anterior a data de apuração

0,65= Índice Máximo de Sinistralidade.

27.2.3. Composição do Reajuste a ser aplicado aos contratos que contemplem mais de 29 vidas

$$\mathbf{R} = \left[\mathbf{(IVCMH * IRS) – 1} \right] \mathbf{*100}$$

Em que:

R = Reajuste

IVCMH = Índice de **V**ariação dos **C**ustos **M**édicos **H**ospitalares;

IRS = Índice de **R**eajuste por **S**inistralidade dos contratos que fazem parte do agrupamento. Caso o índice seja menor que 1 deve ser utilizado 1 na aplicação da fórmula.

27.2.4 A comunicação do reajuste à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS será realizada no prazo estabelecido nas normas regulatórias.

28. Variação do Prêmio por Mudança de Faixa Etária

28.1 O valor do prêmio mensal será adequado quando os Segurados mudarem de faixa etária, aplicando o percentual indicado na Tabela de Percentual por Mudança de Faixa Etária sobre o valor do último prêmio individual. A adequação do prêmio ocorrerá no mês subsequente ao aniversário do Segurado.

28.2 Os percentuais estão definidos de acordo com as regras da Resolução Normativa nº 63, Artigo 3º, Incisos I e II, instituída pela Agência Nacional de Saúde

Suplementar – ANS, e estão especificados na cláusula de Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME.

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

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

28.2.3 As variações por mudança de faixa etária não terão percentuais negativos.

28.2.4 A readequação por mudança de faixa etária não é considerada como reajuste nos termos do artigo 22 da RN 195, instituída pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

29. Extensão de Cobertura Assistencial para Demitidos e Aposentados

A extensão de cobertura assistencial é o direito de manutenção da condição de Segurado para ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa e aposentados que tenham contribuído com o seguro nos termos previstos nos art. 30 e 31 da Lei 9656/98.

29.1 Ex-empregado Demitido ou Exonerado sem Justa Causa

29.1.1 Ao ex-empregado, demitido ou exonerado sem justa causa**,** que contribuiu para o seguro-saúde, contratado na vigência da Lei nº 9656/98 ou a ela adaptado, em decorrência do vínculo empregatício, é assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral.

29.1.2 O período de manutenção desta condição será de 1/3 (um terço) do tempo de permanência, em que tenha contribuído para o seguro-saúde, na vigência da Lei nº 9656/98, ou seus sucessores, com um mínimo assegurado de 6 (seis) e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses.

29.1.3 Ainda que o pagamento de contribuição não esteja ocorrendo no momento do desligamento ou exoneração, sem justa causa, é assegurado ao empregado o direito previsto no artigo 30 da Lei nº 9656/98, na proporção do período ou da soma dos períodos de sua efetiva contribuição para o seguro-saúde.

29.1.4 Esse benefício é obrigatoriamente extensivo ao grupo familiar inscrito, quando da vigência do contrato de trabalho.

a) Essa obrigatoriedade não impede que a condição de segurado seja mantida pelo ex-empregado, individualmente, ou com parte do seu grupo familiar.

b) É permitida, ainda, ao Segurado Titular, durante ao período que faz jus à manutenção do benefício, a inclusão de novo cônjuge e filhos.

29.1.5 Em caso de morte do Segurado Titular na vigência do benefício, é garantido aos Segurados Dependentes, o direito de manter a condição de

Segurados deste seguro–saúde, pelo período remanescente da extensão da cobertura, desde que continuem pagando integralmente os prêmios.

29.1.6 O direito de manutenção, assegurado no seguro saúde para ex-empregados, demitidos ou exonerados, sem justa causa, não exclui vantagens obtidas pelos empregados, decorrentes de negociações coletivas de trabalho ou acordos coletivos de trabalho.

29.1.7 A condição de Segurado, do ex-empregado, demitido ou exonerado, sem justa causa, deixará de existir quando da admissão do Segurado Titular em novo emprego, cancelamento do seguro pelo Estipulante, inadimplência superior ao prazo estipulado em contrato tanto pelo Estipulante quanto pelo Segurado ou pelo decurso do prazo previsto na cláusula 29.1.2.

29.1.8 A manutenção da condição de Segurado no mesmo seguro-saúde em que se encontrava quando da demissão ou exoneração sem justa causa, observará as mesmas condições de cobertura assistencial, reajuste, preço, faixa etária e coparticipação existentes durante a vigência do contrato de trabalho.

29.2 Ex-empregado Aposentado

29.2.1 Ao ex-empregado aposentado ou para o aposentado que continuou trabalhando na empresa e venha a se desligar**,** desde que tenha contribuído para o seguro-saúde, contratado na vigência da Lei nº 9656/98 ou a ela adaptado, em decorrência do vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de 10 (dez) anos, é assegurado o direito de manter sua condição de segurado, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava, quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral.

29.2.2 Ao ex-empregado aposentado ou para o aposentado que continuou trabalhando na mesma empresa e venha a se desligar, desde que tenha contribuído para o seguro–saúde, por período inferior a 10 (dez) anos, é assegurada a permanência, no mesmo plano privado de assistência à saúde ou seu sucessor, desde que assuma o pagamento integral, à razão de 1 (um) ano para cada ano de contribuição.

29.2.3 Ainda que o pagamento da contribuição não esteja ocorrendo no momento da aposentadoria, é assegurado ao empregado o direito previsto no artigo 31 da Lei nº 9656/98, na proporção do período ou da soma dos períodos de sua efetiva contribuição para o seguro-saúde.

29.2.4 Esse benefício é obrigatoriamente extensivo ao grupo familiar inscrito, quando da vigência do contrato de trabalho.

a) Essa obrigatoriedade não impede que a condição de segurado seja mantida pelo ex-empregado aposentado, individualmente, ou com parte do seu grupo familiar.

b) É permitida, ainda, ao Segurado Titular, durante ao período que faz jus à manutenção do benefício, a inclusão de novo cônjuge e filhos.

29.2.5 Em caso de morte do Segurado Titular na vigência do benefício, é garantido aos Segurados Dependentes, o direito de manter a sua condição de Segurados deste seguro saúde, pelo período remanescente da extensão da cobertura, desde que continuem pagando integralmente os prêmios.

29.2.6 Ao aposentado que continuou trabalhando na mesma empresa, e veio a falecer antes de exercido o direito ao benefício, é garantido aos dependentes inscritos no seguro saúde, a manutenção deste plano, desde que continuem pagando integralmente os prêmios.

29.2.7 O direito de manutenção assegurado no seguro saúde, ao aposentado não exclui vantagens obtidas pelos empregados, decorrentes de negociações coletivas de trabalho ou acordos coletivos de trabalho.

29.2.8 A manutenção da condição de Segurado no mesmo seguro saúde em que se encontrava quando da aposentadoria, observará as mesmas condições de cobertura assistencial, de reajuste, preço, faixa etária e coparticipação existentes durante a vigência do contrato de trabalho.

29.3 Da Mudança de Operadora

29.3.1 No caso de oferecimento de plano privado de assistência à saúde pelo Estipulante, mediante a contratação sucessiva de mais de uma Operadora, serão considerados para fins de aplicação dos direitos previstos no art. 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998, os períodos de contribuição do ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado decorrentes da contratação do Estipulante com várias Operadoras.

Esta condição somente se aplica aos contratos da cadeia de sucessão contratual, que tenham sido celebrados após 1º de janeiro de 1999 ou tenham sido adaptados à Lei nº 9.656, de 1998.

29.3.2 Os ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados e seus dependentes, beneficiários do plano privado de assistência à saúde anterior, deverão ser incluídos em plano privado de assistência à saúde da mesma Operadora contratada para disponibilizar plano de saúde aos empregados ativos.

29.4 Da Sucessão de Empresa Empregadora

A contribuição do empregado no pagamento de contraprestação pecuniária dos planos privados de assistência à saúde oferecidos sucessivamente em decorrência de vínculo empregatício estabelecido com empresas que foram submetidas a processo de fusão, incorporação, cisão ou transformação, será considerada, para fins de aplicação dos direitos previstos nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656, de 1998, como contribuição para um único plano privado de assistência à saúde, ainda que ocorra rescisão do contrato de trabalho.

29.5 Comunicação ao Segurado

Será de inteira responsabilidade do Estipulante, oferecer a Extensão de Cobertura do seguro-saúde ao ex-empregado, demitido ou exonerado sem justa causa e ao aposentado, que contribuíram a qualquer tempo com o benefício, de acordo com os critérios definidos neste documento e na Cartilha de Extensão de Benefício do Seguro Empresarial aos Segurados Contributários Demitidos ou Exonerados Sem Justa Causa e/ou Aposentados. Esta Cartilha está disponibilizada no Portal SulAmérica Saúde (www.sulamerica.com.br/saudeonline), módulo Empresa.

29.5.1 O Estipulante também deverá comunicar os dependentes do aposentado que continuou trabalhando na mesma empresa e veio a falecer, antes de ter exercido o benefício, o direito à manutenção do seguro-saúde, desde que continuem pagando integralmente o prêmio mensal.

29.5.2 O ex-empregado, demitido ou exonerado sem justa causa, o aposentado e/ou os seus dependentes, nos casos descritos na cláusula anterior, poderão optar pela manutenção da condição de Segurado, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, em resposta à comunicação do Estipulante, formalizada no ato da rescisão contratual ou da data do óbito do aposentado.

29.5.2.1 A contagem do prazo de 30 (trinta) dias, somente se inicia a partir da comunicação inequívoca ao ex-empregado, demitido ou exonerado sem justa causa, ao aposentado ou dependentes do aposentado falecido, sobre a opção de manutenção da condição de Segurado, em equivalência àquelas que gozava quando da vigência do contrato de trabalho.

29.5.3 O valor do prêmio a ser pago pelo ex-empregado, demitido ou exonerado sem justa causa, aposentado ou dependentes do aposentado falecido, deverá corresponder ao valor integral estabelecido na tabela de custos por faixa etária, com as devidas atualizações, disponibilizada aos Segurados, quando da contratação do seguro.

29.5.4 A SulAmérica disponibilizará no Portal SulAmérica Saúde Online, nos módulos Empresa e Segurado, o valor correspondente ao custo por faixa etária, mesmo que haja financiamento do Estipulante, conforme determina a Resolução Normativa nº 279/11.

29.6 Responsabilidades do Estipulante

29.6.1 O Estipulante é responsável pelo oferecimento da Extensão de Cobertura Assistencial ao ex-empregado, demitido ou exonerado sem justa causa, ao aposentado ou dependentes do aposentado falecido, nos termos destas Condições Gerais.

29.6.2 O Estipulante deverá informar à Seguradora, no ato da exclusão de qualquer Segurado, por meio de formulário os dados definidos pela ANS, por meio da Resolução Normativa nº 279/11, os quais são:

a) Se o Segurado foi excluído por demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria;

b) Se o Segurado demitido ou exonerado sem justa causa se enquadra no disposto do artigo 22, da Resolução Normativa nº 279/11, que trata do aposentado que continuou trabalhando na mesma empresa;

c) Se o Segurado contribuía para o pagamento do seguro-saúde;

d) Por quanto tempo o Segurado contribuiu para o pagamento do seguro-saúde; e

e) Se o ex-empregado ou aposentado optou pela sua manutenção como beneficiário ou se recusou a manter esta condição.

29.6.2.1 A exclusão será aceita pela Seguradora, sendo de responsabilidade do Estipulante, a comprovação de que o ex-empregado foi comunicado da opção de manutenção da condição de Segurado, bem como, das informações contidas no artigo 11 da Resolução Normativa nº 279/11 conforme cláusula anterior.

29.6.2.2 A Seguradora disponibiliza formulário denominado Termo de Opção e Transferência do Seguro, sendo obrigatório o envio deste documento devidamente preenchido, para que a exclusão seja processada, quando o ex-empregado contribuiu a qualquer tempo com o seguro saúde, nesta Seguradora ou em Operadora anterior e optou pela extensão do benefício, nos termos dos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98.

29.6.3 O Estipulante deverá comunicar, por escrito, à Seguradora, em até 30 (trinta) dias após o desligamento, a opção do Segurado pela Extensão de Cobertura Assistencial, apresentando os seguintes documentos:

a) Formulário denominado Termo de Opção e Transferência do Seguro, definido pela Seguradora, devidamente assinada pelo Estipulante e ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado, disponibilizado no Portal SulAmérica Saúde Online (www.sulamerica.com.br/saudeonline);

b) Se demitido, cópia da Rescisão Contratual;

c) Se aposentado, cópia da Rescisão Contratual e Concessão de Aposentadoria**;**

d) Se aposentado falecido, Concessão de Aposentadoria e Certidão de Óbito.

29.7 O Estipulante, neste ato, responsabiliza-se, por quaisquer reclamações ou outros procedimentos de natureza administrativa ou judicial, que venham a ser propostos, a qualquer tempo, por seus Segurados contra a Seguradora, relacionados à incorreção das informações prestadas, pela Estipulante, no formulário ou meio eletrônico, para a exclusão e/ou transferência de Segurados, bem como, por irregularidade na correspondente documentação.

29.8 Disposições Gerais

29.8.1 É permitido ao empregador subsidiar o seguro-saúde ou promover a participação dos empregados ativos no seu financiamento, devendo o valor correspondente ser explicitado aos Segurados.

29.8.2 A cobrança direta do prêmio ao ex-empregado, exonerado ou demitido sem justa causa ou aposentado, quando da extensão do benefício, em razão dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98, poderá ser realizada pela Seguradora, desde que por conta e ordem do Estipulante.

29.8.3 Mesmo que haja acordo entre a Seguradora e o Estipulante para que a cobrança deste benefício seja direta, por conta e ordem do Estipulante, os Segurados continuarão vinculados ao plano coletivo para todos os fins, dentre os quais, a apuração de sinistralidade na carteira de pequenas e médias empresas – PME.

29.8.4 Quando houver cancelamento do benefício, o Segurado poderá optar por um plano individual, no prazo de 30 (trinta) dias, com aproveitamento dos períodos de carência, desde que esta Seguradora, sob o registro nº 006246, esteja comercializando produto individual na ocasião.

29.8.5 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 Segurado garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei 9.656, de 1998, poderão exercer a portabilidade especial de carências conforme previsto nas Resoluções Normativas publicadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

30. Exclusão do Segurado

30.1 A Seguradora efetuará a exclusão do Segurado titular nas seguintes situações:

a) Após cientificação pelo Estipulante, nos termos da legislação vigente, sobre a solicitação do Segurado Titular;

b) Por solicitação do Estipulante por resguardado o direito de Extensão de Cobertura Assistencial previsto na legislação vigente, nos casos de término de vínculo empregatício, sendo de inteira responsabilidade de o Estipulante informar à Seguradora sobre a extinção do vínculo do Segurado Titular;

c) Por solicitação do próprio Segurado titular, sem a anuência do Estipulante, nos termos da regulação vigente;

d) Devido ao Cancelamento do Seguro por qualquer das Partes;

e) Em caso de morte do Segurado Titular. A exclusão do Segurado deverá ser comunicada pelo Estipulante em até 30 (trinta) dias da data do seu falecimento, de forma a evitar cobrança de prêmio;

f) Infrações ou fraudes comprovadas ou prática de conduta com o objetivo de obter vantagens ilícitas ou indevidas do seguro ou da Seguradora, praticadas por qualquer dos Segurados;

g) Por falta de observação e cumprimento pelo Segurado e seus Dependentes às obrigações contratuais previstas no contrato ou no caso de declarações inexatas para a Seguradora, em qualquer momento;

h) Cancelamento do Seguro pelo Estipulante.

30.2 O Segurado Dependente será excluído do seguro nos casos de:

a) Perda da condição de dependência definida neste Contrato;

b) Exclusão do Segurado Titular;

c) Por solicitação do Segurado Titular, nos termos da legislação vigente;

d) Devido ao Cancelamento do Seguro por qualquer das Partes.

30.3 Formas de Exclusão

30.3.1 Movimentação Eletrônica de Cadastro

A empresa ou corretor efetuará o registro da exclusão no sistema da Seguradora "MECSAS" e através das informações fornecidas serão definidas de forma automática o fim de vigência, sendo obrigatório o envio de documentos que comprovem a perda do vínculo com o Estipulante para que a exclusão seja processada.

30.3.2 Movimentação Manual de Cadastro

A empresa deverá entregar à Seguradora na ocasião da exclusão do Segurado, o formulário de exclusão fornecido pela Seguradora, denominado Manutenção de Beneficiário e o Termo de Opção e Transferência do Segurado, devidamente preenchido e assinado pelo representante legal do Estipulante, sob carimbo da empresa. O fim de vigência será o último dia do mês de competência da data da contratação do seguro com base no protocolo de entrega na Seguradora.

31. Cancelamento do Contrato

31.1 Cancelamento do Contrato por iniciativa da Seguradora e/ou Estipulante

31.1.1 O cancelamento imotivado do Contrato por iniciativa da Seguradora e/ou do Estipulante, sem direito a devolução dos prêmios pagos, somente poderá ocorrer após os 12 (doze) meses de contrato e mediante comunicação por escrito por qualquer das partes, com no

mínimo 60 (sessenta) dias de antecedência da data do efetivo cancelamento, e o pagamento dos prêmios deverá ocorrer neste período.

31.2 Cancelamento do Contrato por iniciativa da Seguradora

31.2.1 O cancelamento imotivado do Contrato por iniciativa da Seguradora, sem direito a devolução dos prêmios pagos, exclusivamente quando contratado por Empresário Individual somente poderá ocorrer na data de seu aniversário, mediante comunicação prévia ao contratante, com 60 (sessenta) dias e o pagamento dos prêmios deverá ocorrer neste período, obrigando-se a Seguradora apresentar as razões da rescisão no ato da comunicação.

31.3 Cancelamento do Contrato por iniciativa da Seguradora

31.3.1 O Contrato estará sujeito ao cancelamento a qualquer momento inclusive para o Empresário Individual por iniciativa da Seguradora, sem direito a devolução dos prêmios pagos, nas seguintes situações:

a) Quando por critérios técnicos-atuariais a manutenção do Grupo Segurado tornar-se inviável, a Seguradora comunicará ao Estipulante por escrito com no mínimo 60 (sessenta) dias de antecedência;

b) Quando o Grupo Segurado reduzir-se a número inferior a 3 (três) vidas;

c) Inadimplência superior a 60 (sessenta) dias;

d) Quando o Estipulante, Proponente ou seu responsável legal não fizer declarações verdadeiras e completas na Proposta de Seguro ou no Cartão Proposta/Declaração de Saúde, omitindo circunstâncias que possam influir na aceitação do seguro ou no valor do prêmio mensal, conforme estabelecido no Código Civil Brasileiro;

e) Quando for identificado pela Seguradora, infrações, fraudes comprovadas, indícios de fraudes ou prática de conduta com o objetivo de obter vantagens ilícitas ou indevidas do seguro ou da Seguradora, praticadas por qualquer dos Segurados.

f) Quando for comprovada a distribuição da ação ou a decretação de falência, de Liquidação judicial/extrajudicial ou de recuperação judicial/extrajudicial, em face do Estipulante.

g) Por falta de observação e cumprimento pelo Segurado e seus Dependentes às obrigações contratuais previstas no Contrato ou no caso de declarações inexatas para a Seguradora, em qualquer momento.

31.3.2 O Contrato quando celebrado por empresário individual estará sujeito ao cancelamento por iniciativa da Seguradora, sem direito a devolução dos prêmios pagos, na seguinte situação:

a) Quando verificada a sua ilegitimidade, ou seja, a não conservação da inscrição nos órgãos competentes e regularidade junto à Receita Federal, bem como a inelegibilidade dos Segurados dependentes, a Seguradora notificará o Empresário Individual com antecedência de 60 (sessenta) dias, e poderá rescindir o contrato caso não seja comprovada, neste prazo, a regularidade do seu registro nos órgãos competentes, bem como a elegibilidade dos Segurados Dependentes.

31.4 Cancelamento do Contrato antes do período inicial de 12 (doze) meses.

31.4.1 O Estipulante somente poderá solicitar o cancelamento de seu Contrato antes de completado o período de 12 (doze) meses da contratação, no caso em que houver a decretação de sua falência, conforme descrito no item f da cláusula 31.3.1, devendo comunicar a Seguradora por escrito com no mínimo 60 (sessenta) dias de antecedência da data do efetivo cancelamento, período este em que deverá ocorrer o pagamento dos prêmios mensais, todavia, exclusivamente nesta situação, não haverá cobrança do prêmio complementar previsto na cláusula 31.4.2.

31.4.2 Nos casos em que o Estipulante solicitar o cancelamento do Contrato antes de completar o prazo de 12 (doze) meses da contratação, e que o motivo não for exclusivamente o item f na cláusula 31.3.1, deverá comunicar à Seguradora com no mínimo 60 (sessenta) dias de antecedência da data do efetivo cancelamento, e o pagamento dos prêmios deverá ocorrer neste período.

31.4.2.1 O Estipulante, no caso de cancelamento do Contrato antes de completar o prazo de 12 (doze) meses da contratação deverá pagar também prêmio complementar, equivalente a 3 (três) vezes o valor da média das faturas já emitidas durante o período em que o Contrato esteve ativo.

31.4.3 O prêmio complementar também será cobrado nos casos em que a Seguradora cancelar o Contrato pelos motivos definidos na cláusula 31.3.1, além da cobrança dos prêmios vencidos, adotando-se o mesmo parâmetro definido no item 31.4.2.1 acima para cálculo do valor a ser pago.

31.4.4 O pagamento da fatura correspondente ao prêmio complementar, deverá ocorrer até a data de vencimento indicada na fatura, sendo que em caso de atraso haverá incidência de multa, juros e correção monetária, conforme previsto na cláusula 26 de Prêmio Mensal.

32. Disposições Gerais

32.1 Fazem parte destas Condições Gerais, todos os formulários para inclusão e exclusão do Segurado, Carta de Orientação ao Segurado, Declaração de Saúde,

Cartões SulAmérica Saúde, Guia Prático do Segurado, Proposta de Seguro, Manual de Orientação para Contratação do Plano – MPS e o Guia de Leitura Contratual.

32.2 Será de responsabilidade do Estipulante, além de outras já estabelecidas nestas Condições Gerais, a entrega do Manual de Orientação para Contratação – MPS, Guia de Leitura Contratual e cópia das Condições Gerais, de acordo com as exigências da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, conforme segue:

a) entregar ao Segurado Titular o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde – MPS, previamente à sua inclusão no seguro;

b) entregar, junto com o Cartão de Identificação do Segurado Titular o Guia de Leitura Contratual – GLC;

c) disponibilizar sempre que solicitado pelo Segurado Titular cópia das Condições Gerais, contemplando, no mínimo, os temas referenciados no GLC.

32.3 O MPS e o GLC são instrumentos destinados a informar ao Segurado os principais aspectos a serem observados no momento da contratação de planos de saúde e a facilitar a compreensão do conteúdo do contrato, por meio da indicação das referências aos seus tópicos mais relevantes.

32.4 A Seguradora disponibiliza o MPS e o GLC por meio do website www.sulamerica.com.br, com o objetivo de facilitar o acesso pelo Estipulante e Segurado, e devem ser seguidos em sua íntegra, conforme determina a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

32.5 O Estipulante será responsável pelo recolhimento e destruição dos Cartões SulAmérica Saúde nos casos de desligamento dos Segurados ou imediatamente após o cancelamento do seguro.

32.6 O Estipulante será responsável pelo pagamento de todas as despesas médico-hospitalares efetuadas indevidamente após o desligamento do Segurado ou cancelamento do seguro, corrigidas pelo IGPM acumulado no período.

32.7 O Estipulante deverá disponibilizar à Seguradora sempre que solicitado, toda e qualquer documentação necessária que comprove a relação de vínculo empregatício entre empregado e empregador, a relação de dependência financeira entre empregado e dependente e outras relações de trabalho definidas no momento da contratação do seguro, para preservar a integridade do contrato e validação do grupo segurável definido no momento da contratação.

32.7.1 Na ocorrência de constatação da divergência encontrada entre o Grupo Segurável previsto neste contrato e o Grupo Segurado efetivamente coberto, serão tomadas as providências a seguir:

32.7.1.1 O Estipulante do contrato será o responsável pelo pagamento do valor integral de todos os sinistros por atendimento em rede referenciada, reembolsos e validações prévias ocorridas durante o período de vigência deste Segurado, acrescidas de despesas administrativas e financeiras.

32.7.1.2 A Seguradora providenciará, imediatamente à constatação de divergências, a exclusão do Segurado que será para o último dia que antecede o dia da vigência do Estipulante.

32.8 O Estipulante compromete-se a arcar com todas e quaisquer despesas decorrentes de processos judiciais ou administrativos movidos por seus Beneficiários, relativos ao seguro saúde objeto da presente avença, incluindo-se inclusive os valores de eventuais procedimentos não cobertos que seja a Seguradora obrigada a arcar, obrigando-se o Estipulante a ressarcir a Seguradora, na íntegra, todos os custos ocorridos com demandas propostas pelos Beneficiários Titulares principais e/ou dependentes.

32.8.1 O Estipulante efetuará o ressarcimento de tais despesas em até 10 (dez) dias a contar da data do recebimento da solicitação, por escrito, da Seguradora.

32.8.2 O Estipulante envidará esforços para responder a eventuais questionamentos da Seguradora, bem como para fornecer subsídios para defesa ou resposta em processos judiciais em que a Seguradora for demandada.

32.9 O Estipulante se compromete no caso de cancelamento do seguro saúde junto à Seguradora e realização de nova contratação com objeto similar ao do presente contrato junto a outra Operadora de seguro saúde, a transferir, integralmente, a massa de Segurados e respectivos dependentes, com todos os seus direitos e obrigações, Segurados autores de ações, com ou sem deferimento de liminares judiciais, bem como os Segurados na condição de demitidos e aposentados, ressarcindo à Seguradora, de imediato, na íntegra, todas as despesas ocorridas com os respectivos Segurados nestas situações, em face de eventual impossibilidade de efetivação da transferência, bem como com todas as despesas e ônus decorrentes de eventuais ações judiciais e ou administrativas propostas por Segurados e respectivos dependentes que impeçam a transferência destes ao novo seguro saúde contratado e/ou imponham à Seguradora o custeio de procedimentos após o final de vigência do contrato.

32.10. Responsabilidade Sócio Empresarial. O Estipulante declara que:

a) Leu concorda e cumpre com a Cláusula de Responsabilidade Sócio-Ambiental da Seguradora, disponível por meio do link http://www.sulamerica.com.br/sustentabilidade/clausuladesustentabilidade_sulamerica_060814.pdf, e com a Política de Anticorrupção da Seguradora e o Código de Conduta Ética desta, ambos disponíveis por meio do link https://ri.sulamerica.com.br/governanca-corporativa/politicas-e-regimentos/.

b) Não pratica nenhuma das atividades descritas na lista de exclusão divulgada em www.ifc.org (por meio do link "IFC Sustainability Framework/IFC Exclusion List")".

33. Remissão do Pagamento dos Prêmios

33.1 Objeto

Garantia aos Dependentes Remidos da continuidade no Seguro Saúde contratado pelo prazo de 2 (dois) anos, desobrigados do pagamento dos Prêmios, em decorrência do falecimento do Segurado Titular.

33.2 Dependentes Remidos

33.2.1 Serão considerados como dependentes remidos do Segurado titular, exclusivamente o cônjuge ou companheiro (a), os filhos solteiros ou adotivos e netos. Equiparam-se a filhos, o enteado e o menor que esteja sob a guarda ou tutela do Segurado Titular por determinação judicial, incluídos no seguro até o dia anterior ao falecimento do Segurado Titular.

33.2.2 Não será admitida a inclusão de novos Segurados durante o período de Remissão do Pagamento dos Prêmios.

33.3 Carência

O direito à Remissão do Pagamento dos Prêmios será adquirido **após 180 (cento e oitenta) dias da data de início de vigência do Segurado**, exceto quando o falecimento for decorrente de Acidente Pessoal devidamente comprovado.

33.4 Direito à Remissão do Pagamento dos Prêmios

A Remissão do Pagamento dos Prêmios somente entrará em vigor se:

a) O falecimento do Segurado Titular ocorrer durante a vigência do seguro;

b) O falecimento do Segurado Titular for decorrente de evento coberto pelo seguro contratado;

c) O falecimento do Segurado Titular não for causado por Doença ou Lesão Preexistente, ainda que submetida a cobertura parcial temporária - CPT;

d) O Segurado Titular tiver cumprido o prazo de carência previsto no seguro contratado para o evento causador de sua morte;

e) Existir vínculo com o Estipulante na data do falecimento;

f) Todos os prêmios mensais anteriores à data do falecimento do Segurado Titular estiverem quitados.

33.5 Comunicação à Seguradora

O Estipulante deverá comunicar o falecimento do Segurado Titular à Seguradora por escrito, em até 30 (trinta) dias da data do fato, anexando cópia da Certidão de Óbito, caso contrário, os dependentes perderão o direito a remissão.

33.6 Início de Vigência

O início de vigência da Remissão do Pagamento dos Prêmios será sempre o 1º (primeiro) dia do mês subsequente da comunicação formal à Seguradora do falecimento do Segurado Titular.

33.7 Cancelamento da Remissão do Pagamento dos Prêmios

A Remissão do Pagamento dos Prêmios estará automaticamente cancelada, independente de interpelação judicial ou extrajudicial e sem que caiba indenização, nas seguintes situações:

a) Perda da condição de Dependente Remido;

b) Decorridos os 02 (dois) anos de Remissão do Pagamento dos Prêmios;

c) Constatação de infrações ou fraudes praticadas por qualquer Segurado Remido;

d) Cancelamento do contrato principal de Seguro Saúde ao qual se vinculam os Segurados Remidos.

34. MECSAS: Movimentação Eletrônica de Cadastro

O Meio Eletrônico de Cadastro SulAmérica – MECSAS, é um sistema disponibilizado pela Seguradora para utilização de Corretores e Clientes (Pessoa Jurídica) de forma que possam transmitir eletronicamente as solicitações de suas movimentações cadastrais como inclusões, exclusões, alterações, transferências e reaberturas, em ambiente de internet.

34.1 O Estipulante poderá optar pela utilização da ferramenta e deverá assinalar esta opção na proposta de seguro, estabelecendo inclusive se a manutenção será feita pelo próprio ou pelo Corretor Nomeado.

35.1.1 A opção assinalada pelo Estipulante na proposta de seguro indica o aceite do Termo de Aceitação e Responsabilidade MECSAS conforme descrito a seguir:

34.2 Termo de Aceitação e Responsabilidade MECSAS

34.2.1 A Estipulante ou Administradora de Benefícios, doravante, denominada Contratante ou a Corretora, por ela designada, que receberá a denominação de Corretora Nomeada, declara-se ciente e de acordo de que a aplicação fornecida pela Contratada, Sul América Companhia de Seguro Saúde, sem ônus de custo de implantação e gratuito, com denominação de Meio Eletrônico de Cadastro SulAmérica - MECSAS, deverá ser utilizado de forma exclusiva e concorda em não ceder o aplicativo para uso de terceiros, nem mesmo para cópias, e a não permitir violações nos programas e códigos, excetuadas as alterações feitas pela Contratada.

34.2.2 O MECSAS habilita a Contratante ou a Corretora Nomeada a realizar, após cadastrar seu login e senha, procedendo de acordo com as regras estabelecidas nas condições gerais do contrato em vigor e os prazos, informações e restrições constantes da Ajuda/Help do próprio aplicativo - as movimentações disponíveis no cadastro de segurados e através do recurso Importar Lote.

a) Inclusões;

b) Exclusões;

c) Alteração de Sexo;

d) Alteração de Nome;

e) Alteração de Data de Nascimento;

f) Transferência para Condição de Remido*;

g) Atualização de Dados Cadastrais;

h) Alteração de Dados Bancários;

i) Alteração de Plano;

j) Transferência para Condição de Demitido e/ou Aposentado**;

k) Transferência de Empresas;

l) Reabertura de Matrícula;

m) Correção de CPF.

* Para empresas que possuam cláusula de remissão.

** Para Beneficiários que contribuem ou contribuíram para o plano, de acordo com os Art. 30 e 31 da Lei 9656/98.

34.2.3 As movimentações não enquadradas nas regras do Meio Eletrônico de Cadastro SulAmérica (MECSAS), devem ser encaminhadas à Seguradora, por meio de formulários próprios, preenchidos, assinados, carimbados e acompanhados da documentação de apoio.

34.3 Requisitos Técnicos

A aplicação MECSAS deve ser acessada com os navegadores Google Chrome 20 ou superior, Internet Explorer 8 ou superior, Firefox 12 ou superior e Safari 5.0 ou superior. Ao acessar o MECSAS a Contratante ou Corretor Nomeado aceita implicitamente os termos e condições deste termo, bem como que conhece a aplicação MECSAS e a utiliza sob a sua própria responsabilidade. A Contratada reserva-se o direito de atualizar e modificar este Termo e quaisquer documentos de referência anexos se for o caso.

34.4 Direitos do Autor

34.4.1 A Contratada é a única proprietária dos direitos de autor do software MECSAS.

34.4.2 A Contratada é a única proprietária do nome comercial, dos direitos de autor e dos direitos de distribuição do MECSAS. Os direitos de autor incluem o aspecto e o estilo do software MECSAS. Este Termo é uma licença para utilizar o MECSAS e não supõe uma cedência de propriedade dos direitos do referido programa.

34.4.3 A Contratante e seus usuários, não podem alterar, desestruturar, desmontar ou descompilar o MECSAS, e isto também se refere à utilização de qualquer tecnologia atual ou futura aplicada ao mesmo.

34.4.4 O descumprimento de qualquer dos termos e condições desta Licença será interpretado como um descumprimento deste Termo.

34.5 Garantias e responsabilidades

34.5.1 O MECSAS deve ser utilizado de acordo com os termos e condições do presente documento. A Contratada não será responsável por quaisquer danos produzidos por uma utilização do MECSAS contrária a esta licença de software.

Exceto pelo que se refere às responsabilidades regulamentares estabelecidas nas leis de proteção ao consumidor, o Contratante exonera a Contratada de qualquer responsabilidade surgida da execução imprópria do MECSAS ou o funcionamento incorreto do MECSAS causado pelo modo como utilizou o software. A referida exoneração de responsabilidade aplicar-se-á também aos empregados e a direção da Contratada.

34.5.2 A Contratada expressa que esta licença para utilizar o MECSAS não infringe nenhum contrato prévio ou legislação atual.

34.5.3 A Contratada garante que o MECSAS não é um programa espião ou de publicidade. A Contratada também garante que o MECSAS não mostra anúncios emergentes nem recompila dados pessoais dos utilizadores.

34.5.4 A Contratada não garante a disponibilidade, a continuidade nem o funcionamento no acesso ao MECSAS. Portanto, na medida em que a legislação o permita, esta garantia não inclui os danos surgidos da falta de disponibilidade ou funcionamento interrompido do MECSAS e quaisquer serviços que este possibilite, devendo o Contratante utilizar-se de outro meio de envio das informações e movimentações de seus beneficiários.

34.5.5 A Contratada não assume responsabilidade em caso de circunstância imprevisível ou de força maior na funcionalidade da aplicação MECSAS. Além disso, a Contratada não será responsável de quaisquer causas fora do controle razoável, como vírus e interferências de terceiros.

34.5.6 O Contratante afirma ter conhecimento de que os dados informados e transmitidos via MECSAS são inteiramente de sua responsabilidade quanto à sua legitimidade e veracidade.

34.5.7 A Contratada fornecerá o suporte necessário ao perfeito funcionamento do MECSAS, informará eventuais alterações na base de dados e o resultado do processamento encaminhado. Além disso, a Contratada gerenciará, periodicamente, todas as movimentações realizadas, com o intuito de resguardar o equilíbrio econômico-financeiro do contrato.

34.5.8 Após o preenchimento dos dados dos segurados (titulares e/ou dependentes), é de única e total responsabilidade da Contratante ou da Corretora Nomeada, enviar os dados à Contratada, para que as movimentações sejam processadas, bem como acompanhar e realizar as conferências dos movimentos processados, por meio da funcionalidade Relatórios/ Consultar Movimentações que disponibiliza o resultado dos arquivos de movimentos, que foram remetidos para processamento, pela Contratante. A conferência dos movimentos processados deve ser realizada, diariamente, pela Contratante e, em sendo identificadas quaisquer inconsistências e/ou divergências, deve manifestar-se, no máximo, até o último dia do mês do envio, sob pena de não fazer jus a ressarcimentos, eventualmente devidos em relação à operação não processada.

34.5.9 A Contratada disponibilizará o serviço de atendimento, HELPSAS, que pelos números 3003-6596 (Capitais e regiões Metropolitanas) e 0800-721-6596 (demais regiões), dará o suporte e informações necessárias para a correta utilização do aplicativo MECSAS.

34.5.10 A Contratante ou a Corretora Nomeada escolherá seu login e senha para uso do aplicativo e se responsabilizará pela confidencialidade de sua senha, por toda e qualquer movimentação cadastral realizada e, inclusive, pelo ressarcimento de eventuais custos decorrentes de despesas por uso indevido.

34.5.11 Considera-se uso indevido do MECSAS toda e qualquer movimentação que não estiver de acordo com as Condições Gerais, com as condições do presente termo e com as restrições constantes na Ajuda/Help do aplicativo, cabendo, nestes casos, o bloqueio do MECSAS por parte da Seguradora e/ ou o cancelamento da operação efetuada.

34.5.12 Havendo substituição ou desligamento do usuário master, a Contratada deverá receber notificação para troca do responsável e interromper o acesso do usuário anterior.

34.5.13 A Contratante, neste ato, responsabiliza-se, em caráter irretratável e irrevogável, por quaisquer reclamações ou outros atos de natureza administrativa ou judicial, que venham a ser intentados por seus segurados contra a Contratada, a qualquer tempo, relacionados à incorreção das informações prestadas pela Contratante no MECSAS, bem como, por irregularidade na correspondente documentação, respondendo, integralmente, pelo pagamento de eventuais condenações, indenizações, multas, honorários advocatícios, custas processuais e demais encargos que houver.

34.5.14 Considerando que, nos termos da Resolução Normativa nº 279 da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, é de responsabilidade da Contratante a concessão do benefício de manutenção do plano de assistência à saúde aos ex-empregados, demitidos ou exonerados, sem justa causa e aposentados, e a alteração do segurado à condição de inativo é feita pela ferramenta MECSAS, a Contratante responsabiliza-se, exclusiva e integralmente, pelo cômputo do prazo do benefício, respondendo e arcando com o pagamento de eventuais condenações, indenizações, multas, honorários advocatícios, custas processuais e demais encargos, decorrentes de reclamações e atos de natureza administrativa ou judicial, intentados por seus segurados.

34.5.15 A Contratante ou a Corretora Nomeada compromete-se ainda:

a) A comunicar a Contratada, imediata e formalmente, toda e qualquer ocorrência relacionada com uso indevido do MECSAS;

b) A manter confidencialidade sobre as movimentações realizadas pelo MECSAS e resultados obtidos;

c) A comunicar a Contratada, quando houver troca de Corretor, caso seja este o usuário do MECSAS, e enviar um novo termo assinado pela Contratante e a nova Corretora Nomeada.

d) Neste ato, a declarar-se licenciada, por parte da Contratada, para o uso do aplicativo MECSAS.

e) Caso a Corretora seja nomeada para operar o MECSAS, esta transferência não exime a Contratante de fornecer e responsabilizar-se pelas informações cadastradas.

f) A remover o acesso ao aplicativo do usuário que tenha sido desligado ou tenha sido transferido da função.

34.5.16 A Contratante e a Corretora Nomeada declaram ter lido e estar de acordo com as cláusulas e condições acima e comprometem-se com seu cumprimento.

34.6 Vigência

A vigência deste Termo tem inicio juntamente com a vigência do contrato. A Contratada terá direito de restringir, suspender ou rescindir este Termo pela sua própria vontade, total ou parcialmente, em qualquer momento e por qualquer motivo, sem aviso prévio ou responsabilidade. A suspensão de uso poderá ocorrer no momento em que se realize qualquer descumprimento de seus termos e condições.

34.7 Elegibilidade

34.7.1 A ANS (Agencia Nacional de Saúde Suplementar), por meio da Resolução Normativa nº. 195 de 14 de julho de 2009, Resolução Normativa nº. 200 de 13 de agosto de 2009 e Resolução Normativa nº. 204 de 02 de outubro de 2009 determina que, a partir de 03/11/2009, os segurados elegíveis,

previstos contratualmente, devem estar de acordo com o que determina os arts. 5º e 9º da RN nº. 195. Sendo assim, não é permitida a inclusão de segurados que não preencham os requisitos de elegibilidade, previstos na referida norma e nas Condições Gerais, tais como, Prestadores de Serviços. A identificação posterior de eventuais segurados, incluídos por meio deste aplicativo, não elegíveis, nos termos da referida norma e do contrato, ensejará a exclusão automática destes e o bloqueio temporário da utilização da ferramenta, pela Contratante ou Corretora Nomeada, sem prejuízo de eventuais ressarcimentos por sanções judiciais ou administrativas, em razão de tais condutas. A ferramenta só poderá ser novamente utilizada, após a devida regularização do processo.

34.7.2 A ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), por meio da Resolução Normativa nº 279/11, de 24 de novembro de 2011 determina que, as movimentações de exclusão de segurados deverão preceder de informações relativas à sua motivação, o que será feito por meio de perguntas, elencadas no artigo 11 da mencionada norma. Referidas perguntas serão incluídas no sistema MECSAS e deverão ser respondidas pela Contratante ou Corretora Nomeada.

34.7.3 Ainda de acordo com a Resolução Normativa nº 279/11 da ANS (Agência Nacional de Saúde), além da exigência acima, a exclusão dos segurados, demitidos ou exonerados, sem justa causa ou aposentados, que contribuíram, a qualquer tempo, para o plano de saúde, somente será aceita pela Contratada, mediante o envio do Termo de Opção, devidamente preenchido, comprometendo-se, a Contratante, a manter em seu poder os documentos comprobatórios da opção de manutenção do plano de saúde, disponibilizando-os sempre que solicitado pela Contratada, conforme cláusula 34.7.4 do presente Termo.

34.7.4 O Contratante ou a Corretora Nomeada deverá manter em seu poder a documentação oficial que comprove a elegibilidade dos segurados cadastrados, a saber: sócios, empregados e seus respectivos dependentes, e, também, os comprovantes da perda de direito ao plano de saúde e da opção pelo mesmo – o que inclui a opção pela manutenção dos ex-empregados, demitidos ou exonerados sem justa causa, bem como dos aposentados - devendo, ainda, fornecê-los à Contratada, quando solicitado, no prazo de 5 (cinco) dias, sob pena de bloqueio do aplicativo e da cobertura ao Grupo de Segurados.

34.7.5 Os documentos acima poderão ser solicitados pela Contratada, seja para auditoria, simples verificação ou para apoio nas defesas em eventuais ações judiciais ou reclamações administrativas, junto aos órgãos de fiscalização da Contratada, devendo a Contratante fornecê-las em até 48 (quarenta e oito) horas após a solicitação da Contratada.

34.8 Utilização e acesso

A Contratada oferece a opção de multiusuários, por meio da qual, cada Contratante poderá distribuir os acessos para utilização, bem como definir as permissões do(s)

usuário(s) que podem ser: Consultar, Administrar Grupos, Administrar Usuários, Administrar Segurados.

34.8.1 No momento da contratação, a Contratante deverá optar pela utilização da ferramenta MECSAS WEB na Corretora e/ou Empresa, responsabilizando-a pelas movimentações descritas na cláusula **34.2.2.**

34.8.2 Nos casos em que houver alteração de responsabilidade de utilização da ferramenta daquela definida por ocasião da contratação, indicada na proposta de seguro, durante a vigência do seguro, a Contratante deverá formalizar à Contratada.

34.9 Políticas de privacidade

A Contratada não utiliza spam e apenas gere os dados fornecidos pelos utilizadores através de formulários eletrônicos que se encontram na WEB ou trafegados via MECSAS.

A Contratada não divulga as informações de segurados a terceiros, exceto nas solicitações judiciais ou dos órgãos reguladores.

A Contratante deve manter confidencialidade sobre as movimentações realizadas pelo MECSAS e resultados obtidos.

34.10 Direito e jurisdição aplicáveis

Este termo e a utilização do MECSAS reger-se-ão totalmente de acordo com a legislação brasileira, condições gerais, normas e procedimentos e resoluções de órgãos reguladores.

Em caso de controvérsia derivada deste termo ou da utilização do MECSAS, ambas as partes acordam submeter-se à jurisdição dos juizados e tribunais da cidade de São Paulo.

35. Proteção de Dados Pessoais

35.1 Para os fins deste contrato, são considerados:

a) **DADOS PESSOAIS:** qualquer informação relativa a uma pessoa singular identificada ou identificável (“TITULAR ou TITULAR DOS DADOS”); é considerada identificável uma pessoa singular que possa ser identificada, direta ou indiretamente, em especial por referência a um identificador, como por exemplo um nome, um número de identificação, dados de localização, identificadores por via eletrônica ou a um ou mais elementos específicos da identidade física, fisiológica, genética, mental, econômica, cultural ou social dessa pessoa singular;

b) **DADOS PESSOAIS SENSÍVEIS:** é o dado pessoal que verse sobre origem racial ou étnica, convicção religiosa, opinião política, filiação a sindicato ou organização de caráter religioso, filosófico ou político, dado referente à saúde ou à vida sexual, dado genético, biométrico, quando vinculado a uma

pessoa natural. DADOS PESSOAIS e DADOS PESSOAIS SENSÍVEIS serão tratados conjuntamente como “DADOS”;

c) **TRATAMENTO:** qualquer operação ou conjunto de operações efetuadas sobre DADOS ou sobre conjuntos de DADOS, por meios automatizados ou não automatizados, tais como a coleta, o registro, a organização, a estruturação, o armazenamento, a conservação, a adaptação ou alteração, a recuperação, a consulta, a utilização, a avaliação, a classificação, a divulgação por transmissão, difusão ou qualquer outra forma de disponibilização, a comparação ou interconexão, a limitação, a eliminação ou a destruição;

d) **CONTROLADOR:** parte que determina as finalidades e os meios de tratamento de DADOS. No caso do presente contrato, o CONTROLADOR é tanto a SULAMÉRICA quanto ao CONTRATANTE, doravante designadas, em conjunto, CONTROLADORES;

e) **OPERADOR:** parte que trata DADOS de acordo com as instruções do CONTROLADOR. No caso do presente contrato, o OPERADOR trata-se de terceiro que poderá ser indicado por um dos Controladores, respeitando-se as regras deste Anexo;

f) **ELIMINAÇÃO:** exclusão de dado ou conjunto de DADOS armazenados física ou digitalmente nos CONTROLADORES, independentemente do procedimento empregado;

g) **ENCARREGADO PELO TRATAMENTO (DPO):** pessoa indicada por cada um dos CONTROLADORES para atuar como canal de comunicação entre o CONTROLADOR, os titulares dos dados e a Autoridade Nacional de Proteção de Dados (“ANPD”).

35.2 As PARTES declaram e garantem que os TRATAMENTOS de DADOS serão realizados em conformidade com o objeto do Contrato e a sua finalidade, na forma das leis brasileiras em vigor.

35.3 OS CONTROLADORES declaram, por este instrumento, que mantêm políticas de governança em privacidade e proteção de DADOS, com medidas de inibição de utilização indevida, planos de contingenciamento e eventual punição para casos de violações às obrigações legais e aqui estabelecidas, cumprem toda a legislação aplicável sobre privacidade e proteção de dados, inclusive (sempre e quando aplicáveis):

a) a Constituição Federal;
b) o Código de Defesa do Consumidor;
c) o Código Civil;
d) o Marco Civil da Internet (Lei Federal n. 12.965/2014) e seu decreto regulamentador (Decreto 8.771/2016);

e) a Lei Geral de Proteção de Dados (Lei Federal n. 13.709/2018), e demais normas setoriais ou gerais sobre o tema.

35.4 Na hipótese de qualquer alteração aos termos previstos neste Anexo, as Partes deverão celebrar aditivo contratual, por escrito, formalizando a mudança acordada.

35.4.1 Os CONTROLADORES deverão informar um ao outro sobre o compartilhamento de DADOS com terceiros caso o compartilhamento impacte diretamente na execução do Contrato entre os CONTROLADORES.

35.5 Durante o armazenamento de DADOS PESSOAIS, os CONTROLADORES respeitarão, no mínimo, os seguintes padrões de segurança, os quais sempre deverão estar sustentados nas melhores tecnologias disponíveis no mercado:

a) o estabelecimento de controle restrito sobre o acesso aos DADOS mediante a definição de responsabilidades das pessoas que terão possibilidade de acesso e de privilégios mínimos de acesso exclusivo para determinados responsáveis. Os acessos deverão ser revisados periodicamente;

b) o estabelecimento de mecanismos de autenticação de acesso aos registros, usando, por exemplo, sistemas de duplo fator autenticação para assegurar a individualização do responsável pelo tratamento dos registros;

c) o estabelecimento de uma política de senha que possua uma padronização de senha forte, com a obrigação de trocas de senhas periodicamente, impedindo a reutilização das senhas anteriores e bloqueio por tentativas sem sucesso;

d) os ambientes onde serão tratados os DADOS deverão ser monitorados por meio de inventário detalhado dos acessos aos registros de conexão e de acesso a aplicações, contendo a data e hora, a duração, a identidade do funcionário ou do responsável pelo acesso designado pela Empresa e o arquivo acessado, inclusive quando tal acesso é feito para cumprimento das obrigações legais ou determinações por parte de autoridades;

e) uso de soluções de gestão dos registros por meio de técnicas que garantam a inviolabilidade dos dados, como encriptação;

f) utilização de meios para proteção dos dados em repouso/armazenado;

g) o estabelecimento de mecanismos de descarte seguro dos DADOS, eliminando a possibilidade de restauração. Esse mecanismo deverá registrar as atividades realizadas, a data e o nome completo da pessoa que a realizou;

h) manter um inventário atualizado de todos os DADOS armazenados, processados ou transmitidos pelos sistemas, incluindo aqueles localizados no local ou em um provedor de serviços remoto.

35.6 Os CONTROLADORES deverão manter registro escrito das seguintes informações:

a) Registro de todos os papéis e responsabilidades pelo TRATAMENTO de DADOS definidos e atribuídos. Esse registro deverá ser revisado e atualizado periodicamente;

b) Registro das transferências internacionais de DADOS a países terceiros, incluindo a informação sobre o país/organização de destino, e no caso das transferências indicadas no artigo 33 da Lei Geral de Proteção de Dados, a documentação que comprove a adequação das garantias necessárias, quando aplicável;

c) Registro das transferências a terceiros, incluindo toda a documentação que comprove a adequação das garantias necessárias, quando aplicável;

d) Descrição geral das medidas técnicas e organizacionais de segurança que garantam a:

i. Pseudoanimização e encriptação dos DADOS;

ii. Confidencialidade, disponibilidade, integridade e resiliência nos sistemas de TRATAMENTO de DADOS;

iii. Capacidade de restaurar a disponibilidade e o acesso aos DADOS de forma rápida em caso de incidente físico ou técnico; e

iv. Existência de processo de verificação contínua de medidas técnicas e organizacionais relativas à segurança do TRATAMENTO de DADOS.

35.7 Os CONTROLADORES deverão manter sigilo em relação aos DADOS que não forem manifestamente públicos, ao TRATAMENTO dos DADOS PESSOAIS e dos DADOS PESSOAIS SENSÍVEIS, bem como em relação ao resultado do TRATAMENTO em virtude deste contrato, garantindo que todas as pessoas autorizadas a realizarem tais atividades estejam comprometidas ao dever de confidencialidade, de forma expressa e por escrito, e devidamente instruídas e capacitadas para o referido tratamento.

35.8 Os CONTROLADORES garantem que realizaram avaliações de risco e impacto, bem como a garantir o exercício dos seguintes direitos por parte dos TITULARES:

a) Confirmação da existência de TRATAMENTO;

b) Acesso aos DADOS;

c) Correção de DADOS incompletos, inexatos ou desatualizados;

d) Anonimização, bloqueio ou eliminação de DADOS desnecessários, excessivos ou tratados em desconformidade com a lei;

e) Portabilidade dos DADOS;

f) Eliminação dos DADOS tratados com o consentimento;

g) Informação sobre entidades públicas e privadas com as quais foi realizado uso compartilhado de DADOS;

h) Informação sobre a possibilidade de não fornecimento do consentimento e sobre as consequências da negativa;

i) Revogação do consentimento; e

j) Revisão de decisões automatizadas tomadas com base no TRATAMENTO de DADOS.

35.9 Caso algum TITULAR solicite o exercício de seus direitos descritos na cláusula anterior diretamente em face de qualquer um dos CONTROLADORES e o TRATAMENTO dos DADOS impactarem na execução do Contrato entre os CONTROLADORES, deverá a parte requerida comunicar tal fato à outra parte, de forma imediata (e, no limite, no dia útil seguinte).

35.10 Sem prejuízo do disposto nas cláusulas anteriores, o CONTROLADOR que der causa ao acesso indevido, não autorizado e/ou além dos limites da autorização, a incidente, a perda de DADOS ou qualquer outro prejuízo decorrente do TRATAMENTO de DADOS PESSOAIS ou DADOS PESSOAIS SENSÍVEIS será o responsável por seus atos, bem como de seus empregados, representados ou terceiros contratados perante a Autoridade Nacional de Proteção de Dados, obrigando-se o CONTROLADOR a indenizar as partes prejudicadas e a ressarcir todos os danos diretos a que comprovadamente der causa ao outro CONTROLADOR, aos TITULARES de DADOS ou a terceiros, seja em âmbito administrativo e/ou judicial, após trânsito em julgado. Não obstante o acima disposto, nenhuma das Partes responderá à outra por danos consequentes, indiretos, punitivos, exemplares, especiais, lucros cessantes e a responsabilidade pelos danos diretos ficará limitada à média das 3 (três) últimas faturas pagas à SULAMÉRICA sob o contrato de plano de assistência à saúde.

35.10.1 Caso a SULAMÉRICA seja demandada por qualquer pessoa, autoridade ou entidade, pública ou privada, em razão de incidente causado pelo outro CONTROLADOR ou em virtude de descumprimento das obrigações estabelecidas na Lei 13.709/2018 e outras regulamentações pertinentes, fica garantido à SULAMÉRICA o direito de denunciação da lide, ação de regresso e demais medidas necessárias para assegurar os seus direitos.

35.11 Em caso de incidente, como por exemplo, de acesso indevido, não autorizado, de vazamento ou perda de dados, decorrente de TRATAMENTO que seja de responsabilidade da uma das Partes, independentemente do motivo que o tenha ocasionado, deverá o CONTROLADOR responsável pelo referido TRATAMENTO enviar comunicação à outra Parte por escrito, certificando-se do recebimento, imediatamente a partir da ciência do incidente, contendo, no mínimo, as seguintes informações:

a) data e hora do incidente;

b) data e hora da ciência pelo CONTROLADOR responsável;

c) relação dos tipos de DADOS afetados pelo incidente;

d) número de TITULARES afetados;

e) relação de TITULARES afetados pelo vazamento;

f) dados de contato do ENCARREGADO DE PROTEÇÃO DE DADOS (DPO) ou outra pessoa junto à qual seja possível obter maiores informações sobre o ocorrido;

g) descrição das possíveis consequências e riscos do incidente; e

h) indicação de medidas que estiverem sendo tomadas para reparar o dano e evitar novos incidentes.

35.11.1 Caso o CONTROLADOR responsável não disponha de todas as informações ora elencadas no momento de envio da comunicação, deverá enviá-las de forma gradual, de modo a garantir a maior celeridade possível, sendo certo que a comunicação com o máximo das informações indicadas deve ser enviada no prazo máximo de 24 horas a partir da ciência do incidente, ou outro posteriormente estipulado pela Autoridade Nacional de Proteção de Dados.

35.11.2 Os CONTROLADORES responsabilizam-se integralmente por toda e qualquer informação fornecida ao outro CONTROLADOR em razão do incidente, respondendo, administrativa e judicialmente (civil e criminal) pela inobservância de normas legais, bem como pela inveracidade das informações prestadas observada a cláusula 35.11.

35.11.3 Na ocorrência de incidente, além das obrigações já previstas nesta cláusula, o CONTROLADOR responsável pelo incidente se compromete a prestar toda a colaboração necessária na ocorrência de qualquer investigação ou em qualquer outra hipótese de exercício regular de direitos do outro CONTROLADOR.

Os CONTROLADORES declaram que manterão, durante toda a execução do contrato, no mínimo os padrões de segurança, de privacidade e de proteção de DADOS, aptas a proteger os DADOS pessoais de qualquer forma de tratamento inadequado ou ilícito. Os CONTROLADORES também asseguram que utilizam e continuarão utilizando as Melhores Práticas do Mercado em relação à segurança das informações que circulam em seus ambientes físicos e virtuais.

35.12 Ao término da relação entre as partes, quando um dos CONTROLADORES assim solicitar ao outro e/ou mediante eventual solicitação do TITULAR, deverão os CONTROLADORES eliminar, corrigir, anonimizar e/ou bloquear o acesso aos DADOS, em caráter definitivo ou não, que tiverem sido tratados em decorrência do contrato, estendendo-se a eventuais cópias, salvo mediante instrução diversa do outro CONTROLADOR ou em virtude de uma base legal que permita a manutenção desses DADOS.

35.12.1 O CONTROLADOR solicitado deverá comprovar ao outro que realizou a solicitação no prazo indicado pelo CONTROLADOR solicitante ou da regulamentação, o que for menor.

35.12.2 Caso um CONTROLADOR mantenha os DADOS após o término da relação entre as Partes, será o único responsável por eventual incidente.

35.13 Em caso de descumprimento de qualquer obrigação prevista nesta seção "DA PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS", o CONTROLADOR responsável por tal descumprimento deverá saná-lo no prazo de 30 (trinta) dias contados da comunicação pelo outro CONTROLADOR, sendo que, na hipótese do contrato, da lei ou da regulamentação pertinente prever prazo menor para tal ajuste, prevalecerá o menor prazo.

36. Glossário

36.1 Abrangência Geográfica
Região estabelecida pela Seguradora para atendimento médico-hospitalar ao Segurado.

36.2 Acidente Pessoal
Evento com data e ocorrência caracterizadas, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só e independentemente de qualquer outra causa, torne necessária a internação hospitalar ou o atendimento em regime ambulatorial do Segurado.

36.3 Assistência Domiciliar / Home Care
Assistência ao Segurado, realizada por profissionais da área de saúde, em ambiente doméstico, não hospitalar.

36.4 Atendimento Ambulatorial
Regime de atendimento médico caracterizado por não exigir complexidade da assistência hospitalar.

36.5 Carência
Período durante o qual, mesmo ocorrendo o pagamento do prêmio mensal pelo Estipulante, o Segurado não tem direito a determinadas coberturas.

36.6 Cartão Proposta
Documento que formaliza a intenção de ingresso do proponente ao seguro contratado, que deverá ser preenchido e assinado pelo proponente titular e pelo representante legal do Estipulante, sob carimbo da empresa.

36.7 Cartão SulAmérica Saúde
Cartão individual e personalizado, que servirá para identificar o Segurado junto à Seguradora e Rede Referenciada.

36.8 Categoria Funcional
Conjunto de pessoas que façam parte de um mesmo cargo funcional na empresa.

36.9 Cobertura Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia
Garantia ao Segurado da cobertura dos itens constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, instituído pela

Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, na Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia.

36.10 Cobertura Parcial Temporária

Suspensão da cobertura dos eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e dos procedimentos de alta complexidade relacionados no índice que compõe o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, pelo prazo de até 24 (vinte e quatro) meses, para as doenças e lesões preexistentes informadas no cartão proposta/declaração de saúde.

36.11 Coparticipação

É a parte efetivamente paga pelo Segurado destinada a custear parte da realização de um determinado procedimento.

36.12 Corretor de Seguros

Profissional autônomo ou pessoa jurídica, habilitado pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, para intermediar e promover contratos de seguros. A escolha do corretor é da inteira e exclusiva responsabilidade do Estipulante, conforme previsto na Lei nº 4.594/64, Decreto-lei nº 73/66 e Decreto nº 60.459/67.

36.13 Dependentes Seguráveis

Exclusivamente o cônjuge ou companheiro (a), os filhos solteiros ou adotivos e netos do Segurado Titular. Equiparam-se a filhos, o enteado e o menor que esteja sob a guarda ou tutela do Segurado Titular por determinação judicial.

36.14 Doenças e Lesões Preexistentes

Aquelas, inclusive as congênitas, que o Proponente ou seu responsável legal saiba ser portador ou sofredor na época de adesão ao seguro.

36.15 Entrevista Qualificada

É a entrevista realizada por profissional médico, disponibilizado pela Seguradora ou escolhido pelo proponente, para auxiliar no preenchimento do cartão proposta/declaração de saúde.

36.16 Estipulante

Pessoa jurídica, legalmente constituída, que contrata o seguro com a Seguradora, responsável pelo pagamento dos prêmios mensais, investida dos poderes de representação dos Segurados perante a Seguradora.

36.17 Grupo Segurado

Conjunto de pessoas efetivamente incluído no seguro.

36.18 Grupo Segurável

Conjunto de pessoas devidamente caracterizado pelo vínculo concreto empregatício mantido com o Estipulante. O vínculo mantido com o Estipulante poderá abranger os sócios, administradores/diretores, estagiários, aprendizes e seus respectivos dependentes seguráveis, passível de aderir ao seguro.

36.19 Hospital-Dia

Regime de internação caracterizado pela permanência do Segurado em unidade hospitalar, por período não superior a 12 (doze) horas diárias, para realização de procedimentos cobertos pelo seguro.

36.20 Internação Hospitalar

Período de permanência hospitalar em regime de internação do Segurado para tratamento clínico ou cirúrgico:

a) Internação Clínica: motivada por uma causa não cirúrgica.

b) Internação Cirúrgica: motivada por cirurgia ou que no decurso da internação clínica tenha sido necessária à realização de procedimento cirúrgico.

36.21 Leitos de Alta Tecnologia

Destinados ao tratamento intensivo e especializado em unidades ou centros de terapia intensiva, semi-intensiva, coronariana, pediátrica ou neonatal, unidades de isolamento, terapias de pacientes queimados e terapia respiratória.

36.22 Médico Assistente

Profissional médico, pertencente ou não à Rede Referenciada, que atende (assiste) ao Segurado e é responsável pela avaliação, indicação e acompanhamento da conduta médica a ser aplicada.

36.23 Planos de Seguro

Conjunto composto pela abrangência geográfica, padrão de acomodação hospitalar, múltiplos de reembolso, rede referenciada e prêmio mensal.

36.24 Prêmio

É a importância paga mensal e antecipadamente pelo Estipulante à Seguradora, em moeda corrente nacional, para garantia ao Grupo Segurado do direito às coberturas contratualmente estabelecidas.

36.25 Procedimentos de Alta Complexidade

Aqueles relacionados no índice de procedimentos de alta complexidade que compõe o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS vigente na data de realização do evento.

36.26 Proponente

Pessoa física, devidamente caracterizada pelo vínculo concreto empregatício, bem como o sócio, o administrador/diretor, o estagiário e o aprendiz, que propõe o seu ingresso e o de seus dependentes no seguro. Quando o Proponente for menor de idade, assim legalmente reconhecido, deverá ser representado por responsável legal.

36.27 Proposta de Seguro

Parte integrante das Condições Gerais do Seguro Saúde Coletivo PME, é o documento preenchido com informações que qualificam o Estipulante e através do qual expressa a sua intenção de contratação do seguro.

36.28 Rede Referenciada

Consiste no conjunto de médicos, laboratórios, clínicas, prontos socorros e hospitais, disponibilizados pela Seguradora aos Segurados, para prestar atendimento médico-hospitalar.

36.29 Reembolso

É o pagamento total ou parcial dos procedimentos reembolsáveis descritos na cláusula de características essenciais de cada plano, ao segurado titular comprovadamente pagas por ele e/ou por seus dependentes segurados, com profissionais ou instituições que não façam parte da rede referenciada.

36.30 Segurado

Pessoa física a favor da qual o Estipulante contrata com a Seguradora o Seguro Saúde PME, sendo:

a) Segurado Titular

Pessoa com vínculo concreto empregatício, bem como o sócio, o administrador/diretor, o estagiário e o aprendiz, devidamente incluída no seguro, responsável pelas informações prestadas no Cartão Proposta/Declaração de Saúde.

b) Segurado Dependente

Dependente Segurável efetivamente incluído no seguro.

36.31 Sinistralidade

Resultado da divisão do valor total dos sinistros pelo total de prêmios cobrados durante o período de apuração.

36.32 Sinistro

Toda despesa médico e/ou hospitalar efetuada pelo Segurado e coberta pelo seguro.

36.33 Validação Prévia de Procedimentos - VPP

Registro formal na Seguradora do pedido médico para a realização de determinados procedimentos médico-hospitalares.

37. Foro

Fica eleito o Foro da Comarca de domicílio do Estipulante para dirimir qualquer dúvida advinda do presente contrato de seguro.

Termo de Coberturas Adicionais

Este documento é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde, firmado com o Estipulante indicado na proposta de seguro por ocasião da contratação.

Além das coberturas descritas nas Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde, na cláusula "Coberturas e Procedimentos Garantidos", serão disponibilizadas as coberturas adicionais abaixo relacionadas e podem variar de acordo com o plano contratado, conforme descrito na Cláusula de Características Essenciais dos Planos.

1. Terapias

a) Psicomotricidade - até 30 (trinta) sessões não cumulativas por ano de vigência do contrato por Segurado;

b) Fonoaudiologia - até 30 (trinta) sessões não cumulativas por ano de vigência do contrato por Segurado;

c) Escleroterapia – até 12 (doze) sessões não cumulativas por ano de vigência do contrato por Segurado.

2. Transplantes de órgãos

Transplante de coração, pâncreas, pâncreas-rim, pulmão e fígado, incluindo:

a) Despesas assistenciais com doador vivo;

b) Medicamentos utilizados durante a internação;

c) Acompanhamento clínico pós-operatório, imediato, mediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;

d) Despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.

2.1 O Segurado candidato a transplante de órgão proveniente de doador cadáver deverá estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs, sujeito ao critério de fila única de espera e de seleção conforme legislação vigente.

3. Consulta e Fisioterapia domiciliar exclusivamente por reembolso nos limites do plano;

4. Cirurgia Refrativa sem limite de grau;

5. Check-Up

Check-Up Preventivo Anual em rede referenciada sem necessidade de solicitação médica, exclusivamente para o Segurado Titular com idade igual ou superior a 29 (vinte e nove) anos, podendo ser realizado uma vez a cada doze meses.

6. Vacinas

Vacinas do calendário oficial do Ministério da Saúde, exclusivamente na rede referenciada indicada;

7. Consulta ao Viajante

Consulta médica preventiva, realizada com antecedência a viagem, na qual o Segurado recebe orientações dos cuidados que deve ter em relação a sua saúde de acordo com o seu perfil, e condições climáticas e riscos expostos no Estado ou País de destino.

8. SulAmérica Saúde Ativa

8.1 A SulAmérica possui um conjunto de programas e ações de gestão com foco na promoção da saúde e bem-estar, gestão de doenças, gestão de condições de risco e gestão de casos complexos disponibilizados aos Segurados incluídos no seguro saúde.

8.2 A participação dos Segurados se dará por meio de adesão voluntária ao programa no qual ele seja elegível em participar, de acordo com a sua condição de saúde. O segurado poderá tomar conhecimento dos programas disponíveis pelos diversos canais de comunicação da SulAmérica, incluindo o contato direto.

8.3 As coberturas assistenciais ocorridas no âmbito do programa em que o Segurado seja participante, serão considerados como despesas médicas e comporão o cálculo de sinistro, conforme descrito na Cláusula de Reajuste.

Caderno de Benefícios Adicionais

A SulAmérica disponibiliza os Benefícios Adicionais abaixo relacionados, que podem variar de acordo com o plano contratado, conforme descrito na Cláusula de Características Essenciais dos Planos.

Os Benefícios abaixo relacionados serão prestados por meio de Empresas Prestadoras de Serviços contratadas pela SulAmérica Saúde, as quais deverão cumprir todas as obrigações contidas a seguir.

Por tratar-se de Benefícios, a SulAmérica reserva-se o direito de substituir as empresas contratadas bem como alterar os serviços a qualquer tempo, sem prévio aviso ao Estipulante.

Os Benefícios adicionais e os serviços prestados são válidos enquanto vigorarem os contratos ou acordos com as empresas que os operam. No caso de descontinuidade dos benefícios adicionais e serviços o Estipulante será comunicado com 30 (trinta) dias de antecedência.

1. Orientação Médica Telefônica

Profissionais da área da saúde à disposição do segurado 24 (vinte e quatro) horas por dia, para orientação ao segurado por telefone sobre a melhor providência a ser tomada em situações de urgência e emergência, esclarecimento de dúvidas sobre dosagens de medicamentos, interpretação de exames, orientação sobre a especialidade médica a ser consultada de acordo com a necessidade do segurado, entre outros.

1.1 Nos casos de urgência e emergência, identificados durante a Orientação Médica Telefônica, poderá ser disponibilizado o atendimento no domicílio do segurado, e se necessário for, a sua remoção por via terrestre até o hospital da rede referenciada. Este benefício está disponível, exclusivamente nas capitais dos estados de São Paulo e Rio de Janeiro e poderá ser alterado a qualquer tempo, sem aviso prévio, pois pode variar de acordo com a Empresa Prestadora dos Serviços na ocasião da solicitação.

a) Caso seja necessária a remoção do segurado para um hospital ou centro médico, a Central de Orientação Médica 24 horas, em conjunto com os médicos responsáveis pelo atendimento, decidirão qual hospital da rede prestará o atendimento, respeitando as condições estabelecidas no contrato de seguro;

b) Caso o segurado opte pela utilização de um hospital não referenciado, os gastos com o atendimento hospitalar serão de responsabilidade do segurado, podendo posteriormente solicitar o reembolso, respeitando as condições estabelecidas no contrato de seguro;

c) Os atendimentos hospitalares decorrentes da remoção obedecem às condições contratuais, inclusive quanto aos prazos de carências e cobertura parcial temporária – CPT, quando houver.

1.2 O Benefício está excluído nas seguintes situações:

a) atendimentos em caso de conflitos, calamidade pública, comoções internas, guerras, revoluções, epidemias, envenenamento coletivo ou qualquer outra causa que atinja maciçamente a população, inclusive decorrentes de radiação e/ou emanações nucleares ou ionizantes;

b) na manutenção dos pacientes portadores de doenças crônicas em tratamento ambulatorial, tais como fisioterapia, hemodiálise, exames subsidiários e consultas;

c) distúrbios neurovegetativos;

d) pacientes crônicos em tratamento continuado, sem agudização do processo.

2. Motorista Amigo da Saúde

Motorista para retorno do Segurado ao seu domicílio em situações em que o mesmo esteja sem condições de dirigir, limitado a 2 (duas) solicitações por ano de vigência do seguro. O serviço será prestado nos municípios do Rio de Janeiro e São Paulo.

3. Remoção Especial

Ambulância simples para remoção do Segurado quando este não estiver em condições de saúde para utilizar transporte comum e necessitar realizar exame / consulta, limitado a 2 (duas) utilizações por ano de vigência do seguro. O serviço será prestado nos municípios do Rio de Janeiro e de São Paulo.

4. Serviços de Courier

Serviço de retirada de documentos para solicitação de reembolso limitado a 24 (vinte e quatro) utilizações por ano de vigência do seguro, nos municípios do Rio de Janeiro e São Paulo.

5. Coleta Domiciliar de Exames

Uso exclusivo na rede referenciada, nos Municípios do Rio de Janeiro e São Paulo.

6. Concierge

Consiste em atendimento telefônico 24 (vinte e quatro) horas para informações e indicações de prestadores de serviços para os Segurados.
Na impossibilidade de fornecimento da informação solicitada, por motivo de força maior ou por necessidade de pesquisa específica, o Segurado será orientado a deixar um telefone de contato, para que a Central de Informações possa retornar com as informações solicitadas. O tempo de resposta será informado ao Segurado e dependerá do tipo de pesquisa a ser efetuada.

Para os serviços que envolvem custos, estes correrão por conta exclusiva do Segurado.

Os serviços disponibilizados são:

a) Assistência para viagens

- Indicação de Hotel;
- Orientações sobre viagem com pet;
- Indicação de agências e/ou operadoras de viagens;
- Indicação de Sala Vip em aeroportos;
- Indicações sobre documentações, passaportes, requisitos de vistos, vistos de entradas, vacinas;
- Endereços e números de telefones de Embaixadas e Consulados Brasileiros.

b) Informações de Eventos

- Informações sobre horários e ingressos para ópera, balé, teatros, concertos, museus, shows e outras atividades culturais;
- Informações sobre eventos esportivos;
- Informações sobre parques e locais para a prática de esportes;
- Indicações sobre bares e restaurantes locais;
- Informações sobre shows e eventos na região;
- Informações sobre passeios turísticos na região;
- Informações sobre meios de locomoção (taxi, ônibus, metrô, etc).

c) Indicação de Locadoras de:

- Veículos de passeio, luxo, esportivos, especiais e limousines;
- Imóveis de temporada, flats, castelos, ilhas;
- Helicópteros, embarcações, aviões.

d) Indicação para compras e envio de presentes:

- Envio de flores, balões, cestas;
- Envio de bebidas finas, caixas de chocolate;
- Presentes tradicionais e originais;
- Envio de serenata, serestas;
- Telegrama animado, tele-mensagens, chuvas de pétalas.

e) Welcome Home

- Indicação de empresas de locação de utensílios de apoio a pacientes: camas especiais, cadeiras de rodas, etc.

f) Indicação de Médicos Especialistas, quando em viagem ao exterior**.**

7. Seguro Viagem

A Sul América Companhia de Seguro Saúde também disponibiliza, como benefício adicional aos seus Segurados, o Seguro Viagem Individual que é garantido por Seguradora regulada pela SUPERINTEDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, e pago integralmente pela Sul América Companhia de Seguro Saúde.

7.1 O Seguro Viagem tem por objetivo garantir ao Segurado ou ao(s) seu(s) Dependente(s), conforme o caso, o pagamento de Indenização em decorrência de Evento Coberto ocorrido durante o Período de Cobertura, ou ainda a prestação de

serviços observadas as condições e exclusões previstas no Guia do Segurado emitido por ocasião da apólice.

7.2 Abaixo breve descrição acerca do Seguro Viagem Individual. As coberturas, riscos excluídos, e demais características constam no Guia do Segurado que está disponível no Portal SulAmérica Saúde, que contém informações de forma clara e prática para consulta dos Segurados:

7.3 Coberturas Garantidas

A seguir estão relacionados todas as coberturas garantidas em viagens nacional para todos os planos e internacional somente para os planos indicados na cláusula de características essenciais dos planos destas Condições Gerais, bem como a quantidade máxima de dias liberados por viagem internacional

7.3.1 As coberturas garantidas para viagens nacionais são:

a) Traslado médico;

b) Acompanhante em caso de hospitalização prolongada;

c) Hospedagem de acompanhante;

d) Interrupção de viagem;

e) Prorrogação de estadia;

f) Retorno do segurado;

g) Retorno de acompanhantes;

h) Traslado de corpo.

7.3.2 As coberturas garantidas para viagens internacionais são:

a) Despesas médicas, hospitalares e odontológicas;

b) Acompanhante em caso de hospitalização prolongada;

c) Despesas farmacêuticas;

d) Despesas Jurídicas;

e) Funeral;

f) Hospedagem de acompanhante;

g) Interrupção de viagem;

h) Prorrogação de estadia;

i) Retorno de acompanhantes;

j) Retorno de menores;

k) Retorno do segurado;

l) Regresso sanitário**;**

m) Traslado de corpo;

n) Traslado médico.

7.3.3 As descrições de cada cobertura, exclusões e seus limites estão especificados no Guia do Segurado - Seguro Viagem Individual enviado aos Segurados por ocasião da emissão da apólice.

7.4 Poderão ser oferecidos os demais serviços:

a) Localização de Bagagem:
No caso de extravio de bagagem do Segurado, regularmente despachada em voos nacionais regulares, a Empresa Prestadora de Serviço poderá auxiliar na localização junto à Companhia Aérea responsável pelo transporte.

Para tanto, é necessário que o Segurado, assim que tomar ciência do extravio de sua bagagem e antes de deixar o aeroporto, comunique o extravio à Companhia Aérea responsável, oficializando sua reclamação através de formulário próprio (P.I.R. – Property Irregularity Report).

b) Transmissão de Mensagens Urgentes:
Caso o Segurado esteja impossibilitado de entrar em contato diretamente com sua família por motivo de acidente ou doença e tenha de transmitir mensagem de caráter urgente, a Empresa Prestadora de Serviços encarregar-se-á desta pelo meio mais adequado.

c) Orientação em Caso de Perda de Documentos:
No caso de perda ou roubo de documentos indispensáveis do Segurado ao prosseguimento da viagem, a Empresa Prestadora de Serviços prestará toda a orientação e ajuda necessária, junto às embaixadas ou órgãos competentes, para obtenção de passaporte ou outras medidas a serem tomadas.

7.4.1 Os serviços poderão variar de acordo com a viagem, e quando ofertados constarão descritos na apólice emitida.

7.5 Nas viagens internacionais, a apólice deverá ser solicitada com 10 (dez) dias de antecedência da data do embarque e só poderá ser emitida pelo Segurado no Brasil, antes do início de sua viagem ao exterior, e o Segurado deverá entrar em contato com a Central de Serviços SulAmérica. O número do telefone consta no verso no cartão de identificação.

7.6 O quadro de garantias, no qual consta o valor limite de cobertura para cada item constante nas cláusulas 7.3.1 e 7.3.2, consta na apólice do Seguro Viagem Individual, emitida por ocasião da solicitação do segurado.

8. Atendimento de Urgência e Emergência fora da Região de Abrangência Geográfica do Plano Contratado.

8.1 A partir do início de vigência do Segurado e respeitadas as carências e cobertura parcial temporária estabelecidas nestas Condições Gerais, a cobertura para os atendimentos de **URGÊNCIA E EMERGÊNCIA FORA DA REGIÃO DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA DO PLANO CONTRATADO,** será aquela estabelecida no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, para a segmentação Ambulatorial Hospitalar com Obstetrícia, **EXCLUSIVAMENTE NA REDE REFERENCIADA INDICADA PELA SEGURADORA**.

8.2 O atendimento de Urgência e Emergência fora da região de abrangência geográfica contratada, não contempla todos os Municípios e/ou Estados que poderão ser alterados a qualquer momento sem prévio aviso ao Estipulante, assim a informação prévia dos Municípios e/ou Estados na Central de Serviços SulAmérica, ou qualquer outro canal que a Seguradora disponibilize, se faz necessária. O atendimento de Urgência e Emergência fora da região de abrangência geográfica do plano contratado está disponível nos seguintes municípios: Aracajú (SE), Belém (PA), Belo Horizonte (MG), Brasília (DF), Campo Grande (MS), Cuiabá (MT), Curitiba (PR), Florianópolis (SC), Fortaleza (CE), Goiânia (GO), João Pessoa (PB), Macapá (AP), Maceió (AL), Manaus (AM), Natal (RN), Palmas (TO), Porto Alegre (RS), Porto Velho (ES), Recife (PE), Rio de Janeiro (RJ), Salvador (BA), São Luis (MA), São Paulo (SP), Serra (ES), Teresina (PI).

8.3 Relação de Hospitais com Prontos-Socorros

8.3.1 A relação de hospitais com prontos-socorros fora da região de abrangência geográfica do plano contratado DEVERÁ SER CONSULTADA NA CENTRAL DE SERVIÇOS SULAMÉRICA, OU POR MEIO DE OUTRO CANAL QUE ESTA SEGURADORA VIER A DISPONIBILIZAR. O telefone da Central de Serviços SulAmérica consta no verso do Cartão SulAmérica Saúde físico ou virtual disponibilizado ao segurado.

8.3.2 O telefone da Central de Serviços SulAmérica está disponível no cartão de identificação físico ou virtual disponibilizado ao Segurado.

8.3.3 A relação de hospitais com prontos socorros já informados ao Segurado, poderá ser alterada sem prévio aviso, bem como as regiões os quais serão disponibilizados, como citado na cláusula **8.2**.

8.4 Este benefício será oferecido por tempo indeterminado e poderá ser suspenso a qualquer momento.

Características Essenciais dos Planos sem Coparticipação

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Direto CAMP VCs Quarto Coletivo

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

Este documento é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde, firmado com o Estipulante indicado na proposta de seguro por ocasião da contratação e ratifica as características essenciais do plano contratado.

1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS: Direto CAMP VCs Empresarial Trad.15 AHO QC

Acomodação Hospitalar: Quarto Coletivo

Número do Registro na ANS: 485249204

Abrangência Geográfica: Grupo de Municípios

Área de Atuação: Campinas, Hortolândia, Indaiatuba, Jaguariúna, Paulínia, Sumaré e Valinhos.

2. Tutela da Saúde

A tutela da saúde dos Segurados é parte integrante e indissociável do plano Direto CAMP Vcs, composto pela gestão de cuidado médico aderente às necessidades dos Segurados, observados os termos do Rol de Procedimentos e Eventos de Saúde, editado pela ANS, vigente à época do evento, conectando os profissionais de saúde envolvidos na gestão do plano, em ações de promoção e acompanhamento de saúde e bem estar dos Segurados, com o objetivo de facilitar, aprimorar e tornar mais resolutiva a assistência à saúde. Para isso, os DADOS PESSOAIS SENSÍVEIS dos Segurados são centralizados em uma plataforma digital administrada pela Seguradora e compartilhada com os profissionais de saúde vinculados ao plano e/ou à estipulante, como parte integrante da execução do contrato de seguro saúde, valendo a aceitação deste Contrato como concordância com a finalidade prevista nesta cláusula.

3. Reembolso

Exclusivo em Terapias não Médicas. Terapias não Médicas são aquelas realizadas por profissionais que não sejam Médicos, desde que registrados em seus respectivos conselhos (CRP, CRFa, CRN, CREFITO).

3.1 O Segurado Titular e seus Dependentes poderão solicitar o reembolso EXCLUSIVAMENTE das terapias não médicas relacionadas na cláusula 3.1.1, solicitadas pelo médico assistente nos limites previstos no Rol de

Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, comprovadamente pagas, desde que realizadas dentro da área geográfica de abrangência e área de atuação do plano.

3.1.1 Terapias Reembolsáveis não Médicas

a) Fisioterapia;

b) Nutrição;

c) Psicoterapia;

d) Fonoaudiologia;

e) Terapia Ocupacional.

f) Acupuntura

3.1.2 As terapias acima só serão cobertas se solicitadas ao Segurado por Profissional Médico registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM.

3.2 Documentação para solicitação de reembolso

3.2.1 Fisioterapia e Acupuntura.

Enviar Relatório Médico, datado**,** contendo nome completo do paciente, diagnóstico, tempo de existência da doença e quadro clínico atual do paciente, descrição e justificativa para a terapia indicada, planejamento terapêutico (quantidade de sessões programadas e período de tempo), assinatura do profissional que realizou a terapia e laudo do exame de Imagem realizado relacionado à patologia, se houver e,

a) nota Fiscal original contendo razão social e CNPJ do estabelecimento, nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do Prestador de Serviço, CPF e CREFITO e assinatura do profissional que realizou a terapia, ou

b) recibo original, em formulário próprio do prestador de serviço contendo nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do prestador de serviço, CPF e CREFITO e assinatura do profissional que realizou a terapia.

3.2.2 Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Psicoterapia e Nutrição

Enviar relatório médico, datado, com indicação para o tratamento com o terapeuta, contendo nome completo do paciente, diagnóstico e quadro clínico atual do paciente, descrição e justificativa para a terapia indicada e,

a) enviar nota fiscal original contendo razão social e CNPJ do estabelecimento, nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do prestador de serviço, CPF e número de inscrição no respectivo conselho regional, CRP, CRFa, CRN e assinatura do profissional que realizou a terapia; ou

b) enviar recibo original em formulário próprio do prestador de serviço contendo nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do prestador de serviço, CPF e número de inscrição no respectivo conselho regional, CRP, CRFa, CRN e assinatura do profissional que realizou a terapia.

3.3 O reembolso das **terapias não médicas** descritas na cláusula **3.1.1** eventualmente apresentadas pelo Segurado será realizado desde que possua cobertura e desde que o prestador utilizado pelo Segurado esteja devidamente registrado nos órgãos governamentais e de classe para a prestação dos serviços realizados.

3.4 Os valores a serem reembolsados não têm qualquer vínculo com os preços negociados pelo Segurado diretamente com **os profissionais ou clínicas** não pertencentes à rede referenciada, não havendo obrigatoriedade contratual de reembolso integral.

3.4.1. Não haverá reembolso quando a Seguradora identificar que houve o envio de mais de um recibo ou nota fiscal relacionado ao mesmo atendimento, com valores diferentes do que efetivamente foram pagos por cada procedimento, na medida em que se constitui crime previsto no art. 304 do Código Penal Brasileiro.

3.5 Tabela SulAmérica Saúde

A Tabela SulAmérica Saúde Direto contempla as **terapias não médicas,** e a relação dos códigos reembolsáveis estão relacionados nesta tabela.

3.5.1 A Tabela SulAmérica Saúde Direto está devidamente registrada no Cartório do 10º Oficial de Registro de Títulos e Documentos da Capital - SP, e disponível a todos os Segurados na sede do Estipulante, e no website sulamerica.com.br/saudeonline para realização download.

3.6 Para o cálculo de reembolso serão necessários os dados descritos a seguir:

3.6.1 Unidade de Serviço (US): É o quantitativo definido para **cada terapia não médica**, que está **contemplada** na Tabela SulAmérica Saúde Direto. A quantidade de Unidade de Serviço - US poderá ser alterada, visando mantê-la compatível com os valores praticados no mercado.

3.6.2 Múltiplos de Reembolso - São os coeficientes a serem aplicados sobre a quantidade de US apresentada na Tabela SulAmérica Saúde Direto e estão demonstrados na cláusula 3.8 - Múltiplo de Reembolso.

3.6.3 Unidade de Serviço de Reembolso (USR) - É o coeficiente expresso em moeda corrente nacional, definido no momento da contratação do seguro. O valor inicial da USR é de R$ 0,50 (cinquenta centavos), o qual também está expresso na Proposta de Seguro.

3.6.3.1 O valor da USR de reembolso poderá, eventualmente, ser reajustado mediante livre negociação entre a Operadora e a

Contratante, em periodicidade não inferior a 12 meses, respeitando sempre o previsto na Resolução CONSU nº 8, alterada pela Resolução CONSU nº 15, que determina que o valor do reembolso não será inferior ao praticado na rede referenciada.

3.6.3.2 O reajuste do valor da USR deverá considerar, exclusivamente, a variação dos custos médicos e hospitalares dos procedimentos cobertos pelo presente contrato, não estando de qualquer forma vinculado ao índice de reajuste financeiro ou técnico do contrato.

3.7 O valor do reembolso será efetuado em moeda corrente nacional e calculado conforme fórmula abaixo:

VR = Quantidade de US* x Múltiplo de Reembolso x Valor da USR**

* Prevista na Tabela SulAmérica Saúde Direto para o procedimento realizado
** Vigente na data de atendimento médico e/ou hospitalar

3.8 Múltiplo de Reembolso

Terapia não Médica	Múltiplo de Reembolso
Fisioterapia	1,10
Nutrição	1,10
Psicoterapia	1,10
Fonoaudiologia	1,10
Terapia Ocupacional	1,10
Acupuntura	1,10

3.9 O valor correspondente à coparticipação previsto na cobertura do seguro será deduzido do valor a ser reembolsado ao Segurado Titular.

3.10 O reembolso será efetuado diretamente ao Segurado Titular, em até 30 (trinta) dias contados a partir da data do recebimento da solicitação do reembolso acompanhada de todos os documentos específicos para cada procedimento.

3.11 A Seguradora manterá em seu poder somente a guarda dos recibos e notas fiscais originais referentes às despesas ressarcidas total ou parcialmente, quando recebidos fisicamente em suas vias originais.

3.11.1 Será de responsabilidade do Segurado guardar os recibos e notas fiscais originais relacionados ao procedimento, quando a solicitação de reembolso for enviada à Seguradora de forma eletrônica, por no mínimo 05 (cinco) anos.

3.11.2 O Segurado deverá enviar a Seguradora os documentos originais, sempre que solicitado em até 05 (cinco) dias úteis, contados da data da solicitação, sob pena de seu processo de reembolso não ter a análise concluída ou, caso já tenha sido concluída e paga, ter o Segurado a obrigação de devolver o valor à Seguradora.

3.12 O valor reembolsado não será, sob nenhuma hipótese, superior ao valor efetivamente pago pelo segurado pelas respectivas despesas.

3.13 É facultado ao Segurado Titular solicitar a revisão dos valores de reembolso em até 180 (cento e oitenta) dias de seu efetivo pagamento pela Seguradora.

3.14 O prazo máximo para a apresentação dos pedidos de reembolso será de 1 (um) ano a contar da data da realização dos eventos cobertos.

4. Rede Referenciada

A Rede Referenciada está definida de acordo com o plano Direto CAMP VCs na acomodação quarto coletivo com localização restrita aos municípios descritos na área de atuação no item 1 acima.

4.1 A rede referenciada está disponibilizada por especialidade médica.

4.2 Os atendimentos ambulatoriais realizados nas clínicas especializadas e que necessitem de avaliação cirúrgica serão direcionados para a equipe clínica do Hospital Referenciado para a especialidade que dará continuidade ao tratamento.

4.2.1 Os casos de internação clínica serão direcionados para a equipe clínica do Hospital Referenciado para a especialidade, a qual dará continuidade ao tratamento.

5. Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa Etária

5.1 Os prêmios serão readequados quando os Segurados mudarem de faixa etária, conforme percentuais indicados abaixo na Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa.

Faixa Etária	Percentuais
0 a 18 anos	0,00%
19 a 23 anos	25,00%
24 a 28 anos	24,00%
29 a 33 anos	11,00%
34 a 38 anos	7,00%
39 a 43 anos	16,00%
44 a 48 anos	19,54%
49 a 53 anos	17,20%
54 a 58 anos	19,05%
59 anos ou +	68,45%

6. Benefícios Adicionais

Serão disponibilizados aos segurados do SulAmérica Saúde plano Direto CAMP Vcs, os benefícios adicionais a seguir, os quais estão descritos no Caderno de Benefícios Adicionais.

6.1 Orientação Médica Telefônica - Consiste exclusivamente no item 1 “a” do Caderno de Benefícios Adicionais, conforme transcrito abaixo, não abrangendo em hipótese alguma o atendimento domiciliar e remoção deste benefício.

a) Profissionais da área da saúde à disposição do segurado 24 (vinte e quatro) horas por dia, para orientação ao segurado por telefone sobre a melhor providência a ser tomada em situações de urgência e emergência, esclarecimento de dúvidas sobre dosagens de medicamentos, interpretação de exames, orientação sobre a especialidade médica a ser consultada de acordo com a necessidade do segurado, entre outros.

6.2 Atendimento de Urgência e Emergência fora da Região de Abrangência Geográfica do Plano Contratado - item 8 do Caderno de Benefícios Adicionais

7. Permanecem válidas as demais condições estabelecidas nas Condições Gerais.

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Direto CAMP VCs Apartamento

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

Este documento é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde, firmado com o Estipulante indicado na proposta de seguro por ocasião da contratação e ratifica as características essenciais do plano contratado.

1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS: Direto CAMP VCs Empresarial Trad.15 AHO QC

Acomodação Hospitalar: Apartamento

Número do Registro na ANS: 485248206

Abrangência Geográfica: Grupo de Municípios

Área de Atuação: Campinas, Hortolândia, Indaiatuba, Jaguariúna, Paulínia, Sumaré e Valinhos.

2. Tutela da Saúde

A tutela da saúde dos Segurados é parte integrante e indissociável do plano Direto CAMP VCs, composto pela gestão de cuidado médico aderente às necessidades dos Segurados, observados os termos do Rol de Procedimentos e Eventos de Saúde, editado pela ANS, vigente à época do evento, conectando os profissionais de saúde envolvidos na gestão do plano, em ações de promoção e acompanhamento de saúde e bem estar dos Segurados, com o objetivo de facilitar, aprimorar e tornar mais resolutiva a assistência à saúde. Para isso, os DADOS PESSOAIS SENSÍVEIS dos Segurados são centralizados em uma plataforma digital administrada pela Seguradora e compartilhada com os profissionais de saúde vinculados ao plano e/ou à estipulante, como parte integrante da execução do contrato de seguro saúde, valendo a aceitação deste Contrato como concordância com a finalidade prevista nesta cláusula.

3. Reembolso

Exclusivo em Terapias não Médicas. Terapias não Médicas são aquelas realizadas por profissionais que não sejam Médicos, desde que registrados em seus respectivos conselhos (CRP, CRFa, CRN, CREFITO).

3.1 O Segurado Titular e seus Dependentes poderão solicitar o reembolso EXCLUSIVAMENTE das terapias não médicas relacionadas na cláusula 3.1.1, solicitadas pelo médico assistente nos limites previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento,

comprovadamente pagas, desde que realizadas dentro da área geográfica de abrangência e área de atuação do plano.

3.1.1 Terapias Reembolsáveis não Médicas

a) Fisioterapia;
b) Nutrição;
c) Psicoterapia;
d) Fonoaudiologia;
e) Terapia Ocupacional.
f) Acupuntura

3.1.2 As terapias acima só serão cobertas se solicitadas ao Segurado por Profissional Médico registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM.

3.2 Documentação para solicitação de reembolso

3.2.1 Fisioterapia e Acupuntura.

Enviar Relatório Médico, datado**, contendo** nome completo do paciente, diagnóstico, tempo de existência da doença e quadro clínico atual do paciente, descrição e justificativa para a terapia indicada, planejamento terapêutico (quantidade de sessões programadas e período de tempo), assinatura do profissional que realizou a terapia e laudo do exame de Imagem realizado relacionado à patologia, se houver e,

a) nota Fiscal original contendo razão social e CNPJ do estabelecimento, nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do Prestador de Serviço, CPF e CREFITO e assinatura do profissional que realizou a terapia, ou

b) recibo original, em formulário próprio do prestador de serviço contendo nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do prestador de serviço, CPF e CREFITO e assinatura do profissional que realizou a terapia.

3.2.2 Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Psicoterapia e Nutrição

Enviar relatório médico, datado, com indicação para o tratamento com o terapeuta, contendo nome completo do paciente, diagnóstico e quadro clínico atual do paciente, descrição e justificativa para a terapia indicada e,

a) enviar nota fiscal original contendo razão social e CNPJ do estabelecimento, nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do prestador de serviço, CPF e número de inscrição no respectivo conselho regional, CRP, CRFa, CRN e assinatura do profissional que realizou a terapia; ou

b) enviar recibo original em formulário próprio do prestador de serviço contendo nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do prestador de serviço, CPF e número de inscrição no respectivo conselho regional, CRP, CRFa, CRN e assinatura do profissional que realizou a terapia.

3.3 O reembolso das **terapias não médicas** descritas na cláusula **3.1.1** eventualmente apresentadas pelo Segurado será realizado desde que possua cobertura e desde que o prestador utilizado pelo Segurado esteja devidamente registrado nos órgãos governamentais e de classe para a prestação dos serviços realizados.

3.4 Os valores a serem reembolsados não têm qualquer vínculo com os preços negociados pelo Segurado diretamente com **os profissionais ou clínicas** não pertencentes à rede referenciada, não havendo obrigatoriedade contratual de reembolso integral.

3.4.1. Não haverá reembolso quando a Seguradora identificar que houve o envio de mais de um recibo ou nota fiscal relacionado ao mesmo atendimento, com valores diferentes do que efetivamente foram pagos por cada procedimento, na medida em que se constitui crime previsto no art. 304 do Código Penal Brasileiro.

3.5 Tabela SulAmérica Saúde

A Tabela SulAmérica Saúde Direto contempla as **terapias não médicas,** e a relação dos códigos reembolsáveis estão relacionados nesta tabela.

3.5.1 A Tabela SulAmérica Saúde Direto está devidamente registrada no Cartório do 10º Oficial de Registro de Títulos e Documentos da Capital - SP, e disponível a todos os Segurados na sede do Estipulante, e no website sulamerica.com.br/saudeonline para realização download.

3.6 Para o cálculo de reembolso serão necessários os dados descritos a seguir:

3.6.1 Unidade de Serviço (US): É o quantitativo definido para **cada terapia não médica**, que está **contemplada** na Tabela SulAmérica Saúde Direto. A quantidade de Unidade de Serviço - US poderá ser alterada, visando mantê-la compatível com os valores praticados no mercado.

3.6.2 Múltiplos de Reembolso - São os coeficientes a serem aplicados sobre a quantidade de US apresentada na Tabela SulAmérica Saúde Direto e estão demonstrados na cláusula 2.8 - Múltiplo de Reembolso.

3.6.3 Unidade de Serviço de Reembolso (USR) - É o coeficiente expresso em moeda corrente nacional, definido no momento da contratação do seguro. O valor inicial da USR é de R$ 0,50 (cinquenta centavos), o qual também está expresso na Proposta de Seguro.

3.6.3.1 O valor da USR de reembolso poderá, eventualmente, ser reajustado mediante livre negociação entre a Operadora e a

Contratante, em periodicidade não inferior a 12 meses, respeitando sempre o previsto na Resolução CONSU nº 8, alterada pela Resolução CONSU nº 15, que determina que o valor do reembolso não será inferior ao praticado na rede referenciada.

3.6.3.2 O reajuste do valor da USR deverá considerar, exclusivamente, a variação dos custos médicos e hospitalares dos procedimentos cobertos pelo presente contrato, não estando de qualquer forma vinculado ao índice de reajuste financeiro ou técnico do contrato.

3.7 O valor do reembolso será efetuado em moeda corrente nacional e calculado conforme fórmula abaixo:

VR = Quantidade de US* x Múltiplo de Reembolso x Valor da USR**

* Prevista na Tabela SulAmérica Saúde Direto para o procedimento realizado
** Vigente na data de atendimento médico e/ou hospitalar

3.8 Múltiplo de Reembolso

Terapia não Médica	Múltiplo de Reembolso
Fisioterapia	1,10
Nutrição	1,10
Psicoterapia	1,10
Fonoaudiologia	1,10
Terapia Ocupacional	1,10
Acupuntura	1,10

3.9 O valor correspondente à coparticipação previsto na cobertura do seguro será deduzido do valor a ser reembolsado ao Segurado Titular.

3.10 O reembolso será efetuado diretamente ao Segurado Titular, em até 30 (trinta) dias contados a partir da data do recebimento da solicitação do reembolso acompanhada de todos os documentos específicos para cada procedimento.

3.11 A Seguradora manterá em seu poder somente a guarda dos recibos e notas fiscais originais referentes às despesas ressarcidas total ou parcialmente, quando recebidos fisicamente em suas vias originais.

3.11.1 Será de responsabilidade do Segurado guardar os recibos e notas fiscais originais relacionados ao procedimento, quando a solicitação de reembolso for enviada à Seguradora de forma eletrônica, por no mínimo 05 (cinco) anos.

3.11.2 O Segurado deverá enviar a Seguradora os documentos originais, sempre que solicitado em até 05 (cinco) dias úteis, contados da data da solicitação, sob pena de seu processo de reembolso não ter a análise concluída ou,

caso já tenha sido concluída e paga, ter o Segurado a obrigação de devolver o valor à Seguradora.

3.12 O valor reembolsado não será, sob nenhuma hipótese, superior ao valor efetivamente pago pelo segurado pelas respectivas despesas.

3.13 É facultado ao Segurado Titular solicitar a revisão dos valores de reembolso em até 180 (cento e oitenta) dias de seu efetivo pagamento pela Seguradora.

3.14 O prazo máximo para a apresentação dos pedidos de reembolso será de 1 (um) ano a contar da data da realização dos eventos cobertos.

4. Rede Referenciada

A Rede Referenciada está definida de acordo com o plano Direto CAMP VCs na acomodação apartamento com localização restrita aos municípios descritos na área de atuação no item 1 acima.

4.1 A rede referenciada está disponibilizada por especialidade médica.

4.2 Os atendimentos ambulatoriais realizados nas clínicas especializadas e que necessitem de avaliação cirúrgica serão direcionados para a equipe clínica do Hospital Referenciado para a especialidade que dará continuidade ao tratamento.

4.2.1 Os casos de internação clínica serão direcionados para a equipe clínica do Hospital Referenciado para a especialidade, a qual dará continuidade ao tratamento.

5. Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa Etária

5.1 Os prêmios serão readequados quando os Segurados mudarem de faixa etária, conforme percentuais indicados abaixo na Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa.

Faixa Etária	Percentuais
0 a 18 anos	0,00%
19 a 23 anos	25,00%
24 a 28 anos	24,00%
29 a 33 anos	11,00%
34 a 38 anos	7,00%
39 a 43 anos	16,00%
44 a 48 anos	19,54%
49 a 53 anos	17,20%
54 a 58 anos	19,05%
59 anos ou +	68,45%

6. Benefícios Adicionais

Serão disponibilizados aos segurados do SulAmérica Saúde plano Direto CAMP Vcs, os benefícios adicionais a seguir, os quais estão descritos no Caderno de Benefícios Adicionais.

6.1 Orientação Médica Telefônica - Consiste exclusivamente no item 1 “a” do Caderno de Benefícios Adicionais, conforme transcrito abaixo, não abrangendo em hipótese alguma o atendimento domiciliar e remoção deste benefício.

a) Profissionais da área da saúde à disposição do segurado 24 (vinte e quatro) horas por dia, para orientação ao segurado por telefone sobre a melhor providência a ser tomada em situações de urgência e emergência, esclarecimento de dúvidas sobre dosagens de medicamentos, interpretação de exames, orientação sobre a especialidade médica a ser consultada de acordo com a necessidade do segurado, entre outros.

6.2 Atendimento de Urgência e Emergência fora da Região de Abrangência Geográfica do Plano Contratado - item 8 do Caderno de Benefícios Adicionais

7. Permanecem válidas as demais condições estabelecidas nas Condições Gerais.

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Direto CWB STc Quarto Coletivo

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

Este documento é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde, firmado com o Estipulante indicado na proposta de seguro por ocasião da contratação e ratifica as características essenciais do plano contratado.

1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS: Direto CWB STc Empresarial/PME Trad.15 AHO QC

Acomodação Hospitalar: Quarto Coletivo

Número do Registro na ANS: 485234206

Abrangência Geográfica: Grupo de Municípios

Área de Atuação: Almirante Tamandaré, Araucária, Colombo, Curitiba, Fazenda Rio Grande, Pinhais e São José dos Pinhais.

2. Tutela da Saúde

A tutela da saúde dos Segurados é parte integrante e indissociável do plano Direto CWB STc, composto pela gestão de cuidado médico aderente às necessidades dos Segurados, observados os termos do Rol de Procedimentos e Eventos de Saúde, editado pela ANS, vigente à época do evento, conectando os profissionais de saúde envolvidos na gestão do plano, em ações de promoção e acompanhamento de saúde e bem estar dos Segurados, com o objetivo de facilitar, aprimorar e tornar mais resolutiva a assistência à saúde. Para isso, os DADOS PESSOAIS SENSÍVEIS dos Segurados são centralizados em uma plataforma digital administrada pela Seguradora e compartilhada com os profissionais de saúde vinculados ao plano e/ou à estipulante, como parte integrante da execução do contrato de seguro saúde, valendo a aceitação deste Contrato como concordância com a finalidade prevista nesta cláusula.

3. Reembolso

Exclusivo em Terapias não Médicas. Terapias não Médicas são aquelas realizadas por profissionais que não sejam Médicos, desde que registrados em seus respectivos conselhos (CRP, CRFa, CRN, CREFITO).

3.1 O Segurado Titular e seus Dependentes poderão solicitar o reembolso EXCLUSIVAMENTE das terapias não médicas relacionadas na cláusula 3.1.1, solicitadas pelo médico assistente nos limites previstos no Rol de

Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, comprovadamente pagas, desde que realizadas dentro da área geográfica de abrangência e área de atuação do plano.

3.1.1 Terapias Reembolsáveis não Médicas

a) Fisioterapia;
b) Nutrição;
c) Psicoterapia;
d) Fonoaudiologia;
e) Terapia Ocupacional.
f) Acupuntura

3.1.2 As terapias acima só serão cobertas se solicitadas ao Segurado por Profissional Médico registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM.

3.2 Documentação para solicitação de reembolso

3.2.1 Fisioterapia e Acupuntura.

Enviar Relatório Médico, datado**, contendo** nome completo do paciente, diagnóstico, tempo de existência da doença e quadro clínico atual do paciente, descrição e justificativa para a terapia indicada, planejamento terapêutico (quantidade de sessões programadas e período de tempo), assinatura do profissional que realizou a terapia e laudo do exame de Imagem realizado relacionado à patologia, se houver e,

a) nota Fiscal original contendo razão social e CNPJ do estabelecimento, nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do Prestador de Serviço, CPF e CREFITO e assinatura do profissional que realizou a terapia, ou

b) recibo original, em formulário próprio do prestador de serviço contendo nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do prestador de serviço, CPF e CREFITO e assinatura do profissional que realizou a terapia.

3.2.2 Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Psicoterapia e Nutrição

Enviar relatório médico, datado, com indicação para o tratamento com o terapeuta, contendo nome completo do paciente, diagnóstico e quadro clínico atual do paciente, descrição e justificativa para a terapia indicada e,

a) enviar nota fiscal original contendo razão social e CNPJ do estabelecimento, nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do prestador de serviço, CPF e número de inscrição no respectivo conselho regional, CRP, CRFa, CRN e assinatura do profissional que realizou a terapia; ou

b) enviar recibo original em formulário próprio do prestador de serviço contendo nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do prestador de serviço, CPF e número de inscrição no respectivo conselho regional, CRP, CRFa, CRN e assinatura do profissional que realizou a terapia.

3.3 O reembolso das **terapias não médicas** descritas na cláusula **3.1.1** eventualmente apresentadas pelo Segurado será realizado desde que possua cobertura e desde que o prestador utilizado pelo Segurado esteja devidamente registrado nos órgãos governamentais e de classe para a prestação dos serviços realizados.

3.4 Os valores a serem reembolsados não têm qualquer vínculo com os preços negociados pelo Segurado diretamente com **os profissionais ou clínicas** não pertencentes à rede referenciada, não havendo obrigatoriedade contratual de reembolso integral.

3.4.1. Não haverá reembolso quando a Seguradora identificar que houve o envio de mais de um recibo ou nota fiscal relacionado ao mesmo atendimento, com valores diferentes do que efetivamente foram pagos por cada procedimento, na medida em que se constitui crime previsto no art. 304 do Código Penal Brasileiro.

3.5 Tabela SulAmérica Saúde

A Tabela SulAmérica Saúde Direto contempla as **terapias não médicas,** e a relação dos códigos reembolsáveis estão relacionados nesta tabela.

3.5.1 A Tabela SulAmérica Saúde Direto está devidamente registrada no Cartório do 10º Oficial de Registro de Títulos e Documentos da Capital - SP, e disponível a todos os Segurados na sede do Estipulante, e no website sulamerica.com.br/saudeonline para realização download.

3.6 Para o cálculo de reembolso serão necessários os dados descritos a seguir:

3.6.1 Unidade de Serviço (US): É o quantitativo definido para **cada terapia não médica**, que está **contemplada** na Tabela SulAmérica Saúde Direto. A quantidade de Unidade de Serviço - US poderá ser alterada, visando mantê-la compatível com os valores praticados no mercado.

3.6.2 Múltiplos de Reembolso - São os coeficientes a serem aplicados sobre a quantidade de US apresentada na Tabela SulAmérica Saúde Direto e estão demonstrados na cláusula 3.8 - Múltiplo de Reembolso.

3.6.3 Unidade de Serviço de Reembolso (USR) - É o coeficiente expresso em moeda corrente nacional, definido no momento da contratação do seguro. O valor inicial da USR é de R$ 0,50 (cinquenta centavos), o qual também está expresso na Proposta de Seguro.

3.6.3.1 O valor da USR de reembolso poderá, eventualmente, ser reajustado mediante livre negociação entre a Operadora e a Contratante, em periodicidade não inferior a 12 meses,

respeitando sempre o previsto na Resolução CONSU nº 8, alterada pela Resolução CONSU nº 15, que determina que o valor do reembolso não será inferior ao praticado na rede referenciada.

3.6.3.2 O reajuste do valor da USR deverá considerar, exclusivamente, a variação dos custos médicos e hospitalares dos procedimentos cobertos pelo presente contrato, não estando de qualquer forma vinculado ao índice de reajuste financeiro ou técnico do contrato.

3.7 O valor do reembolso será efetuado em moeda corrente nacional e calculado conforme fórmula abaixo:

VR = Quantidade de US* x Múltiplo de Reembolso x Valor da USR**

* Prevista na Tabela SulAmérica Saúde Direto para o procedimento realizado
** Vigente na data de atendimento médico e/ou hospitalar

3.8 Múltiplo de Reembolso

Terapia não Médica	Múltiplo de Reembolso
Fisioterapia	1,10
Nutrição	1,10
Psicoterapia	1,10
Fonoaudiologia	1,10
Terapia Ocupacional	1,10
Acupuntura	1,10

3.9 O valor correspondente à coparticipação previsto na cobertura do seguro será deduzido do valor a ser reembolsado ao Segurado Titular.

3.10 O reembolso será efetuado diretamente ao Segurado Titular, em até 30 (trinta) dias contados a partir da data do recebimento da solicitação do reembolso acompanhada de todos os documentos específicos para cada procedimento.

3.11 A Seguradora manterá em seu poder somente a guarda dos recibos e notas fiscais originais referentes às despesas ressarcidas total ou parcialmente, quando recebidos fisicamente em suas vias originais.

3.11.1 Será de responsabilidade do Segurado guardar os recibos e notas fiscais originais relacionados ao procedimento, quando a solicitação de reembolso for enviada à Seguradora de forma eletrônica, por no mínimo 05 (cinco) anos.

3.11.2 O Segurado deverá enviar a Seguradora os documentos originais, sempre que solicitado em até 05 (cinco) dias úteis, contados da data da solicitação, sob pena de seu processo de reembolso não ter a análise concluída ou, caso já tenha sido concluída e paga, ter o Segurado a obrigação de devolver o valor à Seguradora.

3.12 O valor reembolsado não será, sob nenhuma hipótese, superior ao valor efetivamente pago pelo segurado pelas respectivas despesas.

3.13 É facultado ao Segurado Titular solicitar a revisão dos valores de reembolso em até 180 (cento e oitenta) dias de seu efetivo pagamento pela Seguradora.

3.14 O prazo máximo para a apresentação dos pedidos de reembolso será de 1 (um) ano a contar da data da realização dos eventos cobertos.

4. Rede Referenciada

A Rede Referenciada está definida de acordo com o plano Direto CWB STc na acomodação quarto coletivo com localização restrita aos municípios descritos na área de atuação no item 1 acima.

4.1 A rede referenciada está disponibilizada por especialidade médica.

4.2 Os atendimentos ambulatoriais realizados nas clínicas especializadas e que necessitem de avaliação cirúrgica serão direcionados para a equipe clínica do Hospital Referenciado para a especialidade que dará continuidade ao tratamento.

4.2.1 Os casos de internação clínica serão direcionados para a equipe clínica do Hospital Referenciado para a especialidade, a qual dará continuidade ao tratamento.

5. Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa Etária

5.1 Os prêmios serão readequados quando os Segurados mudarem de faixa etária, conforme percentuais indicados abaixo na Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa.

Faixa Etária	Percentuais
0 a 18 anos	0,00%
19 a 23 anos	25,00%
24 a 28 anos	24,00%
29 a 33 anos	11,00%
34 a 38 anos	7,00%
39 a 43 anos	16,00%
44 a 48 anos	19,54%
49 a 53 anos	17,20%
54 a 58 anos	19,05%
59 anos ou +	68,45%

6. Benefícios Adicionais

Serão disponibilizados aos segurados do SulAmérica Saúde plano Direto CTW STc, os benefícios adicionais a seguir, os quais estão descritos no Caderno de Benefícios Adicionais

6.1 Orientação Médica Telefônica - Consiste exclusivamente no item 1 “a” do Caderno de Benefícios Adicionais, conforme transcrito abaixo, não abrangendo em hipótese alguma o atendimento domiciliar e remoção deste benefício.

a) Profissionais da área da saúde à disposição do segurado 24 (vinte e quatro) horas por dia, para orientação ao segurado por telefone sobre a melhor providência a ser tomada em situações de urgência e emergência, esclarecimento de dúvidas sobre dosagens de medicamentos, interpretação de exames, orientação sobre a especialidade médica a ser consultada de acordo com a necessidade do segurado, entre outros.

6.2 Atendimento de Urgência e Emergência fora da Região de Abrangência Geográfica do Plano Contratado - item 8 do Caderno de Benefícios Adicionais

7. Permanecem válidas as demais condições estabelecidas nas Condições Gerais.

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Direto CWB STc Apartamento

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

Este documento é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde, firmado com o Estipulante indicado na proposta de seguro por ocasião da contratação e ratifica as características essenciais do plano contratado.

1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS: Direto CWB STc Empresarial/PME Trad.15 AHO QP

Acomodação Hospitalar: Apartamento

Número do Registro na ANS: 485250208

Abrangência Geográfica: Grupo de Municípios

Área de Atuação: Almirante Tamandaré, Araucária, Colombo, Curitiba, Fazenda Rio Grande, Pinhais e São José dos Pinhais.

2. Tutela da Saúde

A tutela da saúde dos Segurados é parte integrante e indissociável do plano Direto CWB STc, composto pela gestão de cuidado médico aderente às necessidades dos Segurados, observados os termos do Rol de Procedimentos e Eventos de Saúde, editado pela ANS, vigente à época do evento, conectando os profissionais de saúde envolvidos na gestão do plano, em ações de promoção e acompanhamento de saúde e bem estar dos Segurados, com o objetivo de facilitar, aprimorar e tornar mais resolutiva a assistência à saúde. Para isso, os DADOS PESSOAIS SENSÍVEIS dos Segurados são centralizados em uma plataforma digital administrada pela Seguradora e compartilhada com os profissionais de saúde vinculados ao plano e/ou à estipulante, como parte integrante da execução do contrato de seguro saúde, valendo a aceitação deste Contrato como concordância com a finalidade prevista nesta cláusula.

3. Reembolso

Exclusivo em Terapias não Médicas. Terapias não Médicas são aquelas realizadas por profissionais que não sejam Médicos, desde que registrados em seus respectivos conselhos (CRP, CRFa, CRN, CREFITO).

3.1 O Segurado Titular e seus Dependentes poderão solicitar o reembolso EXCLUSIVAMENTE das terapias não médicas relacionadas na cláusula 3.1.1, solicitadas pelo médico assistente nos limites previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento,

comprovadamente pagas, desde que realizadas dentro da área geográfica de abrangência e área de atuação do plano.

3.1.1 Terapias Reembolsáveis não Médicas

a) Fisioterapia;
b) Nutrição;
c) Psicoterapia;
d) Fonoaudiologia;
e) Terapia Ocupacional.
f) Acupuntura

3.1.2 As terapias acima só serão cobertas se solicitadas ao Segurado por Profissional Médico registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM.

3.2 Documentação para solicitação de reembolso

3.2.1 Fisioterapia e Acupuntura.

Enviar Relatório Médico, datado**, contendo** nome completo do paciente, diagnóstico, tempo de existência da doença e quadro clínico atual do paciente, descrição e justificativa para a terapia indicada, planejamento terapêutico (quantidade de sessões programadas e período de tempo), assinatura do profissional que realizou a terapia e laudo do exame de Imagem realizado relacionado à patologia, se houver e,

a) nota Fiscal original contendo razão social e CNPJ do estabelecimento, nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do Prestador de Serviço, CPF e CREFITO e assinatura do profissional que realizou a terapia, ou

b) recibo original, em formulário próprio do prestador de serviço contendo nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do prestador de serviço, CPF e CREFITO e assinatura do profissional que realizou a terapia.

3.2.2 Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Psicoterapia e Nutrição

Enviar relatório médico, datado, com indicação para o tratamento com o terapeuta, contendo nome completo do paciente, diagnóstico e quadro clínico atual do paciente, descrição e justificativa para a terapia indicada e,

a) enviar nota fiscal original contendo razão social e CNPJ do estabelecimento, nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do prestador de serviço, CPF e número de inscrição no respectivo conselho regional, CRP, CRFa, CRN e assinatura do profissional que realizou a terapia; ou

b) enviar recibo original em formulário próprio do prestador de serviço contendo nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do prestador de serviço, CPF e número de inscrição no respectivo conselho regional, CRP, CRFa, CRN e assinatura do profissional que realizou a terapia.

3.3 O reembolso das **terapias não médicas** descritas na cláusula **3.1.1** eventualmente apresentadas pelo Segurado será realizado desde que possua cobertura e desde que o prestador utilizado pelo Segurado esteja devidamente registrado nos órgãos governamentais e de classe para a prestação dos serviços realizados.

3.4 Os valores a serem reembolsados não têm qualquer vínculo com os preços negociados pelo Segurado diretamente com **os profissionais ou clínicas** não pertencentes à rede referenciada, não havendo obrigatoriedade contratual de reembolso integral.

3.4.1. Não haverá reembolso quando a Seguradora identificar que houve o envio de mais de um recibo ou nota fiscal relacionado ao mesmo atendimento, com valores diferentes do que efetivamente foram pagos por cada procedimento, na medida em que se constitui crime previsto no art. 304 do Código Penal Brasileiro.

3.5 Tabela SulAmérica Saúde

A Tabela SulAmérica Saúde Direto contempla as **terapias não médicas,** e a relação dos códigos reembolsáveis estão relacionados nesta tabela.

3.5.1 A Tabela SulAmérica Saúde Direto está devidamente registrada no Cartório do 10º Oficial de Registro de Títulos e Documentos da Capital - SP, e disponível a todos os Segurados na sede do Estipulante, e no website sulamerica.com.br/saudeonline para realização download.

3.6 Para o cálculo de reembolso serão necessários os dados descritos a seguir:

3.6.1 Unidade de Serviço (US): É o quantitativo definido para **cada terapia não médica**, que está **contemplada** na Tabela SulAmérica Saúde Direto. A quantidade de Unidade de Serviço - US poderá ser alterada, visando mantê-la compatível com os valores praticados no mercado.

3.6.2 Múltiplos de Reembolso - São os coeficientes a serem aplicados sobre a quantidade de US apresentada na Tabela SulAmérica Saúde Direto e estão demonstrados na cláusula 2.8 - Múltiplo de Reembolso.

3.6.3 Unidade de Serviço de Reembolso (USR) - É o coeficiente expresso em moeda corrente nacional, definido no momento da contratação do seguro. O valor inicial da USR é de R$ 0,50 (cinquenta centavos), o qual também está expresso na Proposta de Seguro.

3.6.3.1 O valor da USR de reembolso poderá, eventualmente, ser reajustado mediante livre negociação entre a Operadora e a

Contratante, em periodicidade não inferior a 12 meses, respeitando sempre o previsto na Resolução CONSU nº 8, alterada pela Resolução CONSU nº 15, que determina que o valor do reembolso não será inferior ao praticado na rede referenciada.

3.6.3.2 O reajuste do valor da USR deverá considerar, exclusivamente, a variação dos custos médicos e hospitalares dos procedimentos cobertos pelo presente contrato, não estando de qualquer forma vinculado ao índice de reajuste financeiro ou técnico do contrato.

3.7 O valor do reembolso será efetuado em moeda corrente nacional e calculado conforme fórmula abaixo:

VR = Quantidade de US* x Múltiplo de Reembolso x Valor da USR**

* Prevista na Tabela SulAmérica Saúde Direto para o procedimento realizado
** Vigente na data de atendimento médico e/ou hospitalar

3.8 Múltiplo de Reembolso

Terapia não Médica	Múltiplo de Reembolso
Fisioterapia	1,10
Nutrição	1,10
Psicoterapia	1,10
Fonoaudiologia	1,10
Terapia Ocupacional	1,10
Acupuntura	1,10

3.9 O valor correspondente à coparticipação previsto na cobertura do seguro será deduzido do valor a ser reembolsado ao Segurado Titular.

3.10 O reembolso será efetuado diretamente ao Segurado Titular, em até 30 (trinta) dias contados a partir da data do recebimento da solicitação do reembolso acompanhada de todos os documentos específicos para cada procedimento.

3.11 A Seguradora manterá em seu poder somente a guarda dos recibos e notas fiscais originais referentes às despesas ressarcidas total ou parcialmente, quando recebidos fisicamente em suas vias originais.

3.11.1 Será de responsabilidade do Segurado guardar os recibos e notas fiscais originais relacionados ao procedimento, quando a solicitação de reembolso for enviada à Seguradora de forma eletrônica, por no mínimo 05 (cinco) anos.

3.11.2 O Segurado deverá enviar a Seguradora os documentos originais, sempre que solicitado em até 05 (cinco) dias úteis, contados da data da solicitação, sob pena de seu processo de reembolso não ter a análise concluída ou,

caso já tenha sido concluída e paga, ter o Segurado a obrigação de devolver o valor à Seguradora.

3.12 O valor reembolsado não será, sob nenhuma hipótese, superior ao valor efetivamente pago pelo segurado pelas respectivas despesas.

3.13 É facultado ao Segurado Titular solicitar a revisão dos valores de reembolso em até 180 (cento e oitenta) dias de seu efetivo pagamento pela Seguradora.

3.14 O prazo máximo para a apresentação dos pedidos de reembolso será de 1 (um) ano a contar da data da realização dos eventos cobertos.

4. Rede Referenciada

A Rede Referenciada está definida de acordo com o plano Direto CWB STc na acomodação apartamento com localização restrita aos municípios descritos na área de atuação no item 1 acima.

4.1 A rede referenciada está disponibilizada por especialidade médica.

4.2 Os atendimentos ambulatoriais realizados nas clínicas especializadas e que necessitem de avaliação cirúrgica serão direcionados para a equipe clínica do Hospital Referenciado para a especialidade que dará continuidade ao tratamento.

4.2.1 Os casos de internação clínica serão direcionados para a equipe clínica do Hospital Referenciado para a especialidade, a qual dará continuidade ao tratamento.

5. Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa Etária

5.1 Os prêmios serão readequados quando os Segurados mudarem de faixa etária, conforme percentuais indicados abaixo na Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa.

Faixa Etária	Percentuais
0 a 18 anos	0,00%
19 a 23 anos	25,00%
24 a 28 anos	24,00%
29 a 33 anos	11,00%
34 a 38 anos	7,00%
39 a 43 anos	16,00%
44 a 48 anos	19,54%
49 a 53 anos	17,20%
54 a 58 anos	19,05%
59 anos ou +	68,45%

6. Benefícios Adicionais

Serão disponibilizados aos segurados do SulAmérica Saúde plano Direto CTW STc, os benefícios adicionais a seguir, os quais estão descritos no Caderno de Benefícios Adicionais.

6.1 Orientação Médica Telefônica - Consiste exclusivamente no item 1 “a” do Caderno de Benefícios Adicionais, conforme transcrito abaixo, não abrangendo em hipótese alguma o atendimento domiciliar e remoção deste benefício.

a) Profissionais da área da saúde à disposição do segurado 24 (vinte e quatro) horas por dia, para orientação ao segurado por telefone sobre a melhor providência a ser tomada em situações de urgência e emergência, esclarecimento de dúvidas sobre dosagens de medicamentos, interpretação de exames, orientação sobre a especialidade médica a ser consultada de acordo com a necessidade do segurado, entre outros.

6.2 Atendimento de Urgência e Emergência fora da Região de Abrangência Geográfica do Plano Contratado - item 8 do Caderno de Benefícios Adicionais

7. Permanecem válidas as demais condições estabelecidas nas Condições Gerais.

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Direto JP NSn Quarto Coletivo

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

Este documento é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde, firmado com o Estipulante indicado na proposta de seguro por ocasião da contratação e ratifica as características essenciais do plano contratado.

1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS: Direto JP NSn Empresarial Trad.15 AHO QC

Acomodação Hospitalar: Quarto Coletivo

Número do Registro na ANS: 486321206

Número do Registro na ANS: Abrangência Geográfica: Grupo de Municípios

Área de Atuação: João Pessoa, Bayeux, Cabedelo e Santa Rita

2. Tutela da Saúde

A tutela da saúde dos Segurados é parte integrante e indissociável do plano Direto JP NSn, composto pela gestão de cuidado médico aderente às necessidades dos Segurados, observados os termos do Rol de Procedimentos e Eventos de Saúde, editado pela ANS, vigente à época do evento, conectando os profissionais de saúde envolvidos na gestão do plano, em ações de promoção e acompanhamento de saúde e bem estar dos Segurados, com o objetivo de facilitar, aprimorar e tornar mais resolutiva a assistência à saúde. Para isso, os DADOS PESSOAIS SENSÍVEIS dos Segurados são centralizados em uma plataforma digital administrada pela Seguradora e compartilhada com os profissionais de saúde vinculados ao plano e/ou à estipulante, como parte integrante da execução do contrato de seguro saúde, valendo a aceitação deste Contrato como concordância com a finalidade prevista nesta cláusula.

3. Reembolso

Exclusivo em Terapias não Médicas. Terapias não Médicas são aquelas realizadas por profissionais que não sejam Médicos, desde que registrados em seus respectivos conselhos (CRP, CRFa, CRN, CREFITO).

3.1 O Segurado Titular e seus Dependentes poderão solicitar o reembolso EXCLUSIVAMENTE das terapias não médicas relacionadas na cláusula 3.1.1, solicitadas pelo médico assistente nos limites previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, comprovadamente pagas, desde que realizadas dentro da área geográfica de abrangência e área de atuação do plano.

3.1.1 Terapias Reembolsáveis não Médicas

a) Fisioterapia;
b) Nutrição;
c) Psicoterapia;
d) Fonoaudiologia;
e) Terapia Ocupacional.
f) Acupuntura

3.1.2 As terapias acima só serão cobertas se solicitadas ao Segurado por Profissional Médico registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM.

3.2 Documentação para solicitação de reembolso

3.2.1 Fisioterapia e Acupuntura.

Enviar Relatório Médico, datado**, contendo** nome completo do paciente, diagnóstico, tempo de existência da doença e quadro clínico atual do paciente, descrição e justificativa para a terapia indicada, planejamento terapêutico (quantidade de sessões programadas e período de tempo), assinatura do profissional que realizou a terapia e laudo do exame de Imagem realizado relacionado à patologia, se houver e,

a) nota Fiscal original contendo razão social e CNPJ do estabelecimento, nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do Prestador de Serviço, CPF e CREFITO e assinatura do profissional que realizou a terapia, ou

b) recibo original, em formulário próprio do prestador de serviço contendo nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do prestador de serviço, CPF e CREFITO e assinatura do profissional que realizou a terapia.

3.2.2 Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Psicoterapia e Nutrição

Enviar relatório médico, datado, com indicação para o tratamento com o terapeuta, contendo nome completo do paciente, diagnóstico e quadro clínico atual do paciente, descrição e justificativa para a terapia indicada e,

a) enviar nota fiscal original contendo razão social e CNPJ do estabelecimento, nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do prestador de serviço, CPF e número de inscrição no respectivo conselho regional, CRP, CRFa, CRN e assinatura do profissional que realizou a terapia; ou

b) enviar recibo original em formulário próprio do prestador de serviço contendo nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do prestador de

serviço, CPF e número de inscrição no respectivo conselho regional, CRP, CRFa, CRN e assinatura do profissional que realizou a terapia.

3.3 O reembolso das **terapias não médicas** descritas na cláusula **3.1.1** eventualmente apresentadas pelo Segurado será realizado desde que possua cobertura e desde que o prestador utilizado pelo Segurado esteja devidamente registrado nos órgãos governamentais e de classe para a prestação dos serviços realizados.

3.4 Os valores a serem reembolsados não têm qualquer vínculo com os preços negociados pelo Segurado diretamente com **os profissionais ou clínicas** não pertencentes à rede referenciada, não havendo obrigatoriedade contratual de reembolso integral.

3.4.1. Não haverá reembolso quando a Seguradora identificar que houve o envio de mais de um recibo ou nota fiscal relacionado ao mesmo atendimento, com valores diferentes do que efetivamente foram pagos por cada procedimento, na medida em que se constitui crime previsto no art. 304 do Código Penal Brasileiro.

3.5 Tabela SulAmérica Saúde

A Tabela SulAmérica Saúde Direto contempla as **terapias não médicas,** e a relação dos códigos reembolsáveis estão relacionados nesta tabela.

3.5.1 A Tabela SulAmérica Saúde Direto está devidamente registrada no Cartório do 10º Oficial de Registro de Títulos e Documentos da Capital - SP, e disponível a todos os Segurados na sede do Estipulante, e no website sulamerica.com.br/saudeonline para realização download.

3.6 Para o cálculo de reembolso serão necessários os dados descritos a seguir:

3.6.1 Unidade de Serviço (US): É o quantitativo definido para **cada terapia não médica**, que está **contemplada** na Tabela SulAmérica Saúde Direto. A quantidade de Unidade de Serviço - US poderá ser alterada, visando mantê-la compatível com os valores praticados no mercado.

3.6.2 Múltiplos de Reembolso - São os coeficientes a serem aplicados sobre a quantidade de US apresentada na Tabela SulAmérica Saúde Direto e estão demonstrados na cláusula 3.8 - Múltiplo de Reembolso.

3.6.3 Unidade de Serviço de Reembolso (USR) - É o coeficiente expresso em moeda corrente nacional, definido no momento da contratação do seguro. O valor inicial da USR é de R$ 0,50 (cinquenta centavos), o qual também está expresso na Proposta de Seguro.

3.6.3.1 O valor da USR de reembolso poderá, eventualmente, ser reajustado mediante livre negociação entre a Operadora e a Contratante, em periodicidade não inferior a 12 meses, respeitando sempre o previsto na Resolução CONSU nº 8, alterada pela Resolução CONSU nº 15, que determina que o

valor do reembolso não será inferior ao praticado na rede referenciada.

3.6.3.2 O reajuste do valor da USR deverá considerar, exclusivamente, a variação dos custos médicos e hospitalares dos procedimentos cobertos pelo presente contrato, não estando de qualquer forma vinculado ao índice de reajuste financeiro ou técnico do contrato.

3.7 O valor do reembolso será efetuado em moeda corrente nacional e calculado conforme fórmula abaixo:

VR = Quantidade de US* x Múltiplo de Reembolso x Valor da USR**

* Prevista na Tabela SulAmérica Saúde Direto para o procedimento realizado
** Vigente na data de atendimento médico e/ou hospitalar

3.8 Múltiplo de Reembolso

Terapia não Médica	Múltiplo de Reembolso
Fisioterapia	1,10
Nutrição	1,10
Psicoterapia	1,10
Fonoaudiologia	1,10
Terapia Ocupacional	1,10
Acupuntura	1,10

3.9 O valor correspondente à coparticipação previsto na cobertura do seguro será deduzido do valor a ser reembolsado ao Segurado Titular.

3.10 O reembolso será efetuado diretamente ao Segurado Titular, em até 30 (trinta) dias contados a partir da data do recebimento da solicitação do reembolso acompanhada de todos os documentos específicos para cada procedimento.

3.11 A Seguradora manterá em seu poder somente a guarda dos recibos e notas fiscais originais referentes às despesas ressarcidas total ou parcialmente, quando recebidos fisicamente em suas vias originais.

3.11.1 Será de responsabilidade do Segurado guardar os recibos e notas fiscais originais relacionados ao procedimento, quando a solicitação de reembolso for enviada à Seguradora de forma eletrônica, por no mínimo 05 (cinco) anos.

3.11.2 O Segurado deverá enviar a Seguradora os documentos originais, sempre que solicitado em até 05 (cinco) dias úteis, contados da data da solicitação, sob pena de seu processo de reembolso não ter a análise concluída ou, caso já tenha sido concluída e paga, ter o Segurado a obrigação de devolver o valor à Seguradora.

3.12 O valor reembolsado não será, sob nenhuma hipótese, superior ao valor efetivamente pago pelo segurado pelas respectivas despesas.

3.13 É facultado ao Segurado Titular solicitar a revisão dos valores de reembolso em até 180 (cento e oitenta) dias de seu efetivo pagamento pela Seguradora.

3.14 O prazo máximo para a apresentação dos pedidos de reembolso será de 1 (um) ano a contar da data da realização dos eventos cobertos.

4. Rede Referenciada

A Rede Referenciada está definida de acordo com o plano Direto JP NSn na acomodação quarto coletivo com localização restrita aos municípios descritos na área de atuação no item 1 acima.

4.1 A rede referenciada está disponibilizada por especialidade médica.

4.2 Os atendimentos ambulatoriais realizados nas clínicas especializadas e que necessitem de avaliação cirúrgica serão direcionados para a equipe clínica do Hospital Referenciado para a especialidade que dará continuidade ao tratamento.

4.2.1 Os casos de internação clínica serão direcionados para a equipe clínica do Hospital Referenciado para a especialidade, a qual dará continuidade ao tratamento.

5. Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa Etária

5.1 Os prêmios serão readequados quando os Segurados mudarem de faixa etária, conforme percentuais indicados abaixo na Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa.

Faixa Etária	Percentuais
0 a 18 anos	0,00%
19 a 23 anos	25,00%
24 a 28 anos	24,00%
29 a 33 anos	11,00%
34 a 38 anos	7,00%
39 a 43 anos	16,00%
44 a 48 anos	19,54%
49 a 53 anos	17,20%
54 a 58 anos	19,05%
59 anos ou +	68,45%

6. Benefícios Adicionais

Serão disponibilizados aos segurados do SulAmérica Saúde plano Direto JP NSn, os benefícios adicionais a seguir, os quais estão descritos no Caderno de Benefícios Adicionais

6.1 Orientação Médica Telefônica - Consiste exclusivamente no item 1 “a” do Caderno de Benefícios Adicionais, conforme transcrito abaixo, não abrangendo em hipótese alguma o atendimento domiciliar e remoção deste benefício.

a) Profissionais da área da saúde à disposição do segurado 24 (vinte e quatro) horas por dia, para orientação ao segurado por telefone sobre a melhor providência a ser tomada em situações de urgência e emergência, esclarecimento de dúvidas sobre dosagens de medicamentos, interpretação de exames, orientação sobre a especialidade médica a ser consultada de acordo com a necessidade do segurado, entre outros.

6.2 Atendimento de Urgência e Emergência fora da Região de Abrangência Geográfica do Plano Contratado - item 8 do Caderno de Benefícios Adicionais

7. Permanecem válidas as demais condições estabelecidas nas Condições Gerais.

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Direto JP NSn Apartamento

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

Este documento é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde, firmado com o Estipulante indicado na proposta de seguro por ocasião da contratação e ratifica as características essenciais do plano contratado.

1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS: Direto JP NSn EmpresarialTrad.15 AHO QP

Acomodação Hospitalar: Apartamento

Número do Registro na ANS: 486324201

Número do Registro na ANS: **Abrangência Geográfica**: Grupo de Municípios

Área de Atuação: João Pessoa, Bayeux, Cabedelo e Santa Rita

2. Tutela da Saúde

A tutela da saúde dos Segurados é parte integrante e indissociável do plano Direto JP NSn, composto pela gestão de cuidado médico aderente às necessidades dos Segurados, observados os termos do Rol de Procedimentos e Eventos de Saúde, editado pela ANS, vigente à época do evento, conectando os profissionais de saúde envolvidos na gestão do plano, em ações de promoção e acompanhamento de saúde e bem estar dos Segurados, com o objetivo de facilitar, aprimorar e tornar mais resolutiva a assistência à saúde. Para isso, os DADOS PESSOAIS SENSÍVEIS dos Segurados são centralizados em uma plataforma digital administrada pela Seguradora e compartilhada com os profissionais de saúde vinculados ao plano e/ou à estipulante, como parte integrante da execução do contrato de seguro saúde, valendo a aceitação deste Contrato como concordância com a finalidade prevista nesta cláusula.

3. Reembolso

Exclusivo em Terapias não Médicas. Terapias não Médicas são aquelas realizadas por profissionais que não sejam Médicos, desde que registrados em seus respectivos conselhos (CRP, CRFa, CRN, CREFITO).

3.1 O Segurado Titular e seus Dependentes poderão solicitar o reembolso EXCLUSIVAMENTE das terapias não médicas relacionadas na cláusula 3.1.1, solicitadas pelo médico assistente nos limites previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, comprovadamente pagas, desde que realizadas dentro da área geográfica de abrangência e área de atuação do plano.

3.1.1 Terapias Reembolsáveis não Médicas

a) Fisioterapia;
b) Nutrição;
c) Psicoterapia;
d) Fonoaudiologia;
e) Terapia Ocupacional.
f) Acupuntura

3.1.2 As terapias acima só serão cobertas se solicitadas ao Segurado por Profissional Médico registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM.

3.2 Documentação para solicitação de reembolso

3.2.1 Fisioterapia e Acupuntura.

Enviar Relatório Médico, datado**, contendo** nome completo do paciente, diagnóstico, tempo de existência da doença e quadro clínico atual do paciente, descrição e justificativa para a terapia indicada, planejamento terapêutico (quantidade de sessões programadas e período de tempo), assinatura do profissional que realizou a terapia e laudo do exame de Imagem realizado relacionado à patologia, se houver e,

a) nota Fiscal original contendo razão social e CNPJ do estabelecimento, nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do Prestador de Serviço, CPF e CREFITO e assinatura do profissional que realizou a terapia, ou

b) recibo original, em formulário próprio do prestador de serviço contendo nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do prestador de serviço, CPF e CREFITO e assinatura do profissional que realizou a terapia.

3.2.2 Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Psicoterapia e Nutrição

Enviar relatório médico, datado, com indicação para o tratamento com o terapeuta, contendo nome completo do paciente, diagnóstico e quadro clínico atual do paciente, descrição e justificativa para a terapia indicada e,

a) enviar nota fiscal original contendo razão social e CNPJ do estabelecimento, nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do prestador de serviço, CPF e número de inscrição no respectivo conselho regional, CRP, CRFa, CRN e assinatura do profissional que realizou a terapia; ou

b) enviar recibo original em formulário próprio do prestador de serviço contendo nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e

valores individuais das sessões, nome completo do prestador de serviço, CPF e número de inscrição no respectivo conselho regional, CRP, CRFa, CRN e assinatura do profissional que realizou a terapia.

3.3 O reembolso das **terapias não médicas** descritas na cláusula **3.1.1** eventualmente apresentadas pelo Segurado será realizado desde que possua cobertura e desde que o prestador utilizado pelo Segurado esteja devidamente registrado nos órgãos governamentais e de classe para a prestação dos serviços realizados.

3.4 Os valores a serem reembolsados não têm qualquer vínculo com os preços negociados pelo Segurado diretamente com **os profissionais ou clínicas** não pertencentes à rede referenciada, não havendo obrigatoriedade contratual de reembolso integral.

3.4.1. Não haverá reembolso quando a Seguradora identificar que houve o envio de mais de um recibo ou nota fiscal relacionado ao mesmo atendimento, com valores diferentes do que efetivamente foram pagos por cada procedimento, na medida em que se constitui crime previsto no art. 304 do Código Penal Brasileiro.

3.5 Tabela SulAmérica Saúde

A Tabela SulAmérica Saúde Direto contempla as **terapias não médicas,** e a relação dos códigos reembolsáveis estão relacionados nesta tabela.

3.5.1 A Tabela SulAmérica Saúde Direto está devidamente registrada no Cartório do 10º Oficial de Registro de Títulos e Documentos da Capital - SP, e disponível a todos os Segurados na sede do Estipulante, e no website sulamerica.com.br/saudeonline para realização download.

3.6 Para o cálculo de reembolso serão necessários os dados descritos a seguir:

3.6.1 Unidade de Serviço (US): É o quantitativo definido para **cada terapia não médica**, que está **contemplada** na Tabela SulAmérica Saúde Direto. A quantidade de Unidade de Serviço - US poderá ser alterada, visando mantê-la compatível com os valores praticados no mercado.

3.6.2 Múltiplos de Reembolso - São os coeficientes a serem aplicados sobre a quantidade de US apresentada na Tabela SulAmérica Saúde Direto e estão demonstrados na cláusula 2.8 - Múltiplo de Reembolso.

3.6.3 Unidade de Serviço de Reembolso (USR) - É o coeficiente expresso em moeda corrente nacional, definido no momento da contratação do seguro. O valor inicial da USR é de R$ 0,50 (cinquenta centavos), o qual também está expresso na Proposta de Seguro.

3.6.3.1 O valor da USR de reembolso poderá, eventualmente, ser reajustado mediante livre negociação entre a Operadora e a Contratante, em periodicidade não inferior a 12 meses, respeitando sempre o previsto na Resolução CONSU nº 8,

alterada pela Resolução CONSU nº 15, que determina que o valor do reembolso não será inferior ao praticado na rede referenciada.

3.6.3.2 O reajuste do valor da USR deverá considerar, exclusivamente, a variação dos custos médicos e hospitalares dos procedimentos cobertos pelo presente contrato, não estando de qualquer forma vinculado ao índice de reajuste financeiro ou técnico do contrato.

3.7 O valor do reembolso será efetuado em moeda corrente nacional e calculado conforme fórmula abaixo:

VR = Quantidade de US* x Múltiplo de Reembolso x Valor da USR**

* Prevista na Tabela SulAmérica Saúde Direto para o procedimento realizado
** Vigente na data de atendimento médico e/ou hospitalar

3.8 Múltiplo de Reembolso

Terapia não Médica	Múltiplo de Reembolso
Fisioterapia	1,10
Nutrição	1,10
Psicoterapia	1,10
Fonoaudiologia	1,10
Terapia Ocupacional	1,10
Acupuntura	1,10

3.9 O valor correspondente à coparticipação previsto na cobertura do seguro será deduzido do valor a ser reembolsado ao Segurado Titular.

3.10 O reembolso será efetuado diretamente ao Segurado Titular, em até 30 (trinta) dias contados a partir da data do recebimento da solicitação do reembolso acompanhada de todos os documentos específicos para cada procedimento.

3.11 A Seguradora manterá em seu poder somente a guarda dos recibos e notas fiscais originais referentes às despesas ressarcidas total ou parcialmente, quando recebidos fisicamente em suas vias originais.

3.11.1 Será de responsabilidade do Segurado guardar os recibos e notas fiscais originais relacionados ao procedimento, quando a solicitação de reembolso for enviada à Seguradora de forma eletrônica, por no mínimo 05 (cinco) anos.

3.11.2 O Segurado deverá enviar a Seguradora os documentos originais, sempre que solicitado em até 05 (cinco) dias úteis, contados da data da solicitação, sob pena de seu processo de reembolso não ter a análise concluída ou, caso já tenha sido concluída e paga, ter o Segurado a obrigação de devolver o valor à Seguradora.

3.12 O valor reembolsado não será, sob nenhuma hipótese, superior ao valor efetivamente pago pelo segurado pelas respectivas despesas.

3.13 É facultado ao Segurado Titular solicitar a revisão dos valores de reembolso em até 180 (cento e oitenta) dias de seu efetivo pagamento pela Seguradora.

3.14 O prazo máximo para a apresentação dos pedidos de reembolso será de 1 (um) ano a contar da data da realização dos eventos cobertos.

4. Rede Referenciada

A Rede Referenciada está definida de acordo com o plano Direto JP NSn na acomodação apartamento com localização restrita aos municípios descritos na área de atuação no item 1 acima.

4.1 A rede referenciada está disponibilizada por especialidade médica.

4.2 Os atendimentos ambulatoriais realizados nas clínicas especializadas e que necessitem de avaliação cirúrgica serão direcionados para a equipe clínica do Hospital Referenciado para a especialidade que dará continuidade ao tratamento.

4.2.1 Os casos de internação clínica serão direcionados para a equipe clínica do Hospital Referenciado para a especialidade, a qual dará continuidade ao tratamento.

5. Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa Etária

5.1 Os prêmios serão readequados quando os Segurados mudarem de faixa etária, conforme percentuais indicados abaixo na Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa.

Faixa Etária	Percentuais
0 a 18 anos	0,00%
19 a 23 anos	25,00%
24 a 28 anos	24,00%
29 a 33 anos	11,00%
34 a 38 anos	7,00%
39 a 43 anos	16,00%
44 a 48 anos	19,54%
49 a 53 anos	17,20%
54 a 58 anos	19,05%
59 anos ou +	68,45%

6. Benefícios Adicionais

Serão disponibilizados aos segurados do SulAmérica Saúde plano Direto JP NSn, os benefícios adicionais a seguir, os quais estão descritos no Caderno de Benefícios Adicionais.

6.1 Orientação Médica Telefônica - Consiste exclusivamente no item 1 “a” do Caderno de Benefícios Adicionais, conforme transcrito abaixo, não abrangendo em hipótese alguma o atendimento domiciliar e remoção deste benefício.

a) Profissionais da área da saúde à disposição do segurado 24 (vinte e quatro) horas por dia, para orientação ao segurado por telefone sobre a melhor providência a ser tomada em situações de urgência e emergência, esclarecimento de dúvidas sobre dosagens de medicamentos, interpretação de exames, orientação sobre a especialidade médica a ser consultada de acordo com a necessidade do segurado, entre outros.

6.2 Atendimento de Urgência e Emergência fora da Região de Abrangência Geográfica do Plano Contratado - item 8 do Caderno de Benefícios Adicionais

7. Permanecem válidas as demais condições estabelecidas nas Condições Gerais.

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Direto REC II Quarto Coletivo

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

Este documento é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde, firmado com o Estipulante indicado na proposta de seguro por ocasião da contratação e ratifica as características essenciais do plano contratado.

1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS: Direto REC II Empresarial Trad.15 AHO QC
Acomodação Hospitalar: Quarto Coletivo
Número do Registro na ANS: 485646205
Abrangência Geográfica: Grupo de Municípios
Área de Atuação: Abreu e Lima, Cabo de Santo Agostinho, Camaragibe, Igarassu, Jaboatão dos Guararapes, Olinda, Paulista, Recife e São Lourenço da Mata.

2. Tutela da Saúde

A tutela da saúde dos Segurados é parte integrante e indissociável do plano Direto REC II, composto pela gestão de cuidado médico aderente às necessidades dos Segurados, observados os termos do Rol de Procedimentos e Eventos de Saúde, editado pela ANS, vigente à época do evento, conectando os profissionais de saúde envolvidos na gestão do plano, em ações de promoção e acompanhamento de saúde e bem estar dos Segurados, com o objetivo de facilitar, aprimorar e tornar mais resolutiva a assistência à saúde. Para isso, os DADOS PESSOAIS SENSÍVEIS dos Segurados são centralizados em uma plataforma digital administrada pela Seguradora e compartilhada com os profissionais de saúde vinculados ao plano e/ou à estipulante, como parte integrante da execução do contrato de seguro saúde, valendo a aceitação deste Contrato como concordância com a finalidade prevista nesta cláusula.

3 Reembolso

Exclusivo em Terapias não Médicas. Terapias não Médicas são aquelas realizadas por profissionais que não sejam Médicos, desde que registrados em seus respectivos conselhos (CRP, CRFa, CRN, CREFITO).

3.1 O Segurado Titular e seus Dependentes poderão solicitar o reembolso EXCLUSIVAMENTE das terapias não médicas relacionadas na cláusula 3.1.1, solicitadas pelo médico assistente nos limites previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento,

comprovadamente pagas, desde que realizadas dentro da área geográfica de abrangência e área de atuação do plano.

3.1.1 Terapias Reembolsáveis não Médicas

a) Fisioterapia;
b) Nutrição;
c) Psicoterapia;
d) Fonoaudiologia;
e) Terapia Ocupacional.
f) Acupuntura

3.1.2 As terapias acima só serão cobertas se solicitadas ao Segurado por Profissional Médico registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM.

3.2 Documentação para solicitação de reembolso

3.2.1 Fisioterapia e Acupuntura.

Enviar Relatório Médico, datado**, contendo** nome completo do paciente, diagnóstico, tempo de existência da doença e quadro clínico atual do paciente, descrição e justificativa para a terapia indicada, planejamento terapêutico (quantidade de sessões programadas e período de tempo), assinatura do profissional que realizou a terapia e laudo do exame de Imagem realizado relacionado à patologia, se houver e,

a) nota Fiscal original contendo razão social e CNPJ do estabelecimento, nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do Prestador de Serviço, CPF e CREFITO e assinatura do profissional que realizou a terapia, ou

b) recibo original, em formulário próprio do prestador de serviço contendo nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do prestador de serviço, CPF e CREFITO e assinatura do profissional que realizou a terapia.

3.2.2 Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Psicoterapia e Nutrição

Enviar relatório médico, datado, com indicação para o tratamento com o terapeuta, contendo nome completo do paciente, diagnóstico e quadro clínico atual do paciente, descrição e justificativa para a terapia indicada e,

a) enviar nota fiscal original contendo razão social e CNPJ do estabelecimento, nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do prestador de serviço, CPF e número de inscrição no respectivo conselho regional, CRP/CRM, CRFa, CRN e assinatura do profissional que realizou a terapia; ou

b) enviar recibo original em formulário próprio do prestador de serviço contendo nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do prestador de serviço, CPF e número de inscrição no respectivo conselho regional, CRP, CRFa, CRN e assinatura do profissional que realizou a terapia.

3.3 O reembolso das **terapias não médicas** descritas na cláusula **3.1.1** eventualmente apresentadas pelo Segurado será realizado desde que possua cobertura e desde que o prestador utilizado pelo Segurado esteja devidamente registrado nos órgãos governamentais e de classe para a prestação dos serviços realizados.

3.4 Os valores a serem reembolsados não têm qualquer vínculo com os preços negociados pelo Segurado diretamente com **os profissionais ou clínicas** não pertencentes à rede referenciada, não havendo obrigatoriedade contratual de reembolso integral.

3.4.1. Não haverá reembolso quando a Seguradora identificar que houve o envio de mais de um recibo ou nota fiscal relacionado ao mesmo atendimento, com valores diferentes do que efetivamente foram pagos por cada procedimento, na medida em que se constitui crime previsto no art. 304 do Código Penal Brasileiro.

3.5 Tabela SulAmérica Saúde

A Tabela SulAmérica Saúde Direto contempla as **terapias não médicas,** e a relação dos códigos reembolsáveis estão relacionados nesta tabela.

3.5.1 A Tabela SulAmérica Saúde Direto está devidamente registrada no Cartório do 10º Oficial de Registro de Títulos e Documentos da Capital - SP, e disponível a todos os Segurados na sede do Estipulante, e no website sulamerica.com.br/saudeonline para realização download.

3.6 Para o cálculo de reembolso serão necessários os dados descritos a seguir:

3.6.1 Unidade de Serviço (US): É o quantitativo definido para **cada terapia não médica**, que está **contemplada** na Tabela SulAmérica Saúde Direto. A quantidade de Unidade de Serviço - US poderá ser alterada, visando mantê-la compatível com os valores praticados no mercado.

3.6.2 Múltiplos de Reembolso - São os coeficientes a serem aplicados sobre a quantidade de US apresentada na Tabela SulAmérica Saúde Direto e estão demonstrados na cláusula 3.8 - Múltiplo de Reembolso.

3.6.3 Unidade de Serviço de Reembolso (USR) - É o coeficiente expresso em moeda corrente nacional, definido no momento da contratação do seguro. O valor inicial da USR é de R$ 0,50 (cinquenta centavos), o qual também está expresso na Proposta de Seguro.

3.6.3.1 O valor da USR de reembolso poderá, eventualmente, ser reajustado mediante livre negociação entre a Operadora e a

Contratante, em periodicidade não inferior a 12 meses, respeitando sempre o previsto na Resolução CONSU nº 8, alterada pela Resolução CONSU nº 15, que determina que o valor do reembolso não será inferior ao praticado na rede referenciada.

3.6.3.2 O reajuste do valor da USR deverá considerar, exclusivamente, a variação dos custos médicos e hospitalares dos procedimentos cobertos pelo presente contrato, não estando de qualquer forma vinculado ao índice de reajuste financeiro ou técnico do contrato.

3.7 O valor do reembolso será efetuado em moeda corrente nacional e calculado conforme fórmula abaixo:

VR = Quantidade de US* x Múltiplo de Reembolso x Valor da USR**

* Prevista na Tabela SulAmérica Saúde para o procedimento realizado
** Vigente na data de atendimento médico e/ou hospitalar

3.8 Múltiplo de Reembolso

Terapia não Médica	Múltiplo de Reembolso
Fisioterapia	1,10
Nutrição	1,10
Psicoterapia	1,10
Fonoaudiologia	1,10
Terapia Ocupacional	1,10
Acupuntura	1,10

3.9 O valor correspondente à coparticipação previsto na cobertura do seguro será deduzido do valor a ser reembolsado ao Segurado Titular.

3.10 O reembolso será efetuado diretamente ao Segurado Titular, em até 30 (trinta) dias contados a partir da data do recebimento da solicitação do reembolso acompanhada de todos os documentos específicos para cada procedimento.

3.11 A Seguradora manterá em seu poder somente a guarda dos recibos e notas fiscais originais referentes às despesas ressarcidas total ou parcialmente, quando recebidos fisicamente em suas vias originais.

3.11.1 Será de responsabilidade do Segurado guardar os recibos e notas fiscais originais relacionados ao procedimento, quando a solicitação de reembolso for enviada à Seguradora de forma eletrônica, por no mínimo 05 (cinco) anos.

3.11.2 O Segurado deverá enviar a Seguradora os documentos originais, sempre que solicitado em até 05 (cinco) dias úteis, contados da data da solicitação, sob pena de seu processo de reembolso não ter a análise concluída ou,

caso já tenha sido concluída e paga, ter o Segurado a obrigação de devolver o valor à Seguradora.

3.12 O valor reembolsado não será, sob nenhuma hipótese, superior ao valor efetivamente pago pelo segurado pelas respectivas despesas.

3.13 É facultado ao Segurado Titular solicitar a revisão dos valores de reembolso em até 180 (cento e oitenta) dias de seu efetivo pagamento pela Seguradora.

3.14 O prazo máximo para a apresentação dos pedidos de reembolso será de 1 (um) ano a contar da data da realização dos eventos cobertos.

4. Rede Referenciada

A Rede Referenciada está definida de acordo com o plano Direto REC II na acomodação quarto coletivo com localização restrita aos municípios descritos na área de atuação no item 1 acima.

5. Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa Etária

5.1 Os prêmios serão readequados quando os Segurados mudarem de faixa etária, conforme percentuais indicados na Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa.

Faixa Etária	Percentuais
0 a 18 anos	0,00%
19 a 23 anos	25,00%
24 a 28 anos	24,00%
29 a 33 anos	11,00%
34 a 38 anos	7,00%
39 a 43 anos	16,00%
44 a 48 anos	19,54%
49 a 53 anos	17,20%
54 a 58 anos	19,05%
59 anos ou +	68,45%

6. Benefícios Adicionais

Serão disponibilizados aos segurados do SulAmérica Saúde plano Direto REC II, os benefícios adicionais a seguir, os quais estão descritos no Caderno de Benefícios Adicionais.

6.1 Orientação Médica Telefônica - Consiste exclusivamente no item 1 “a” do Caderno de Benefícios Adicionais, conforme transcrito abaixo, não abrangendo em hipótese alguma o atendimento domiciliar e remoção deste benefício.

a) Profissionais da área da saúde à disposição do segurado 24 (vinte e quatro) horas por dia, para orientação ao segurado por telefone sobre a melhor providência a ser tomada em situações de urgência e emergência, esclarecimento de dúvidas sobre dosagens de medicamentos, interpretação de

exames, orientação sobre a especialidade médica a ser consultada de acordo com a necessidade do segurado, entre outros.

6.2 Atendimento de Urgência e Emergência fora da Região de Abrangência

7. Permanecem válidas as demais condições estabelecidas nas Condições Gerais.

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Direto REC II Apartamento

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

Este documento é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde, firmado com o Estipulante indicado na proposta de seguro por ocasião da contratação e ratifica as características essenciais do plano contratado.

1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS: Direto REC II Empresarial Trad.15 AHO QP

Acomodação Hospitalar: Apartamento

Número do Registro na ANS: 485647203

Abrangência Geográfica: Grupo de Municípios

Área de Atuação: Abreu e Lima, Cabo de Santo Agostinho, Camaragibe, Igarassu, Jaboatão dos Guararapes, Olinda, Paulista, Recife e São Lourenço da Mata.

2. Tutela da Saúde

A tutela da saúde dos Segurados é parte integrante e indissociável do plano Direto REC II, composto pela gestão de cuidado médico aderente às necessidades dos Segurados, observados os termos do Rol de Procedimentos e Eventos de Saúde, editado pela ANS, vigente à época do evento, conectando os profissionais de saúde envolvidos na gestão do plano, em ações de promoção e acompanhamento de saúde e bem estar dos Segurados, com o objetivo de facilitar, aprimorar e tornar mais resolutiva a assistência à saúde. Para isso, os DADOS PESSOAIS SENSÍVEIS dos Segurados são centralizados em uma plataforma digital administrada pela Seguradora e compartilhada com os profissionais de saúde vinculados ao plano e/ou à estipulante, como parte integrante da execução do contrato de seguro saúde, valendo a aceitação deste Contrato como concordância com a finalidade prevista nesta cláusula.

3. Reembolso

Exclusivo em Terapias não Médicas**.** Terapias não Médicas são aquelas realizadas por profissionais que não sejam Médicos, desde que registrados em seus respectivos conselhos (CRP, CRFa, CRN, CREFITO).

3.1 O Segurado Titular e seus Dependentes poderão solicitar o reembolso EXCLUSIVAMENTE das terapias não médicas relacionadas na cláusula 3.1.1, solicitadas pelo médico assistente nos limites previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento,

comprovadamente pagas, desde que realizadas dentro da área geográfica de abrangência e área de atuação do plano.

3.1.1 Terapias Reembolsáveis não Médicas

a) Fisioterapia;
b) Nutrição;
c) Psicoterapia;
d) Fonoaudiologia;
e) Terapia Ocupacional.
f) Acupuntura

3.1.2 As terapias acima só serão cobertas se solicitadas ao Segurado por Profissional Médico registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM.

3.2 Documentação para solicitação de reembolso

3.2.1 Fisioterapia e Acupuntura

Enviar Relatório Médico, datado**, contendo** nome completo do paciente, diagnóstico, tempo de existência da doença e quadro clínico atual do paciente, descrição e justificativa para a terapia indicada, planejamento terapêutico (quantidade de sessões programadas e período de tempo), assinatura do profissional que realizou a terapia e laudo do exame de Imagem realizado relacionado à patologia, se houver e,

a) nota Fiscal original contendo razão social e CNPJ do estabelecimento, nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do Prestador de Serviço, CPF e CREFITO e assinatura do profissional que realizou a terapia, ou

b) recibo original, em formulário próprio do prestador de serviço contendo nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do prestador de serviço, CPF e CREFITO e assinatura do profissional que realizou a terapia.

3.2.2 Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Psicoterapia e Nutrição

Enviar relatório médico, datado, com indicação para o tratamento com o terapeuta, contendo nome completo do paciente, diagnóstico e quadro clínico atual do paciente, descrição e justificativa para a terapia indicada e,

a) enviar nota fiscal original contendo razão social e CNPJ do estabelecimento, nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do prestador de serviço, CPFe número de inscrição no respectivo conselho regional, CRP, CRFa, CRN e assinatura do profissional que realizou a terapia; ou

b) enviar recibo original em formulário próprio do prestador de serviço contendo nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do prestador de serviço, CPF e número de inscrição no respectivo conselho regional, CRP, CRFa, CRN e assinatura do profissional que realizou a terapia.

3.3 O reembolso das **terapias não médicas** descritas na cláusula **3.1.1** eventualmente apresentadas pelo Segurado será realizado desde que possua cobertura e desde que o prestador utilizado pelo Segurado esteja devidamente registrado nos órgãos governamentais e de classe para a prestação dos serviços realizados.

3.4 Os valores a serem reembolsados não têm qualquer vínculo com os preços negociados pelo Segurado diretamente com **os profissionais ou clínicas** não pertencentes à rede referenciada, não havendo obrigatoriedade contratual de reembolso integral.

3.4.1. Não haverá reembolso quando a Seguradora identificar que houve o envio de mais de um recibo ou nota fiscal relacionado ao mesmo atendimento, com valores diferentes do que efetivamente foram pagos por cada procedimento, na medida em que se constitui crime previsto no art. 304 do Código Penal Brasileiro.

3.5 Tabela SulAmérica Saúde

A Tabela SulAmérica Saúde Direto contempla as **terapias não médicas,** e a relação dos códigos reembolsáveis estão relacionados nesta tabela.

3.5.1 A Tabela SulAmérica Saúde Direto está devidamente registrada no Cartório do 10º Oficial de Registro de Títulos e Documentos da Capital - SP, e disponível a todos os Segurados na sede do Estipulante, e no website sulamerica.com.br/saudeonline para realização download.

3.6 Para o cálculo de reembolso serão necessários os dados descritos a seguir:

3.6.1 Unidade de Serviço (US): É o quantitativo definido para **cada terapia não médica**, que está **contemplada** na Tabela SulAmérica Saúde Direto. A quantidade de Unidade de Serviço - US poderá ser alterada, visando mantê-la compatível com os valores praticados no mercado.

3.6.2 Múltiplos de Reembolso - São os coeficientes a serem aplicados sobre a quantidade de US apresentada na Tabela SulAmérica Saúde e estão demonstrados na cláusula 3.8 - Múltiplo de Reembolso.

3.6.3 Unidade de Serviço de Reembolso (USR) - É o coeficiente expresso em moeda corrente nacional, definido no momento da contratação do seguro. O valor inicial da USR é de R$ 0,50 (cinquenta centavos), o qual também está expresso na Proposta de Seguro.

3.6.3.1 O valor da USR de reembolso poderá, eventualmente, ser reajustado mediante livre negociação entre a Operadora e a Contratante, em

periodicidade não inferior a 12 meses, respeitando sempre o previsto na Resolução CONSU nº 8, alterada pela Resolução CONSU nº 15, que determina que o valor do reembolso não será inferior ao praticado na rede referenciada.

3.6.3.2 O reajuste do valor da USR deverá considerar, exclusivamente, a variação dos custos médicos e hospitalares dos procedimentos cobertos pelo presente contrato, não estando de qualquer forma vinculado ao índice de reajuste financeiro ou técnico do contrato.

3.7 O valor do reembolso será efetuado em moeda corrente nacional e calculado conforme fórmula abaixo:

VR = Quantidade de US* x Múltiplo de Reembolso x Valor da USR**

* Prevista na Tabela SulAmérica Saúde Direto para o procedimento realizado
** Vigente na data de atendimento médico e/ou hospitalar

3.8 Múltiplo de Reembolso

Terapia não Médica	Múltiplo de Reembolso
Fisioterapia	1,10
Nutrição	1,10
Psicoterapia	1,10
Fonoaudiologia	1,10
Terapia Ocupacional	1,10
Acupuntura	1,10

3.9 O valor correspondente à coparticipação previsto na cobertura do seguro será deduzido do valor a ser reembolsado ao Segurado Titular.

3.10 O reembolso será efetuado diretamente ao Segurado Titular, em até 30 (trinta) dias contados a partir da data do recebimento da solicitação do reembolso acompanhada de todos os documentos específicos para cada procedimento.

3.11 A Seguradora manterá em seu poder somente a guarda dos recibos e notas fiscais originais referentes às despesas ressarcidas total ou parcialmente, quando recebidos fisicamente em suas vias originais.

3.11.1 Será de responsabilidade do Segurado guardar os recibos e notas fiscais originais relacionados ao procedimento, quando a solicitação de reembolso for enviada à Seguradora de forma eletrônica, por no mínimo 05 (cinco) anos.

3.11.2 O Segurado deverá enviar a Seguradora os documentos originais, sempre que solicitado em até 05 (cinco) dias úteis, contados da data da solicitação, sob pena de seu processo de reembolso não ter a análise concluída ou, caso já tenha sido concluída e paga, ter o Segurado a obrigação de devolver o valor à Seguradora.

3.12 O valor reembolsado não será, sob nenhuma hipótese, superior ao valor efetivamente pago pelo segurado pelas respectivas despesas.

3.13 É facultado ao Segurado Titular solicitar a revisão dos valores de reembolso em até 180 (cento e oitenta) dias de seu efetivo pagamento pela Seguradora.

3.14 O prazo máximo para a apresentação dos pedidos de reembolso será de 1 (um) ano a contar da data da realização dos eventos cobertos.

4. Rede Referenciada

A Rede Referenciada está definida de acordo com o plano Direto REC II na acomodação apartamento com localização restrita aos municípios descritos na área de atuação no item 1 acima.

5. Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa Etária

5.1 Os prêmios serão readequados quando os Segurados mudarem de faixa etária, conforme percentuais indicados na Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa.

Faixa Etária	Percentuais
0 a 18 anos	0,00%
19 a 23 anos	25,00%
24 a 28 anos	24,00%
29 a 33 anos	11,00%
34 a 38 anos	7,00%
39 a 43 anos	16,00%
44 a 48 anos	19,54%
49 a 53 anos	17,20%
54 a 58 anos	19,05%
59 anos ou +	68,45%

6. Benefícios Adicionais

Serão disponibilizados aos segurados do SulAmérica Saúde plano Direto REC II, os benefícios adicionais a seguir, os quais estão descritos no Caderno de Benefícios Adicionais.

6.1 Orientação Médica Telefônica - Consiste exclusivamente no item 1 “a” do Caderno de Benefícios Adicionais, conforme transcrito abaixo, não abrangendo em hipótese alguma o atendimento domiciliar e remoção deste benefício.

a) Profissionais da área da saúde à disposição do segurado 24 (vinte e quatro) horas por dia, para orientação ao segurado por telefone sobre a melhor providência a ser tomada em situações de urgência e emergência, esclarecimento de dúvidas sobre dosagens de medicamentos, interpretação de exames, orientação sobre a especialidade médica a ser consultada de acordo com a necessidade do segurado, entre outros.

6.2 Atendimento de Urgência e Emergência fora da Região de Abrangência

7. Permanecem válidas as demais condições estabelecidas nas Condições Gerais.

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Direto Rio II Quarto Coletivo

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

Este documento é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde, firmado com o Estipulante indicado na proposta de seguro por ocasião da contratação e ratifica as características essenciais do plano contratado.

1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS: Direto Rio II Empresarial Trad.15 AHO QC COP

Acomodação Hospitalar: Quarto Coletivo

Número do Registro na ANS: 483144196

Abrangência Geográfica: Grupo de Municípios

Área de Atuação: Rio de Janeiro, Belford Roxo, Duque de Caxias, Japeri, Magé, Mesquita, Nilópolis, Nova Iguaçu, Queimados, São João de Meriti, Itaguaí, Niterói e São Gonçalo.

2. Tutela da Saúde

A tutela da saúde dos Segurados é parte integrante e indissociável do plano Direto Rio II, composto pela gestão de cuidado médico aderente às necessidades dos Segurados, observados os termos do Rol de Procedimentos e Eventos de Saúde, editado pela ANS, vigente à época do evento, conectando os profissionais de saúde envolvidos na gestão do plano, em ações de promoção e acompanhamento de saúde e bem estar dos Segurados, com o objetivo de facilitar, aprimorar e tornar mais resolutiva a assistência à saúde. Para isso, os DADOS PESSOAIS SENSÍVEIS dos Segurados são centralizados em uma plataforma digital administrada pela Seguradora e compartilhada com os profissionais de saúde vinculados ao plano e/ou à estipulante, como parte integrante da execução do contrato de seguro saúde, valendo a aceitação deste Contrato como concordância com a finalidade prevista nesta cláusula.

3 Reembolso

Exclusivo em Terapias não Médicas. Terapias não Médicas são aquelas realizadas por profissionais que não sejam Médicos, desde que registrados em seus respectivos conselhos (CRP, CRFa, CRN, CREFITO).

3.1 O Segurado Titular e seus Dependentes poderão solicitar o reembolso EXCLUSIVAMENTE das terapias não médicas relacionadas na cláusula 3.1.1, solicitadas pelo médico assistente nos limites previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento,

comprovadamente pagas, desde que realizadas dentro da área geográfica de abrangência e área de atuação do plano.

3.1.1 Terapias Reembolsáveis não Médicas

a) Fisioterapia;
b) Nutrição;
c) Psicoterapia;
d) Fonoaudiologia;
e) Terapia Ocupacional.
f) Acupuntura

3.1.2 As terapias acima só serão cobertas se solicitadas ao Segurado por Profissional Médico registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM.

3.2 Documentação para solicitação de reembolso

3.2.1 Fisioterapia e Acupuntura.

Enviar Relatório Médico, datado**, contendo** nome completo do paciente, diagnóstico, tempo de existência da doença e quadro clínico atual do paciente, descrição e justificativa para a terapia indicada, planejamento terapêutico (quantidade de sessões programadas e período de tempo), assinatura do profissional que realizou a terapia e laudo do exame de Imagem realizado relacionado à patologia, se houver e,

a) nota Fiscal original contendo razão social e CNPJ do estabelecimento, nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do Prestador de Serviço, CPF e CREFITO e assinatura do profissional que realizou a terapia, ou

b) recibo original, em formulário próprio do prestador de serviço contendo nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do prestador de serviço, CPF e CREFITO e assinatura do profissional que realizou a terapia.

3.2.2 Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Psicoterapia e Nutrição

Enviar relatório médico, datado, com indicação para o tratamento com o terapeuta, contendo nome completo do paciente, diagnóstico e quadro clínico atual do paciente, descrição e justificativa para a terapia indicada e,

a) enviar nota fiscal original contendo razão social e CNPJ do estabelecimento, nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do prestador de serviço, CPFe número de inscrição no respectivo conselho regional, CRP/CRM, CRFa, CRN e assinatura do profissional que realizou a terapia; ou

b) enviar recibo original em formulário próprio do prestador de serviço contendo nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do prestador de serviço, CPF e número de inscrição no respectivo conselho regional, CRP, CRFa, CRN e assinatura do profissional que realizou a terapia.

3.3 O reembolso das **terapias não médicas** descritas na cláusula **3.1.1** eventualmente apresentadas pelo Segurado será realizado desde que possua cobertura e desde que o prestador utilizado pelo Segurado esteja devidamente registrado nos órgãos governamentais e de classe para a prestação dos serviços realizados.

3.4 Os valores a serem reembolsados não têm qualquer vínculo com os preços negociados pelo Segurado diretamente com **os profissionais ou clínicas** não pertencentes à rede referenciada, não havendo obrigatoriedade contratual de reembolso integral.

3.4.1. Não haverá reembolso quando a Seguradora identificar que houve o envio de mais de um recibo ou nota fiscal relacionado ao mesmo atendimento, com valores diferentes do que efetivamente foram pagos por cada procedimento, na medida em que se constitui crime previsto no art. 304 do Código Penal Brasileiro.

3.5 Tabela SulAmérica Saúde

A Tabela SulAmérica Saúde Direto contempla as **terapias não médicas,** e a relação dos códigos reembolsáveis estão relacionados nesta tabela.

3.5.1 A Tabela SulAmérica Saúde Direto está devidamente registrada no Cartório do 10º Oficial de Registro de Títulos e Documentos da Capital - SP, e disponível a todos os Segurados na sede do Estipulante, e no website sulamerica.com.br/saudeonline para realização download.

3.6 Para o cálculo de reembolso serão necessários os dados descritos a seguir:

3.6.1 Unidade de Serviço (US): É o quantitativo definido para **cada terapia não médica**, que está **contemplada** na Tabela SulAmérica Saúde Direto. A quantidade de Unidade de Serviço - US poderá ser alterada, visando mantê-la compatível com os valores praticados no mercado.

3.6.2 Múltiplos de Reembolso - São os coeficientes a serem aplicados sobre a quantidade de US apresentada na Tabela SulAmérica Saúde Direto e estão demonstrados na cláusula 3.8 - Múltiplo de Reembolso.

3.6.3 Unidade de Serviço de Reembolso (USR) - É o coeficiente expresso em moeda corrente nacional, definido no momento da contratação do seguro. O valor inicial da USR é de R$ 0,50 (cinquenta centavos), o qual também está expresso na Proposta de Seguro.

3.6.3.1 O valor da USR de reembolso poderá, eventualmente, ser reajustado mediante livre negociação entre a Operadora e a

Contratante, em periodicidade não inferior a 12 meses, respeitando sempre o previsto na Resolução CONSU nº 8, alterada pela Resolução CONSU nº 15, que determina que o valor do reembolso não será inferior ao praticado na rede referenciada.

3.6.3.2 O reajuste do valor da USR deverá considerar, exclusivamente, a variação dos custos médicos e hospitalares dos procedimentos cobertos pelo presente contrato, não estando de qualquer forma vinculado ao índice de reajuste financeiro ou técnico do contrato.

3.7 O valor do reembolso será efetuado em moeda corrente nacional e calculado conforme fórmula abaixo:

VR = Quantidade de US* x Múltiplo de Reembolso x Valor da USR**

* Prevista na Tabela SulAmérica Saúde para o procedimento realizado
** Vigente na data de atendimento médico e/ou hospitalar

3.8 Múltiplo de Reembolso

Terapia não Médica	Múltiplo de Reembolso
Fisioterapia	1,10
Nutrição	1,10
Psicoterapia	1,10
Fonoaudiologia	1,10
Terapia Ocupacional	1,10
Acupuntura	1,10

3.9 O valor correspondente à coparticipação previsto na cobertura do seguro será deduzido do valor a ser reembolsado ao Segurado Titular.

3.10 O reembolso será efetuado diretamente ao Segurado Titular, em até 30 (trinta) dias contados a partir da data do recebimento da solicitação do reembolso acompanhada de todos os documentos específicos para cada procedimento.

3.11 A Seguradora manterá em seu poder somente a guarda dos recibos e notas fiscais originais referentes às despesas ressarcidas total ou parcialmente, quando recebidos fisicamente em suas vias originais.

3.11.1 Será de responsabilidade do Segurado guardar os recibos e notas fiscais originais relacionados ao procedimento, quando a solicitação de reembolso for enviada à Seguradora de forma eletrônica, por no mínimo 05 (cinco) anos.

3.11.2 O Segurado deverá enviar a Seguradora os documentos originais, sempre que solicitado em até 05 (cinco) dias úteis, contados da data da solicitação, sob pena de seu processo de reembolso não ter a análise concluída ou,

caso já tenha sido concluída e paga, ter o Segurado a obrigação de devolver o valor à Seguradora.

3.12 O valor reembolsado não será, sob nenhuma hipótese, superior ao valor efetivamente pago pelo segurado pelas respectivas despesas.

3.13 É facultado ao Segurado Titular solicitar a revisão dos valores de reembolso em até 180 (cento e oitenta) dias de seu efetivo pagamento pela Seguradora.

3.14 O prazo máximo para a apresentação dos pedidos de reembolso será de 1 (um) ano a contar da data da realização dos eventos cobertos.

4. Rede Referenciada

A Rede Referenciada está definida de acordo com o plano Direto Rio II na acomodação quarto coletivo com localização restrita aos municípios descritos na área de atuação no item 1 acima.

5. Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa Etária

5.1 Os prêmios serão readequados quando os Segurados mudarem de faixa etária, conforme percentuais indicados na Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa.

Faixa Etária	Percentuais
0 a 18 anos	0,00%
19 a 23 anos	25,00%
24 a 28 anos	24,00%
29 a 33 anos	11,00%
34 a 38 anos	7,00%
39 a 43 anos	16,00%
44 a 48 anos	19,54%
49 a 53 anos	17,20%
54 a 58 anos	19,05%
59 anos ou +	68,45%

6. Benefícios Adicionais

Serão disponibilizados aos segurados do SulAmérica Saúde plano Direto Rio II, os benefícios adicionais a seguir, os quais estão descritos no Caderno de Benefícios Adicionais.

6.1 Orientação Médica Telefônica - item 1 do Caderno de Benefícios Adicionais, respeitada a abrangência geográfica e área de atuação deste plano.

6.2 Atendimento de Urgência e Emergência fora da Região de Abrangência Geográfica do Plano Contratado - item 8 do Caderno de Benefícios Adicionais

7. Permanecem válidas as demais condições estabelecidas nas Condições Gerais.

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Direto Rio II Apartamento

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

Este documento é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde, firmado com o Estipulante indicado na proposta de seguro por ocasião da contratação e ratifica as características essenciais do plano contratado.

1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS: Direto Rio II Empresarial Trad.15 AHO QP

Acomodação Hospitalar: Apartamento

Número do Registro na ANS: 483146192

Abrangência Geográfica: Grupo de Municípios

Área de Atuação: Rio de Janeiro, Belford Roxo, Duque de Caxias, Japeri, Magé, Mesquita, Nilópolis, Nova Iguaçu, Queimados, São João de Meriti, Itaguaí, Niterói e São Gonçalo.

2. Tutela da Saúde

A tutela da saúde dos Segurados é parte integrante e indissociável do plano Direto Rio II, composto pela gestão de cuidado médico aderente às necessidades dos Segurados, observados os termos do Rol de Procedimentos e Eventos de Saúde, editado pela ANS, vigente à época do evento, conectando os profissionais de saúde envolvidos na gestão do plano, em ações de promoção e acompanhamento de saúde e bem estar dos Segurados, com o objetivo de facilitar, aprimorar e tornar mais resolutiva a assistência à saúde. Para isso, os DADOS PESSOAIS SENSÍVEIS dos Segurados são centralizados em uma plataforma digital administrada pela Seguradora e compartilhada com os profissionais de saúde vinculados ao plano e/ou à estipulante, como parte integrante da execução do contrato de seguro saúde, valendo a aceitação deste Contrato como concordância com a finalidade prevista nesta cláusula.

3. Reembolso

Exclusivo em Terapias não Médicas**.** Terapias não Médicas são aquelas realizadas por profissionais que não sejam Médicos, desde que registrados em seus respectivos conselhos (CRP, CRFa, CRN, CREFITO).

3.1 O Segurado Titular e seus Dependentes poderão solicitar o reembolso EXCLUSIVAMENTE das terapias não médicas relacionadas na cláusula 3.1.1, solicitadas pelo médico assistente nos limites previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento,

comprovadamente pagas, desde que realizadas dentro da área geográfica de abrangência e área de atuação do plano.

3.1.1 Terapias Reembolsáveis não Médicas

a) Fisioterapia;
b) Nutrição;
c) Psicoterapia;
d) Fonoaudiologia;
e) Terapia Ocupacional.
f) Acupuntura

3.1.2 As terapias acima só serão cobertas se solicitadas ao Segurado por Profissional Médico registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM.

3.2 Documentação para solicitação de reembolso

3.2.1 Fisioterapia e Acupuntura

Enviar Relatório Médico, datado**, contendo** nome completo do paciente, diagnóstico, tempo de existência da doença e quadro clínico atual do paciente, descrição e justificativa para a terapia indicada, planejamento terapêutico (quantidade de sessões programadas e período de tempo), assinatura do profissional que realizou a terapia e laudo do exame de Imagem realizado relacionado à patologia, se houver e,

a) nota Fiscal original contendo razão social e CNPJ do estabelecimento, nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do Prestador de Serviço, CPF e CREFITO e assinatura do profissional que realizou a terapia, ou

b) recibo original, em formulário próprio do prestador de serviço contendo nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do prestador de serviço, CPF e CREFITO e assinatura do profissional que realizou a terapia.

3.2.2 Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Psicoterapia e Nutrição

Enviar relatório médico, datado, com indicação para o tratamento com o terapeuta, contendo nome completo do paciente, diagnóstico e quadro clínico atual do paciente, descrição e justificativa para a terapia indicada e,

a) enviar nota fiscal original contendo razão social e CNPJ do estabelecimento, nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do prestador de serviço, CPFe número de inscrição no respectivo conselho regional, CRP, CRFa, CRN e assinatura do profissional que realizou a terapia; ou

b) enviar recibo original em formulário próprio do prestador de serviço contendo nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do prestador de serviço, CPF e número de inscrição no respectivo conselho regional, CRP, CRFa, CRN e assinatura do profissional que realizou a terapia.

3.3 O reembolso das **terapias não médicas** descritas na cláusula **3.1.1** eventualmente apresentadas pelo Segurado será realizado desde que possua cobertura e desde que o prestador utilizado pelo Segurado esteja devidamente registrado nos órgãos governamentais e de classe para a prestação dos serviços realizados.

3.4 Os valores a serem reembolsados não têm qualquer vínculo com os preços negociados pelo Segurado diretamente com **os profissionais ou clínicas** não pertencentes à rede referenciada, não havendo obrigatoriedade contratual de reembolso integral.

3.4.1. Não haverá reembolso quando a Seguradora identificar que houve o envio de mais de um recibo ou nota fiscal relacionado ao mesmo atendimento, com valores diferentes do que efetivamente foram pagos por cada procedimento, na medida em que se constitui crime previsto no art. 304 do Código Penal Brasileiro.

3.5 Tabela SulAmérica Saúde

A Tabela SulAmérica Saúde Direto contempla as **terapias não médicas,** e a relação dos códigos reembolsáveis estão relacionados nesta tabela.

3.5.1 A Tabela SulAmérica Saúde Direto está devidamente registrada no Cartório do 10º Oficial de Registro de Títulos e Documentos da Capital - SP, e disponível a todos os Segurados na sede do Estipulante, e no website sulamerica.com.br/saudeonline para realização download.

3.6 Para o cálculo de reembolso serão necessários os dados descritos a seguir:

3.6.1 Unidade de Serviço (US): É o quantitativo definido para **cada terapia não médica**, que está **contemplada** na Tabela SulAmérica Saúde Direto. A quantidade de Unidade de Serviço - US poderá ser alterada, visando mantê-la compatível com os valores praticados no mercado.

3.6.2 Múltiplos de Reembolso - São os coeficientes a serem aplicados sobre a quantidade de US apresentada na Tabela SulAmérica Saúde e estão demonstrados na cláusula 3.8 - Múltiplo de Reembolso.

3.6.3 Unidade de Serviço de Reembolso (USR) - É o coeficiente expresso em moeda corrente nacional, definido no momento da contratação do seguro. O valor inicial da USR é de R$ 0,50 (cinquenta centavos), o qual também está expresso na Proposta de Seguro.

3.6.3.1 O valor da USR de reembolso poderá, eventualmente, ser reajustado mediante livre negociação entre a Operadora e a Contratante, em

periodicidade não inferior a 12 meses, respeitando sempre o previsto na Resolução CONSU nº 8, alterada pela Resolução CONSU nº 15, que determina que o valor do reembolso não será inferior ao praticado na rede referenciada.

3.6.3.2 O reajuste do valor da USR deverá considerar, exclusivamente, a variação dos custos médicos e hospitalares dos procedimentos cobertos pelo presente contrato, não estando de qualquer forma vinculado ao índice de reajuste financeiro ou técnico do contrato.

3.7 O valor do reembolso será efetuado em moeda corrente nacional e calculado conforme fórmula abaixo:

VR = Quantidade de US* x Múltiplo de Reembolso x Valor da USR**

* Prevista na Tabela SulAmérica Saúde Direto para o procedimento realizado
** Vigente na data de atendimento médico e/ou hospitalar

3.8 Múltiplo de Reembolso

Terapia não Médica	Múltiplo de Reembolso
Fisioterapia	1,10
Nutrição	1,10
Psicoterapia	1,10
Fonoaudiologia	1,10
Terapia Ocupacional	1,10
Acupuntura	1,10

3.9 O valor correspondente à coparticipação previsto na cobertura do seguro será deduzido do valor a ser reembolsado ao Segurado Titular.

3.10 O reembolso será efetuado diretamente ao Segurado Titular, em até 30 (trinta) dias contados a partir da data do recebimento da solicitação do reembolso acompanhada de todos os documentos específicos para cada procedimento.

3.11 A Seguradora manterá em seu poder somente a guarda dos recibos e notas fiscais originais referentes às despesas ressarcidas total ou parcialmente, quando recebidos fisicamente em suas vias originais.

3.11.1 Será de responsabilidade do Segurado guardar os recibos e notas fiscais originais relacionados ao procedimento, quando a solicitação de reembolso for enviada à Seguradora de forma eletrônica, por no mínimo 05 (cinco) anos.

3.11.2 O Segurado deverá enviar a Seguradora os documentos originais, sempre que solicitado em até 05 (cinco) dias úteis, contados da data da solicitação, sob pena de seu processo de reembolso não ter a análise concluída ou, caso já tenha sido concluída e paga, ter o Segurado a obrigação de devolver o valor à Seguradora.

3.12 O valor reembolsado não será, sob nenhuma hipótese, superior ao valor efetivamente pago pelo segurado pelas respectivas despesas.

3.13 É facultado ao Segurado Titular solicitar a revisão dos valores de reembolso em até 180 (cento e oitenta) dias de seu efetivo pagamento pela Seguradora.

3.14 O prazo máximo para a apresentação dos pedidos de reembolso será de 1 (um) ano a contar da data da realização dos eventos cobertos.

4. Rede Referenciada

A Rede Referenciada está definida de acordo com o plano Direto Rio II na acomodação apartamento com localização restrita aos municípios descritos na área de atuação no item 1 acima.

5. Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa Etária

5.1 Os prêmios serão readequados quando os Segurados mudarem de faixa etária, conforme percentuais indicados na Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa.

Faixa Etária	Percentuais
0 a 18 anos	0,00%
19 a 23 anos	25,00%
24 a 28 anos	24,00%
29 a 33 anos	11,00%
34 a 38 anos	7,00%
39 a 43 anos	16,00%
44 a 48 anos	19,54%
49 a 53 anos	17,20%
54 a 58 anos	19,05%
59 anos ou +	68,45%

6. Benefícios Adicionais

Serão disponibilizados aos segurados do SulAmérica Saúde plano Direto Rio II, os benefícios adicionais a seguir, os quais estão descritos no Caderno de Benefícios Adicionais.

6.1 Orientação Médica Telefônica - item 1 do Caderno de Benefícios Adicionais, respeitada a abrangência geográfica e área de atuação deste plano.

6.2 Atendimento de Urgência e Emergência fora da Região de Abrangência Geográfica do Plano Contratado - item 8 do Caderno de Benefícios Adicionais

7. Permanecem válidas as demais condições estabelecidas nas Condições Gerais.

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Direto SP BCx Quarto Coletivo

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

Este documento é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde, firmado com o Estipulante indicado na proposta de seguro por ocasião da contratação e ratifica as características essenciais do plano contratado.

1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS: Direto SP BCx Empresarial Trad.15 AHO QC

Acomodação Hospitalar: Quarto Coletivo

Número do Registro na ANS:483578196

Abrangência Geográfica: Grupo de Municípios

Área de Atuação: São Paulo, Barueri, Diadema, Guarulhos, Mauá, Osasco, Santo André, São Bernardo, São Caetano e Taboão da Serra.

2. Tutela da Saúde

A tutela da saúde dos Segurados é parte integrante e indissociável do plano Direto SP BCx, composto pela gestão de cuidado médico aderente às necessidades dos Segurados, observados os termos do Rol de Procedimentos e Eventos de Saúde, editado pela ANS, vigente à época do evento, conectando os profissionais de saúde envolvidos na gestão do plano, em ações de promoção e acompanhamento de saúde e bem estar dos Segurados, com o objetivo de facilitar, aprimorar e tornar mais resolutiva a assistência à saúde. Para isso, os DADOS PESSOAIS SENSÍVEIS dos Segurados são centralizados em uma plataforma digital administrada pela Seguradora e compartilhada com os profissionais de saúde vinculados ao plano e/ou à estipulante, como parte integrante da execução do contrato de seguro saúde, valendo a aceitação deste Contrato como concordância com a finalidade prevista nesta cláusula.

3. Reembolso

Exclusivo em Terapias não Médicas. Terapias não Médicas são aquelas realizadas por profissionais que não sejam Médicos, desde que registrados em seus respectivos conselhos (CRP, CRFa, CRN, CREFITO).

3.1 O Segurado Titular e seus Dependentes poderão solicitar o reembolso EXCLUSIVAMENTE das terapias não médicas relacionadas na cláusula 3.1.1, solicitadas pelo médico assistente nos limites previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento,

comprovadamente pagas, desde que realizadas dentro da área geográfica de abrangência e área de atuação do plano.

3.1.1 Terapias Reembolsáveis não Médicas

a) Fisioterapia;
b) Nutrição;
c) Psicoterapia;
d) Fonoaudiologia;
e) Terapia Ocupacional.
f) Acupuntura

3.1.2 As terapias acima só serão cobertas se solicitadas ao Segurado por Profissional Médico registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM.

3.2 Documentação para solicitação de reembolso

3.2.1 Fisioterapia e Acupuntura.

Enviar Relatório Médico, datado**, contendo** nome completo do paciente, diagnóstico, tempo de existência da doença e quadro clínico atual do paciente, descrição e justificativa para a terapia indicada, planejamento terapêutico (quantidade de sessões programadas e período de tempo), assinatura do profissional que realizou a terapia e laudo do exame de Imagem realizado relacionado à patologia, se houver e,

a) nota Fiscal original contendo razão social e CNPJ do estabelecimento, nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do Prestador de Serviço, CPF e CREFITO e assinatura do profissional que realizou a terapia, ou

b) recibo original, em formulário próprio do prestador de serviço contendo nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do prestador de serviço, CPF e CREFITO e assinatura do profissional que realizou a terapia.

3.2.2 Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Psicoterapia e Nutrição

Enviar relatório médico, datado, com indicação para o tratamento com o terapeuta, contendo nome completo do paciente, diagnóstico e quadro clínico atual do paciente, descrição e justificativa para a terapia indicada e,

a) enviar nota fiscal original contendo razão social e CNPJ do estabelecimento, nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do prestador de serviço, CPF e número de inscrição no respectivo conselho regional, CRP, CRFa, CRN e assinatura do profissional que realizou a terapia; ou

b) enviar recibo original em formulário próprio do prestador de serviço contendo nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do prestador de serviço, CPF e número de inscrição no respectivo conselho regional, CRP, CRFa, CRN e assinatura do profissional que realizou a terapia.

3.3 O reembolso das **terapias não médicas** descritas na cláusula **3.1.1** eventualmente apresentadas pelo Segurado será realizado desde que possua cobertura e desde que o prestador utilizado pelo Segurado esteja devidamente registrado nos órgãos governamentais e de classe para a prestação dos serviços realizados.

3.4 Os valores a serem reembolsados não têm qualquer vínculo com os preços negociados pelo Segurado diretamente com **os profissionais ou clínicas** não pertencentes à rede referenciada, não havendo obrigatoriedade contratual de reembolso integral.

3.4.1. Não haverá reembolso quando a Seguradora identificar que houve o envio de mais de um recibo ou nota fiscal relacionado ao mesmo atendimento, com valores diferentes do que efetivamente foram pagos por cada procedimento, na medida em que se constitui crime previsto no art. 304 do Código Penal Brasileiro.

3.5 Tabela SulAmérica Saúde

A Tabela SulAmérica Saúde Direto contempla as **terapias não médicas,** e a relação dos códigos reembolsáveis estão relacionados nesta tabela.

3.5.1 A Tabela SulAmérica Saúde Direto está devidamente registrada no Cartório do 10º Oficial de Registro de Títulos e Documentos da Capital - SP, e disponível a todos os Segurados na sede do Estipulante, e no website sulamerica.com.br/saudeonline para realização download.

3.6 Para o cálculo de reembolso serão necessários os dados descritos a seguir:

3.6.1 Unidade de Serviço (US): É o quantitativo definido para **cada terapia não médica**, que está **contemplada** na Tabela SulAmérica Saúde Direto. A quantidade de Unidade de Serviço - US poderá ser alterada, visando mantê-la compatível com os valores praticados no mercado.

3.6.2 Múltiplos de Reembolso - São os coeficientes a serem aplicados sobre a quantidade de US apresentada na Tabela SulAmérica Saúde Direto e estão demonstrados na cláusula 3.8 - Múltiplo de Reembolso.

3.6.3 Unidade de Serviço de Reembolso (USR) - É o coeficiente expresso em moeda corrente nacional, definido no momento da contratação do seguro. O valor inicial da USR é de R$ 0,50 (cinquenta centavos), o qual também está expresso na Proposta de Seguro.

3.6.3.1 O valor da USR de reembolso poderá, eventualmente, ser reajustado mediante livre negociação entre a Operadora e a

Contratante, em periodicidade não inferior a 12 meses, respeitando sempre o previsto na Resolução CONSU nº 8, alterada pela Resolução CONSU nº 15, que determina que o valor do reembolso não será inferior ao praticado na rede referenciada.

3.6.3.2 O reajuste do valor da USR deverá considerar, exclusivamente, a variação dos custos médicos e hospitalares dos procedimentos cobertos pelo presente contrato, não estando de qualquer forma vinculado ao índice de reajuste financeiro ou técnico do contrato.

3.7 O valor do reembolso será efetuado em moeda corrente nacional e calculado conforme fórmula abaixo:

VR = Quantidade de US* x Múltiplo de Reembolso x Valor da USR**

* Prevista na Tabela SulAmérica Saúde para o procedimento realizado
** Vigente na data de atendimento médico e/ou hospitalar

3.8 Múltiplo de Reembolso

Terapia não Médica	Múltiplo de Reembolso
Fisioterapia	1,10
Nutrição	1,10
Psicoterapia	1,10
Fonoaudiologia	1,10
Terapia Ocupacional	1,10
Acupuntura	1,10

3.9 O valor correspondente à coparticipação previsto na cobertura do seguro será deduzido do valor a ser reembolsado ao Segurado Titular.

3.10 O reembolso será efetuado diretamente ao Segurado Titular, em até 30 (trinta) dias contados a partir da data do recebimento da solicitação do reembolso acompanhada de todos os documentos específicos para cada procedimento.

3.11 A Seguradora manterá em seu poder somente a guarda dos recibos e notas fiscais originais referentes às despesas ressarcidas total ou parcialmente, quando recebidos fisicamente em suas vias originais.

3.11.1 Será de responsabilidade do Segurado guardar os recibos e notas fiscais originais relacionados ao procedimento, quando a solicitação de reembolso for enviada à Seguradora de forma eletrônica, por no mínimo 05 (cinco) anos.

3.11.2 O Segurado deverá enviar a Seguradora os documentos originais, sempre que solicitado em até 05 (cinco) dias úteis, contados da data da solicitação, sob pena de seu processo de reembolso não ter a análise concluída ou,

caso já tenha sido concluída e paga, ter o Segurado a obrigação de devolver o valor à Seguradora.

3.12 O valor reembolsado não será, sob nenhuma hipótese, superior ao valor efetivamente pago pelo segurado pelas respectivas despesas.

3.13 É facultado ao Segurado Titular solicitar a revisão dos valores de reembolso em até 180 (cento e oitenta) dias de seu efetivo pagamento pela Seguradora.

3.14 O prazo máximo para a apresentação dos pedidos de reembolso será de 1 (um) ano a contar da data da realização dos eventos cobertos.

4. Rede Referenciada

A Rede Referenciada está definida de acordo com o plano Direto SP BCx na acomodação quarto coletivo com localização restrita aos municípios descritos na área de atuação no item 1 acima.

4.1 A rede referenciada está disponibilizada por especialidade médica.

4.2 Os atendimentos ambulatoriais realizados nas clínicas especializadas e que necessitem de avaliação cirúrgica serão direcionados para a equipe clínica do Hospital Referenciado para a especialidade que dará continuidade ao tratamento.

4.2.1 Os casos de internação clínica serão direcionados para a equipe clínica do Hospital Referenciado para a especialidade, a qual dará continuidade ao tratamento.

5. Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa Etária

5.1 Os prêmios serão readequados quando os Segurados mudarem de faixa etária, conforme percentuais indicados abaixo na Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa.

Faixa Etária	Percentuais
0 a 18 anos	0,00%
19 a 23 anos	25,00%
24 a 28 anos	24,00%
29 a 33 anos	11,00%
34 a 38 anos	7,00%
39 a 43 anos	16,00%
44 a 48 anos	19,54%
49 a 53 anos	17,20%
54 a 58 anos	19,05%
59 anos ou +	68,45%

6. Benefícios Adicionais

Serão disponibilizados aos segurados do SulAmérica Saúde plano Direto SP BCx, os benefícios adicionais a seguir, os quais estão descritos no Caderno de Benefícios Adicionais.

6.1 Orientação Médica Telefônica - Consiste exclusivamente no item 1 “a” do Caderno de Benefícios Adicionais, conforme transcrito abaixo, não abrangendo em hipótese alguma o atendimento domiciliar e remoção deste benefício.

a) Profissionais da área da saúde à disposição do segurado 24 (vinte e quatro) horas por dia, para orientação ao segurado por telefone sobre a melhor providência a ser tomada em situações de urgência e emergência, esclarecimento de dúvidas sobre dosagens de medicamentos, interpretação de exames, orientação sobre a especialidade médica a ser consultada de acordo com a necessidade do segurado, entre outros.

6.2 Atendimento de Urgência e Emergência fora da Região de Abrangência Geográfica do Plano Contratado - item 8 do Caderno de Benefícios Adicionais

7. Permanecem válidas as demais condições estabelecidas nas Condições Gerais.

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Direto SP BCx Apartamento

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

Este documento é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde, firmado com o Estipulante indicado na proposta de seguro por ocasião da contratação e ratifica as características essenciais do plano contratado.

1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS: Direto SP BCx Empresarial Trad.15 AHO QP

Acomodação Hospitalar: Apartamento

Número do Registro na ANS: 483580198

Abrangência Geográfica: Grupo de Municípios

Área de Atuação: São Paulo, Barueri, Diadema, Guarulhos, Mauá, Osasco, Santo André, São Bernardo, São Caetano e Taboão da Serra.

2. Tutela da Saúde

A tutela da saúde dos Segurados é parte integrante e indissociável do plano Direto SP BCx, composto pela gestão de cuidado médico aderente às necessidades dos Segurados, observados os termos do Rol de Procedimentos e Eventos de Saúde, editado pela ANS, vigente à época do evento, conectando os profissionais de saúde envolvidos na gestão do plano, em ações de promoção e acompanhamento de saúde e bem estar dos Segurados, com o objetivo de facilitar, aprimorar e tornar mais resolutiva a assistência à saúde. Para isso, os DADOS PESSOAIS SENSÍVEIS dos Segurados são centralizados em uma plataforma digital administrada pela Seguradora e compartilhada com os profissionais de saúde vinculados ao plano e/ou à estipulante, como parte integrante da execução do contrato de seguro saúde, valendo a aceitação deste Contrato como concordância com a finalidade prevista nesta cláusula.

3. Reembolso

Exclusivo em Terapias não Médicas. Terapias não Médicas são aquelas realizadas por profissionais que não sejam Médicos, desde que registrados em seus respectivos conselhos (CRP, CRFa, CRN, CREFITO).

3.1 O Segurado Titular e seus Dependentes poderão solicitar o reembolso EXCLUSIVAMENTE das terapias não médicas relacionadas na cláusula 3.1.1, solicitadas pelo médico assistente nos limites previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento,

comprovadamente pagas, desde que realizadas dentro da área geográfica de abrangência e área de atuação do plano.

3.1.1 Terapias Reembolsáveis não Médicas

a) Fisioterapia;
b) Nutrição;
c) Psicoterapia;
d) Fonoaudiologia;
e) Terapia Ocupacional.
f) Acupuntura

3.1.2 As terapias acima só serão cobertas se solicitadas ao Segurado por Profissional Médico registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM.

3.2 Documentação para solicitação de reembolso

3.2.1 Fisioterapia e Acupuntura.

Enviar Relatório Médico, datado**, contendo** nome completo do paciente, diagnóstico, tempo de existência da doença e quadro clínico atual do paciente, descrição e justificativa para a terapia indicada, planejamento terapêutico (quantidade de sessões programadas e período de tempo), assinatura do profissional que realizou a terapia e laudo do exame de Imagem realizado relacionado à patologia, se houver e,

a) nota Fiscal original contendo razão social e CNPJ do estabelecimento, nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do Prestador de Serviço, CPF e CREFITO e assinatura do profissional que realizou a terapia, ou

b) recibo original, em formulário próprio do prestador de serviço contendo nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do prestador de serviço, CPF e CREFITO e assinatura do profissional que realizou a terapia.

3.2.2 Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Psicoterapia e Nutrição

Enviar relatório médico, datado, com indicação para o tratamento com o terapeuta, contendo nome completo do paciente, diagnóstico e quadro clínico atual do paciente, descrição e justificativa para a terapia indicada e,

a) enviar nota fiscal original contendo razão social e CNPJ do estabelecimento, nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do prestador de serviço, CPF e número de inscrição no respectivo conselho regional, CRP, CRFa, CRN e assinatura do profissional que realizou a terapia; ou

b) enviar recibo original em formulário próprio do prestador de serviço contendo nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do prestador de serviço, CPF e número de inscrição no respectivo conselho regional, CRP, CRFa, CRN e assinatura do profissional que realizou a terapia.

3.3 O reembolso das **terapias não médicas** descritas na cláusula **3.1.1** eventualmente apresentadas pelo Segurado será realizado desde que possua cobertura e desde que o prestador utilizado pelo Segurado esteja devidamente registrado nos órgãos governamentais e de classe para a prestação dos serviços realizados.

3.4 Os valores a serem reembolsados não têm qualquer vínculo com os preços negociados pelo Segurado diretamente com **os profissionais ou clínicas** não pertencentes à rede referenciada, não havendo obrigatoriedade contratual de reembolso integral.

3.4.1. Não haverá reembolso quando a Seguradora identificar que houve o envio de mais de um recibo ou nota fiscal relacionado ao mesmo atendimento, com valores diferentes do que efetivamente foram pagos por cada procedimento, na medida em que se constitui crime previsto no art. 304 do Código Penal Brasileiro.

3.5 Tabela SulAmérica Saúde

A Tabela SulAmérica Saúde Direto contempla as **terapias não médicas,** e a relação dos códigos reembolsáveis estão relacionados nesta tabela.

3.5.1 A Tabela SulAmérica Saúde Direto está devidamente registrada no Cartório do 10º Oficial de Registro de Títulos e Documentos da Capital - SP, e disponível a todos os Segurados na sede do Estipulante, e no website sulamerica.com.br/saudeonline para realização download.

3.6 Para o cálculo de reembolso serão necessários os dados descritos a seguir:

3.6.1 Unidade de Serviço (US): É o quantitativo definido para **cada terapia não médica**, que está **contemplada** na Tabela SulAmérica Saúde Direto. A quantidade de Unidade de Serviço - US poderá ser alterada, visando mantê-la compatível com os valores praticados no mercado.

3.6.2 Múltiplos de Reembolso - São os coeficientes a serem aplicados sobre a quantidade de US apresentada na Tabela SulAmérica Saúde Direto e estão demonstrados na cláusula 3.8 - Múltiplo de Reembolso.

3.6.3 Unidade de Serviço de Reembolso (USR) - É o coeficiente expresso em moeda corrente nacional, definido no momento da contratação do seguro. O valor inicial da USR é de R$ 0,50 (cinquenta centavos), o qual também está expresso na Proposta de Seguro.

3.6.3.1 O valor da USR de reembolso poderá, eventualmente, ser reajustado mediante livre negociação entre a Operadora e a

Contratante, em periodicidade não inferior a 12 meses, respeitando sempre o previsto na Resolução CONSU nº 8, alterada pela Resolução CONSU nº 15, que determina que o valor do reembolso não será inferior ao praticado na rede referenciada.

3.6.3.2 O reajuste do valor da USR deverá considerar, exclusivamente, a variação dos custos médicos e hospitalares dos procedimentos cobertos pelo presente contrato, não estando de qualquer forma vinculado ao índice de reajuste financeiro ou técnico do contrato.

3.7 O valor do reembolso será efetuado em moeda corrente nacional e calculado conforme fórmula abaixo:

* Prevista na Tabela SulAmérica Saúde para o procedimento realizado
** Vigente na data de atendimento médico e/ou hospitalar

3.8 Múltiplo de Reembolso

Terapia não Médica	Múltiplo de Reembolso
Fisioterapia	1,10
Nutrição	1,10
Psicoterapia	1,10
Fonoaudiologia	1,10
Terapia Ocupacional	1,10
Acupuntura	1,10

3.9 O valor correspondente à coparticipação previsto na cobertura do seguro será deduzido do valor a ser reembolsado ao Segurado Titular.

3.10 O reembolso será efetuado diretamente ao Segurado Titular, em até 30 (trinta) dias contados a partir da data do recebimento da solicitação do reembolso acompanhada de todos os documentos específicos para cada procedimento.

3.11 A Seguradora manterá em seu poder somente a guarda dos recibos e notas fiscais originais referentes às despesas ressarcidas total ou parcialmente, quando recebidos fisicamente em suas vias originais.

3.11.1 Será de responsabilidade do Segurado guardar os recibos e notas fiscais originais relacionados ao procedimento, quando a solicitação de reembolso for enviada à Seguradora de forma eletrônica, por no mínimo 05 (cinco) anos.

3.11.2 O Segurado deverá enviar a Seguradora os documentos originais, sempre que solicitado em até 05 (cinco) dias úteis, contados da data da solicitação, sob pena de seu processo de reembolso não ter a análise concluída ou, caso já tenha sido concluída e paga, ter o Segurado a obrigação de devolver o valor à Seguradora.

3.12 O valor reembolsado não será, sob nenhuma hipótese, superior ao valor efetivamente pago pelo segurado pelas respectivas despesas.

3.13 É facultado ao Segurado Titular solicitar a revisão dos valores de reembolso em até 180 (cento e oitenta) dias de seu efetivo pagamento pela Seguradora.

3.14 O prazo máximo para a apresentação dos pedidos de reembolso será de 1 (um) ano a contar da data da realização dos eventos cobertos.

4. Rede Referenciada

A Rede Referenciada está definida de acordo com o plano Direto SP BCx na acomodação apartamento com localização restrita aos municípios descritos na área de atuação no item 1 acima.

4.1 A rede referenciada está disponibilizada por especialidade médica.

4.2 Os atendimentos ambulatoriais realizados nas clínicas especializadas e que necessitem de avaliação cirúrgica serão direcionados para a equipe clínica do Hospital Referenciado para a especialidade que dará continuidade ao tratamento.

4.2.1 Os casos de internação clínica serão direcionados para a equipe clínica do Hospital Referenciado para a especialidade, a qual dará continuidade ao tratamento.

5. Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa Etária

5.1 Os prêmios serão readequados quando os Segurados mudarem de faixa etária, conforme percentuais indicados abaixo na Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa.

Faixa Etária	Percentuais
0 a 18 anos	0,00%
19 a 23 anos	25,00%
24 a 28 anos	24,00%
29 a 33 anos	11,00%
34 a 38 anos	7,00%
39 a 43 anos	16,00%
44 a 48 anos	19,54%
49 a 53 anos	17,20%
54 a 58 anos	19,05%
59 anos ou +	68,45%

6. Benefícios Adicionais

Serão disponibilizados aos segurados do SulAmérica Saúde plano Direto SP BCx, os benefícios adicionais a seguir, os quais estão descritos no Caderno de Benefícios Adicionais.

6.1 Orientação Médica Telefônica - Consiste exclusivamente no item 1 “a” do Caderno de Benefícios Adicionais, conforme transcrito abaixo, não abrangendo em hipótese alguma o atendimento domiciliar e remoção deste benefício.

a) Profissionais da área da saúde à disposição do segurado 24 (vinte e quatro) horas por dia, para orientação ao segurado por telefone sobre a melhor providência a ser tomada em situações de urgência e emergência, esclarecimento de dúvidas sobre dosagens de medicamentos, interpretação de exames, orientação sobre a especialidade médica a ser consultada de acordo com a necessidade do segurado, entre outros.

6.2 Atendimento de Urgência e Emergência fora da Região de Abrangência Geográfica do Plano Contratado - item 8 do Caderno de Benefícios Adicionais

7. Permanecem válidas as demais condições estabelecidas nas Condições Gerais.

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Direto SP II Quarto Coletivo

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

Este documento é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde, firmado com o Estipulante indicado na proposta de seguro por ocasião da contratação e ratifica as características essenciais do plano contratado.

1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS: Direto SP II Empresarial Trad.15 AHO QC
Acomodação Hospitalar: Quarto Coletivo
Número do Registro na ANS: 485653208
Abrangência Geográfica: Grupo de Municípios
Área de Atuação: São Paulo, Barueri, Carapicuíba, Diadema, Guarulhos, Mauá, Osasco, Ribeirão Pires, Santo André, São Bernardo, São Caetano do Sul e Taboão da Serra.

2. Tutela da Saúde

A tutela da saúde dos Segurados é parte integrante e indissociável do plano Direto SP II, composto pela gestão de cuidado médico aderente às necessidades dos Segurados, observados os termos do Rol de Procedimentos e Eventos de Saúde, editado pela ANS, vigente à época do evento, conectando os profissionais de saúde envolvidos na gestão do plano, em ações de promoção e acompanhamento de saúde e bem estar dos Segurados, com o objetivo de facilitar, aprimorar e tornar mais resolutiva a assistência à saúde. Para isso, os DADOS PESSOAIS SENSÍVEIS dos Segurados são centralizados em uma plataforma digital administrada pela Seguradora e compartilhada com os profissionais de saúde vinculados ao plano e/ou à estipulante, como parte integrante da execução do contrato de seguro saúde, valendo a aceitação deste Contrato como concordância com a finalidade prevista nesta cláusula.

3. Reembolso

Exclusivo em Terapias não Médicas. Terapias não Médicas são aquelas realizadas por profissionais que não sejam Médicos, desde que registrados em seus respectivos conselhos (CRP, CRFa, CRN, CREFITO).

3.1 O Segurado Titular e seus Dependentes poderão solicitar o reembolso EXCLUSIVAMENTE das terapias não médicas relacionadas na cláusula 3.1.1, solicitadas pelo médico assistente nos limites previstos no Rol de

Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, comprovadamente pagas, desde que realizadas dentro da área geográfica de abrangência e área de atuação do plano.

3.1.1 Terapias Reembolsáveis não Médicas

a) Fisioterapia;
b) Nutrição;
c) Psicoterapia;
d) Fonoaudiologia;
e) Terapia Ocupacional.
f) Acupuntura

3.1.2 As terapias acima só serão cobertas se solicitadas ao Segurado por Profissional Médico registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM.

3.2 Documentação para solicitação de reembolso

3.2.1 Fisioterapia e Acupuntura.

Enviar Relatório Médico, datado**, contendo** nome completo do paciente, diagnóstico, tempo de existência da doença e quadro clínico atual do paciente, descrição e justificativa para a terapia indicada, planejamento terapêutico (quantidade de sessões programadas e período de tempo), assinatura do profissional que realizou a terapia e laudo do exame de Imagem realizado relacionado à patologia, se houver e,

a) nota Fiscal original contendo razão social e CNPJ do estabelecimento, nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do Prestador de Serviço, CPF e CREFITO e assinatura do profissional que realizou a terapia, ou

b) recibo original, em formulário próprio do prestador de serviço contendo nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do prestador de serviço, CPF e CREFITO e assinatura do profissional que realizou a terapia.

3.2.2 Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Psicoterapia e Nutrição

Enviar relatório médico, datado, com indicação para o tratamento com o terapeuta, contendo nome completo do paciente, diagnóstico e quadro clínico atual do paciente, descrição e justificativa para a terapia indicada e,

a) enviar nota fiscal original contendo razão social e CNPJ do estabelecimento, nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do prestador de serviço, CPF e número de inscrição no respectivo conselho regional, CRP, CRFa, CRN e assinatura do profissional que realizou a terapia; ou

b) enviar recibo original em formulário próprio do prestador de serviço contendo nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do prestador de serviço, CPF e número de inscrição no respectivo conselho regional, CRP, CRFa, CRN e assinatura do profissional que realizou a terapia.

3.3 O reembolso das **terapias não médicas** descritas na cláusula **3.1.1** eventualmente apresentadas pelo Segurado será realizado desde que possua cobertura e desde que o prestador utilizado pelo Segurado esteja devidamente registrado nos órgãos governamentais e de classe para a prestação dos serviços realizados.

3.4 Os valores a serem reembolsados não têm qualquer vínculo com os preços negociados pelo Segurado diretamente com **os profissionais ou clínicas** não pertencentes à rede referenciada, não havendo obrigatoriedade contratual de reembolso integral.

3.4.1. Não haverá reembolso quando a Seguradora identificar que houve o envio de mais de um recibo ou nota fiscal relacionado ao mesmo atendimento, com valores diferentes do que efetivamente foram pagos por cada procedimento, na medida em que se constitui crime previsto no art. 304 do Código Penal Brasileiro.

3.5 Tabela SulAmérica Saúde

A Tabela SulAmérica Saúde Direto contempla as **terapias não médicas,** e a relação dos códigos reembolsáveis estão relacionados nesta tabela.

3.5.1 A Tabela SulAmérica Saúde Direto está devidamente registrada no Cartório do 10º Oficial de Registro de Títulos e Documentos da Capital - SP, e disponível a todos os Segurados na sede do Estipulante, e no website sulamerica.com.br/saudeonline para realização download.

3.6 Para o cálculo de reembolso serão necessários os dados descritos a seguir:

3.6.1 Unidade de Serviço (US): É o quantitativo definido para **cada terapia não médica**, que está **contemplada** na Tabela SulAmérica Saúde Direto. A quantidade de Unidade de Serviço - US poderá ser alterada, visando mantê-la compatível com os valores praticados no mercado.

3.6.2 Múltiplos de Reembolso - São os coeficientes a serem aplicados sobre a quantidade de US apresentada na Tabela SulAmérica Saúde Direto e estão demonstrados na cláusula 3.8 - Múltiplo de Reembolso.

3.6.3 Unidade de Serviço de Reembolso (USR) - É o coeficiente expresso em moeda corrente nacional, definido no momento da contratação do seguro. O valor inicial da USR é de R$ 0,50 (cinquenta centavos), o qual também está expresso na Proposta de Seguro.

3.6.3.1 O valor da USR de reembolso poderá, eventualmente, ser reajustado mediante livre negociação entre a Operadora e a

Contratante, em periodicidade não inferior a 12 meses, respeitando sempre o previsto na Resolução CONSU nº 8, alterada pela Resolução CONSU nº 15, que determina que o valor do reembolso não será inferior ao praticado na rede referenciada.

3.6.3.2 O reajuste do valor da USR deverá considerar, exclusivamente, a variação dos custos médicos e hospitalares dos procedimentos cobertos pelo presente contrato, não estando de qualquer forma vinculado ao índice de reajuste financeiro ou técnico do contrato.

3.7 O valor do reembolso será efetuado em moeda corrente nacional e calculado conforme fórmula abaixo:

VR = Quantidade de US* x Múltiplo de Reembolso x Valor da USR**

* Prevista na Tabela SulAmérica Saúde para o procedimento realizado
** Vigente na data de atendimento médico e/ou hospitalar

3.8 Múltiplo de Reembolso

Terapia não Médica	Múltiplo de Reembolso
Fisioterapia	1,10
Nutrição	1,10
Psicoterapia	1,10
Fonoaudiologia	1,10
Terapia Ocupacional	1,10
Acupuntura	1,10

3.9 O valor correspondente à coparticipação previsto na cobertura do seguro será deduzido do valor a ser reembolsado ao Segurado Titular.

3.10 O reembolso será efetuado diretamente ao Segurado Titular, em até 30 (trinta) dias contados a partir da data do recebimento da solicitação do reembolso acompanhada de todos os documentos específicos para cada procedimento.

3.11 A Seguradora manterá em seu poder somente a guarda dos recibos e notas fiscais originais referentes às despesas ressarcidas total ou parcialmente, quando recebidos fisicamente em suas vias originais.

3.11.1 Será de responsabilidade do Segurado guardar os recibos e notas fiscais originais relacionados ao procedimento, quando a solicitação de reembolso for enviada à Seguradora de forma eletrônica, por no mínimo 05 (cinco) anos.

3.11.2 O Segurado deverá enviar a Seguradora os documentos originais, sempre que solicitado em até 05 (cinco) dias úteis, contados da data da solicitação, sob pena de seu processo de reembolso não ter a análise concluída ou,

caso já tenha sido concluída e paga, ter o Segurado a obrigação de devolver o valor à Seguradora.

3.12 O valor reembolsado não será, sob nenhuma hipótese, superior ao valor efetivamente pago pelo segurado pelas respectivas despesas.

3.13 É facultado ao Segurado Titular solicitar a revisão dos valores de reembolso em até 180 (cento e oitenta) dias de seu efetivo pagamento pela Seguradora.

3.14 O prazo máximo para a apresentação dos pedidos de reembolso será de 1 (um) ano a contar da data da realização dos eventos cobertos.

4. Rede Referenciada

A Rede Referenciada está definida de acordo com o plano Direto SP II na acomodação quarto coletivo com localização restrita aos municípios descritos na área de atuação no item 1 acima.

5. Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa Etária

5.1 Os prêmios serão readequados quando os Segurados mudarem de faixa etária, conforme percentuais indicados abaixo na Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa.

Faixa Etária	Percentuais
0 a 18 anos	0,00%
19 a 23 anos	25,00%
24 a 28 anos	24,00%
29 a 33 anos	11,00%
34 a 38 anos	7,00%
39 a 43 anos	16,00%
44 a 48 anos	19,54%
49 a 53 anos	17,20%
54 a 58 anos	19,05%
59 anos ou +	68,45%

6. Benefício Adicional

Será disponibilizado aos segurados do SulAmérica Saúde plano Direto SP II, o benefício adicional a seguir, o qual está descrito no Caderno de Benefícios Adicionais

6.1 Orientação Médica Telefônica - Consiste exclusivamente no item 1 “a” do Caderno de Benefícios Adicionais, conforme transcrito abaixo, não abrangendo em hipótese alguma o atendimento domiciliar e remoção deste benefício.

a) Profissionais da área da saúde à disposição do segurado 24 (vinte e quatro) horas por dia, para orientação ao segurado por telefone sobre a melhor providência a ser tomada em situações de urgência e emergência, esclarecimento de dúvidas sobre dosagens de medicamentos, interpretação de

exames, orientação sobre a especialidade médica a ser consultada de acordo com a necessidade do segurado, entre outros.

6.2 Atendimento de Urgência e Emergência fora da Região de Abrangência Geográfica do Plano Contratado - item 8 do Caderno de Benefícios Adicionais

7. Permanecem válidas as demais condições estabelecidas nas Condições Gerais.

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Direto SP II Apartamento

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

Este documento é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde, firmado com o Estipulante indicado na proposta de seguro por ocasião da contratação e ratifica as características essenciais do plano contratado.

1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS: Direto SP II Empresarial Trad.15 AHO QP
Acomodação Hospitalar: Apartamento
Número do Registro na ANS: 485637206
Abrangência Geográfica: Grupo de Municípios
Área de Atuação: São Paulo, Barueri, Carapicuíba, Diadema, Guarulhos, Mauá, Osasco, Ribeirão Pires, Santo André, São Bernardo, São Caetano do Sul e Taboão da Serra.

2. Tutela da Saúde

A tutela da saúde dos Segurados é parte integrante e indissociável do plano Direto SP II, composto pela gestão de cuidado médico aderente às necessidades dos Segurados, observados os termos do Rol de Procedimentos e Eventos de Saúde, editado pela ANS, vigente à época do evento, conectando os profissionais de saúde envolvidos na gestão do plano, em ações de promoção e acompanhamento de saúde e bem estar dos Segurados, com o objetivo de facilitar, aprimorar e tornar mais resolutiva a assistência à saúde. Para isso, os DADOS PESSOAIS SENSÍVEIS dos Segurados são centralizados em uma plataforma digital administrada pela Seguradora e compartilhada com os profissionais de saúde vinculados ao plano e/ou à estipulante, como parte integrante da execução do contrato de seguro saúde, valendo a aceitação deste Contrato como concordância com a finalidade prevista nesta cláusula.

3. Reembolso

Exclusivo em Terapias não Médicas. Terapias não Médicas são aquelas realizadas por profissionais que não sejam Médicos, desde que registrados em seus respectivos conselhos (CRP, CRFa, CRN, CREFITO).

3.1 O Segurado Titular e seus Dependentes poderão solicitar o reembolso EXCLUSIVAMENTE das terapias não médicas relacionadas na cláusula 3.1.1, solicitadas pelo médico assistente nos limites previstos no Rol de

Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, comprovadamente pagas, desde que realizadas dentro da área geográfica de abrangência e área de atuação do plano.

3.1.1 Terapias Reembolsáveis não Médicas

a) Fisioterapia;
b) Nutrição;
c) Psicoterapia;
d) Fonoaudiologia;
e) Terapia Ocupacional.
f) Acupuntura

3.1.2 As terapias acima só serão cobertas se solicitadas ao Segurado por Profissional Médico registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM.

3.2 Documentação para solicitação de reembolso

3.2.1 Fisioterapia e Acupuntura.

Enviar Relatório Médico, datado**, contendo** nome completo do paciente, diagnóstico, tempo de existência da doença e quadro clínico atual do paciente, descrição e justificativa para a terapia indicada, planejamento terapêutico (quantidade de sessões programadas e período de tempo), assinatura do profissional que realizou a terapia e laudo do exame de Imagem realizado relacionado à patologia, se houver e,

a) nota Fiscal original contendo razão social e CNPJ do estabelecimento, nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do Prestador de Serviço, CPF e CREFITO e assinatura do profissional que realizou a terapia, ou

b) recibo original, em formulário próprio do prestador de serviço contendo nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do prestador de serviço, CPF e CREFITO e assinatura do profissional que realizou a terapia.

3.2.2 Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Psicoterapia e Nutrição

Enviar relatório médico, datado, com indicação para o tratamento com o terapeuta, contendo nome completo do paciente, diagnóstico e quadro clínico atual do paciente, descrição e justificativa para a terapia indicada e,

a) enviar nota fiscal original contendo razão social e CNPJ do estabelecimento, nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do prestador de serviço, CPF e número de inscrição no respectivo conselho regional, CRP, CRFa, CRN e assinatura do profissional que realizou a terapia; ou

b) enviar recibo original em formulário próprio do prestador de serviço contendo nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do prestador de serviço, CPF e número de inscrição no respectivo conselho regional, CRP, CRFa, CRN e assinatura do profissional que realizou a terapia.

3.3 O reembolso das **terapias não médicas** descritas na cláusula **3.1.1** eventualmente apresentadas pelo Segurado será realizado desde que possua cobertura e desde que o prestador utilizado pelo Segurado esteja devidamente registrado nos órgãos governamentais e de classe para a prestação dos serviços realizados.

3.4 Os valores a serem reembolsados não têm qualquer vínculo com os preços negociados pelo Segurado diretamente com **os profissionais ou clínicas** não pertencentes à rede referenciada, não havendo obrigatoriedade contratual de reembolso integral.

3.4.1. Não haverá reembolso quando a Seguradora identificar que houve o envio de mais de um recibo ou nota fiscal relacionado ao mesmo atendimento, com valores diferentes do que efetivamente foram pagos por cada procedimento, na medida em que se constitui crime previsto no art. 304 do Código Penal Brasileiro.

3.5 Tabela SulAmérica Saúde

A Tabela SulAmérica Saúde Direto contempla as **terapias não médicas,** e a relação dos códigos reembolsáveis estão relacionados nesta tabela.

3.5.1 A Tabela SulAmérica Saúde Direto está devidamente registrada no Cartório do 10º Oficial de Registro de Títulos e Documentos da Capital - SP, e disponível a todos os Segurados na sede do Estipulante, e no website sulamerica.com.br/saudeonline para realização download.

3.6 Para o cálculo de reembolso serão necessários os dados descritos a seguir:

3.6.1 Unidade de Serviço (US): É o quantitativo definido para **cada terapia não médica**, que está **contemplada** na Tabela SulAmérica Saúde Direto. A quantidade de Unidade de Serviço - US poderá ser alterada, visando mantê-la compatível com os valores praticados no mercado.

3.6.2 Múltiplos de Reembolso - São os coeficientes a serem aplicados sobre a quantidade de US apresentada na Tabela SulAmérica Saúde Direto e estão demonstrados na cláusula 3.8 - Múltiplo de Reembolso.

3.6.3 Unidade de Serviço de Reembolso (USR) - É o coeficiente expresso em moeda corrente nacional, definido no momento da contratação do seguro. O valor inicial da USR é de R$ 0,50 (cinquenta centavos), o qual também está expresso na Proposta de Seguro.

3.6.3.1 O valor da USR de reembolso poderá, eventualmente, ser reajustado mediante livre negociação entre a Operadora e a

Contratante, em periodicidade não inferior a 12 meses, respeitando sempre o previsto na Resolução CONSU nº 8, alterada pela Resolução CONSU nº 15, que determina que o valor do reembolso não será inferior ao praticado na rede referenciada.

3.6.3.2 O reajuste do valor da USR deverá considerar, exclusivamente, a variação dos custos médicos e hospitalares dos procedimentos cobertos pelo presente contrato, não estando de qualquer forma vinculado ao índice de reajuste financeiro ou técnico do contrato.

3.7 O valor do reembolso será efetuado em moeda corrente nacional e calculado conforme fórmula abaixo:

* Prevista na Tabela SulAmérica Saúde para o procedimento realizado
** Vigente na data de atendimento médico e/ou hospitalar

3.8 Múltiplo de Reembolso

Terapia não Médica	Múltiplo de Reembolso
Fisioterapia	1,10
Nutrição	1,10
Psicoterapia	1,10
Fonoaudiologia	1,10
Terapia Ocupacional	1,10
Acupuntura	1,10

3.9 O valor correspondente à coparticipação previsto na cobertura do seguro será deduzido do valor a ser reembolsado ao Segurado Titular.

3.10 O reembolso será efetuado diretamente ao Segurado Titular, em até 30 (trinta) dias contados a partir da data do recebimento da solicitação do reembolso acompanhada de todos os documentos específicos para cada procedimento.

3.11 A Seguradora manterá em seu poder somente a guarda dos recibos e notas fiscais originais referentes às despesas ressarcidas total ou parcialmente, quando recebidos fisicamente em suas vias originais.

3.11.1 Será de responsabilidade do Segurado guardar os recibos e notas fiscais originais relacionados ao procedimento, quando a solicitação de reembolso for enviada à Seguradora de forma eletrônica, por no mínimo 05 (cinco) anos.

3.11.2 O Segurado deverá enviar a Seguradora os documentos originais, sempre que solicitado em até 05 (cinco) dias úteis, contados da data da solicitação, sob pena de seu processo de reembolso não ter a análise concluída ou, caso já tenha sido concluída e paga, ter o Segurado a obrigação de devolver o valor à Seguradora.

3.12 O valor reembolsado não será, sob nenhuma hipótese, superior ao valor efetivamente pago pelo segurado pelas respectivas despesas.

3.13 É facultado ao Segurado Titular solicitar a revisão dos valores de reembolso em até 180 (cento e oitenta) dias de seu efetivo pagamento pela Seguradora.

3.14 O prazo máximo para a apresentação dos pedidos de reembolso será de 1 (um) ano a contar da data da realização dos eventos cobertos.

4. Rede Referenciada

A Rede Referenciada está definida de acordo com o plano Direto SP II na acomodação quarto coletivo com localização restrita aos municípios descritos na área de atuação no item 1 acima.

5. Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa Etária

5.1 Os prêmios serão readequados quando os Segurados mudarem de faixa etária, conforme percentuais indicados abaixo na Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa.

Faixa Etária	Percentuais
0 a 18 anos	0,00%
19 a 23 anos	25,00%
24 a 28 anos	24,00%
29 a 33 anos	11,00%
34 a 38 anos	7,00%
39 a 43 anos	16,00%
44 a 48 anos	19,54%
49 a 53 anos	17,20%
54 a 58 anos	19,05%
59 anos ou +	68,45%

6. Benefício Adicional

Será disponibilizado aos segurados do SulAmérica Saúde plano Direto SP II, o benefício adicional a seguir, o qual está descrito no Caderno de Benefícios Adicionais

6.1 Orientação Médica Telefônica - Consiste exclusivamente no item 1 “a” do Caderno de Benefícios Adicionais, conforme transcrito abaixo, não abrangendo em hipótese alguma o atendimento domiciliar e remoção deste benefício.

a) Profissionais da área da saúde à disposição do segurado 24 (vinte e quatro) horas por dia, para orientação ao segurado por telefone sobre a melhor providência a ser tomada em situações de urgência e emergência, esclarecimento de dúvidas sobre dosagens de medicamentos, interpretação de exames, orientação sobre a especialidade médica a ser consultada de acordo com a necessidade do segurado, entre outros.

6.2 Atendimento de Urgência e Emergência fora da Região de Abrangência Geográfica do Plano Contratado - item 8 do Caderno de Benefícios Adicionais

7. Permanecem válidas as demais condições estabelecidas nas Condições Gerais.

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Exato Quarto Coletivo

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

Este documento é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde, firmado com o Estipulante indicado na proposta de seguro por ocasião da contratação e ratifica as características essenciais do plano contratado.

1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS: Exato Empresarial/PME Trad.15 AHO QC
Acomodação Hospitalar: Quarto Coletivo
Número do Registro na ANS: 473966153
Abrangência Geográfica: Nacional

2. Reembolso

2.1 O Segurado Titular e seus Dependentes poderão solicitar o reembolso das despesas médicas e hospitalares cobertas, comprovadamente pagas, às quais serão reembolsadas de acordo com o plano de seguro contratado e a Tabela SulAmérica Saúde, quando optarem por não utilizar a rede referenciada.

2.1.1 O reembolso também será garantido nos casos em que não for possível o atendimento de urgência e emergência na rede referenciada, de acordo com o plano contratado.

2.2 O reembolso das despesas médico-hospitalares eventualmente apresentadas pelo Segurado será realizado desde que possua cobertura pelo plano contratado e desde que o prestador utilizado pelo Segurado esteja devidamente registrado nos órgãos governamentais e de classe para a prestação dos serviços realizados.

2.3 Para garantir o reembolso das despesas cobertas, o Segurado deverá solicitar com antecedência à realização do evento, a validação prévia da Seguradora, exceto para urgência e emergência.

2.4 Os valores a serem reembolsados não têm qualquer vínculo com os preços negociados pelo Segurado diretamente com os médicos ou instituições médicas não pertencentes à rede referenciada, não havendo obrigatoriedade contratual de reembolso integral.

2.4.1 Não haverá reembolso quando a Seguradora identificar que houve o envio de mais de um recibo ou nota fiscal relacionado ao mesmo atendimento, com valores diferentes do que efetivamente foram pagos por cada procedimento, na medida em que se constitui crime previsto no art. 304 do Código Penal Brasileiro

2.5 Diárias Hospitalares: para efeito de reembolso as diárias hospitalares de UTI e de parto incluem:

a) diárias hospitalares incluem: registros hospitalares, alojamento, alimentação do paciente, alimentação do acompanhante de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, banho no leito, administração de medicamentos e todos os outros serviços de enfermagem;

b) diárias de UTI incluem: além dos serviços da diária normal, a monitorização cardiorrespiratória e toda a assistência respiratória;

c) partos incluem: a permanência da parturiente e do recém-nascido em instalações adequadas e todos os cuidados necessários durante o trabalho de parto.

2.6 Taxas de Sala: para efeito de reembolso são consideradas taxas de sala:

a) As taxas de sala cirúrgica, previstas na Tabela SulAmérica Saúde, só serão cobertas quando a cirurgia for realizada em centro cirúrgico devidamente instalado e equipado;

b) As taxas de sala cirúrgica incluem: assepsia, utilização das instalações, dos equipamentos, do instrumental cirúrgico e de roupas, além da esterilização do material e os serviços de enfermagem;

c) As demais taxas de sala (observação, recuperação pós-anestésica, cirurgia ambulatorial, gesso e exames/tratamentos especializados) serão pagas de acordo com o constante na Tabela SulAmérica Saúde para o procedimento realizado;

d) As taxas de sala são pagas conforme a cirurgia, baseando-se no porte anestésico apresentado na Tabela SulAmérica Saúde. Porte anestésico zero significa a não participação do anestesista, caso em que a taxa de sala não é devida;

e) Quando dois ou mais atos cirúrgicos forem realizados simultaneamente, pela mesma equipe cirúrgica, ou por equipes distintas, é devida somente uma taxa de sala, correspondente à cirurgia de maior porte.

2.7 Medicamentos e Materiais

O reembolso de medicamentos e materiais cirúrgicos será efetuado com base nos preços negociados na rede referenciada do plano, vigentes na data de sua utilização, de forma a garantir o que determina a Resolução CONSU 08, alterada pela Resolução CONSU 15.

2.8 Serão reembolsadas as Consultas, Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia, Honorários Profissionais de Atendimento Ambulatorial e Internações Hospitalares.

2.8.1 O reembolso de honorários profissionais será efetuado com base na Tabela SulAmérica Saúde, obedecida à quantidade de auxiliares e o porte anestésico, previstos para cada procedimento.

2.9 Tabela SulAmérica Saúde

Os procedimentos médicos estão contemplados na Tabela SulAmérica Saúde que está em conformidade com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e poderá ser atualizada com inclusões e/ou exclusões, além das coberturas adicionais definidas pela Seguradora.

2.9.1 A Tabela SulAmérica Saúde está devidamente registrada no Cartório do 10º Oficial de Registro de Títulos e Documentos da Capital - SP, e disponível a todos os Segurados na sede do Estipulante, e no website sulamerica.com.br/saudeonline de acordo com a segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia, disponibilizada para realizar download.

2.10 Para os cálculos de reembolso serão necessários os dados descritos a seguir:

2.10.1 Unidade de Serviço (US): É o quantitativo definido para cada procedimento, que está descrito na Tabela SulAmérica Saúde. A quantidade de Unidade de Serviço - US de determinados procedimentos poderá ser alterada, visando mantê-las compatíveis com os valores praticados no mercado.

2.10.2 Múltiplos de Reembolso - São os coeficientes a serem aplicados sobre a quantidade de US apresentadas na Tabela SulAmérica Saúde e estão demonstrados na cláusula 2.12 - Múltiplo de Reembolso.

2.10.3 Unidade de Serviço de Reembolso (USR) - É o coeficiente expresso em moeda corrente nacional, definido no momento da contratação do seguro. **O valor inicial da USR é de R$ 0,50 (cinquenta centavos), o qual também está expresso na Proposta de Seguro.**

2.10.3.1 O valor da USR de reembolso poderá, eventualmente, ser reajustado em periodicidade não inferior a 12 (doze) meses, respeitando sempre o previsto na CONSU nº 8, alterada pela

CONSU nº 15, que determina que o valor do reembolso não seja inferior ao praticado na rede referenciada.

2.10.3.2 O reajuste do valor da USR deverá considerar exclusivamente a variação dos custos médicos e hospitalares dos procedimentos cobertos pelo presente contrato, não estando de qualquer forma vinculado ao índice de reajuste financeiro ou técnico do contrato.

2.11 O valor do reembolso será efetuado em moeda corrente nacional e calculado conforme fórmula abaixo:

VR = Quantidade de US* x Múltiplo de Reembolso x Valor da USR**

* Prevista na Tabela SulAmérica Saúde para o procedimento realizado
** Vigente na data de atendimento médico e/ou hospitalar

2.12 Múltiplo de Reembolso

Segurado não Internado		**Segurado Internado**		
Consultas	**Exames/Terapias e Demais Procedimentos Ambulatoriais**	**Honorários Médicos**	**Diárias / Despesas Hospitalares**	**SADT***
1,8	0,6	0,6	0,6	0,6

* SADT = Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia

2.13 O valor correspondente à coparticipação previsto na cobertura do seguro será deduzido do valor a ser reembolsado ao Segurado Titular.

2.14 O reembolso será efetuado diretamente ao Segurado Titular, em até 30 (trinta) dias contados a partir da data do recebimento da solicitação do reembolso acompanhada de todos os documentos específicos para cada procedimento.

2.15 A Seguradora somente manterá em seu poder a guarda dos recibos e notas fiscais originais referentes às despesas ressarcidas total ou parcialmente, quando recebidos fisicamente em suas vias originais.

2.15.1 Será de responsabilidade do Segurado guardar os recibos e notas fiscais originais relacionados ao procedimento, quando a solicitação de reembolso for enviada à Seguradora de forma eletrônica, por no mínimo 05 (cinco) anos.

2.15.2. O Segurado deverá enviar à Seguradora os documentos originais, em até 05 (cinco) dias úteis, contados da data da solicitação, sob pena de seu processo de reembolso não ter a análise concluída ou, caso já

tenha sido concluída e paga ter o Segurado a obrigação de devolver o valor à Seguradora.

2.16 O valor reembolsado não será, sob nenhuma hipótese, superior ao valor efetivamente pago pelo segurado pelas respectivas despesas.

2.17 É facultado ao Segurado Titular solicitar a revisão dos valores de reembolso em até 180 (cento e oitenta) dias de seu efetivo pagamento pela Seguradora.

2.18 Antes do recebimento do Cartão SulAmérica Saúde para acesso à Rede Referenciada, será garantido ao Segurado, o reembolso das despesas cobertas realizadas, de acordo com o plano contratado.

2.19 O prazo máximo para a apresentação dos pedidos de reembolso será de 1 (um) ano a contar da data da realização dos eventos cobertos.

2.20 Para solicitação do reembolso das despesas médicas e/ou hospitalares serão necessários os seguintes documentos:

a) Cópia do cartão de identificação;

b) Recibo original em formulário próprio do prestador de serviços com CPF e endereço e/ou nota fiscal original, constando:

- Relatório médico informando diagnóstico, tratamento realizado, tempo de existência da doença, etiologia e laudo de exames, inclusive biopsia e anatomopatológico, se houver;
- Descrição do serviço realizado, quantidade com valor unitário, datas de atendimento, especialidade e CRM do médico;
- Descrição de materiais e medicamentos com valor unitário, e laudos de exames, se necessário, a critério da Seguradora;

c) Para os casos de solicitação de reembolso dos serviços de remoção, na nota fiscal deverá constar o total de quilômetros rodados, hospital de origem e destino, especificação do tipo de ambulância (UTI ou simples) e relatório do médico assistente justificando a necessidade da remoção.

d) Para os casos de solicitação de reembolso de parto, deverá ser apresentado o partograma ou relatório médico detalhado.

2.20.1 Se os documentos apresentados não possibilitarem a comprovação de despesas específicas e analise técnica necessária para o reembolso das despesas médico-hospitalares realizadas, a Seguradora solicitará documentos ou informações complementares, o que acarretará a recontagem do prazo estabelecido nestas condições gerais.

2.20.2 Além dos recibos e notas fiscais a Seguradora poderá solicitar outros comprovantes que demonstrem o efetivo desembolso, como por exemplo, microfilmagem de cheque e demonstrativo bancário.

3. Rede Referenciada

A Rede Referenciada está definida de acordo com o plano Exato na acomodação quarto coletivo e disponível no território nacional.

4. Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa Etária

4.1 Os prêmios serão readequados quando os Segurados mudarem de faixa etária, conforme percentuais indicados na Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa.

Faixa Etária	Percentuais
0 a 18 anos	0,00%
19 a 23 anos	25,00%
24 a 28 anos	24,00%
29 a 33 anos	11,00%
34 a 38 anos	7,00%
39 a 43 anos	16,00%
44 a 48 anos	19,54%
49 a 53 anos	17,20%
54 a 58 anos	19,05%
59 anos ou +	68,45%

5. Coberturas Adicionais

Será garantida aos segurados do SulAmérica Saúde plano Exato a cobertura para os itens a seguir conforme descrito no Termo de Coberturas Adicionais que é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde.

5.1 Terapias - cláusula 1 do Termo de Coberturas Adicionais.

5.2 Transplantes de órgãos - cláusula 2 do Termo de Coberturas Adicionais.

5.3 SulAmérica Saúde Ativa - cláusula 8 do Termo de Coberturas Adicionais

6. Benefícios Adicionais

Serão disponibilizados aos segurados do SulAmérica Saúde plano Exato os Benefícios Adicionais a seguir, os quais estão descritos no Caderno de Benefícios Adicionais.

6.1 Orientação Médica Telefônica - item 1 do Caderno de Benefícios Adicionais.

6.2 Seguro Viagem Nacional - item 7.3.1 do Caderno de Benefícios Adicionais

7. Permanecem válidas as demais condições estabelecidas nas Condições Gerais.

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Exato Apartamento

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

Este documento é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde, firmado com o Estipulante indicado na proposta de seguro por ocasião da contratação.

1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS: Exato Empresarial/PME Trad.15 AHO QP

Acomodação Hospitalar: Apartamento

Número do Registro na ANS: 473968150

Abrangência Geográfica: Nacional

2. Reembolso

2.1 O Segurado Titular e seus Dependentes poderão solicitar o reembolso das despesas médicas e hospitalares cobertas, comprovadamente pagas, às quais serão reembolsadas de acordo com o plano de seguro contratado e a Tabela SulAmérica Saúde, quando optarem por não utilizar a rede referenciada.

2.1.1 O reembolso também será garantido nos casos em que não for possível o atendimento de urgência e emergência na rede referenciada, de acordo com o plano contratado.

2.2 O reembolso das despesas médico-hospitalares eventualmente apresentadas pelo Segurado será realizado desde que possua cobertura pelo plano contratado e desde que o prestador utilizado pelo Segurado esteja devidamente registrado nos órgãos governamentais e de classe para a prestação dos serviços realizados.

2.3 Para garantir o reembolso das despesas cobertas, o Segurado deverá solicitar com antecedência à realização do evento, a validação prévia da Seguradora, exceto para urgência e emergência.

2.4 Os valores a serem reembolsados não têm qualquer vínculo com os preços negociados pelo Segurado diretamente com os médicos ou instituições médicas não pertencentes à rede referenciada, não havendo obrigatoriedade contratual de reembolso integral.

2.4.1 Não haverá reembolso quando a Seguradora identificar que houve o envio de mais de um recibo ou nota fiscal relacionado ao mesmo atendimento, com valores diferentes do que efetivamente foram pagos por cada procedimento, na medida em que se constitui crime previsto no art. 304 do Código Penal Brasileiro

2.5 Diárias Hospitalares: para efeito de reembolso as diárias hospitalares de UTI e de parto incluem:

a) diárias hospitalares incluem : registros hospitalares, alojamento, alimentação do paciente, alimentação do acompanhante de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, banho no leito, administração de medicamentos e todos os outros serviços de enfermagem;

b) diárias de UTI incluem: além dos serviços da diária normal, a monitorização cardiorespiratória e toda a assistência respiratória;

c) partos incluem: a permanência da parturiente e do recém-nascido em instalações adequadas e todos os cuidados necessários durante o trabalho de parto.

2.6 Taxas de Sala: para efeito de reembolso são consideradas taxas de sala:

a) As taxas de sala cirúrgica, previstas na Tabela SulAmérica Saúde, só serão cobertas quando a cirurgia for realizada em centro cirúrgico devidamente instalado e equipado;

b) As taxas de sala cirúrgica incluem: assepsia, utilização das instalações, dos equipamentos, do instrumental cirúrgico e de roupas, além da esterilização do material e os serviços de enfermagem;

c) As demais taxas de sala (observação, recuperação pós-anestésica, cirurgia ambulatorial, gesso e exames/tratamentos especializados) serão pagas de acordo com o constante na Tabela SulAmérica Saúde para o procedimento realizado;

d) As taxas de sala são pagas conforme a cirurgia, baseando-se no porte anestésico apresentado na Tabela SulAmérica Saúde. Porte anestésico zero significa a não participação do anestesista, caso em que a taxa de sala não é devida;

e) Quando dois ou mais atos cirúrgicos forem realizados simultaneamente, pela mesma equipe cirúrgica, ou por equipes distintas, é devida somente uma taxa de sala, correspondente à cirurgia de maior porte.

2.7 Medicamentos e Materiais

O reembolso de medicamentos e materiais cirúrgicos será efetuado com base nos preços negociados na rede referenciada do plano, vigentes na data de sua utilização, de forma a garantir o que determina a Resolução CONSU 08, alterada pela Resolução CONSU 15.

2.8 Serão reembolsadas as Consultas, Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia, Honorários Profissionais de Atendimento Ambulatorial e Internações Hospitalares.

2.8.1 O reembolso de honorários profissionais será efetuado com base na Tabela SulAmérica Saúde, obedecida à quantidade de auxiliares e o porte anestésico, previstos para cada procedimento.

2.9 Tabela SulAmérica Saúde

Os procedimentos médicos estão contemplados na Tabela SulAmérica Saúde que está em conformidade com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e poderá ser atualizada com inclusões e/ou exclusões, além das coberturas adicionais definidas pela Seguradora.

2.9.1 A Tabela SulAmérica Saúde está devidamente registrada no Cartório do 10º Oficial de Registro de Títulos e Documentos da Capital - SP, e disponível a todos os Segurados na sede do Estipulante, e no website sulamerica.com.br/ saudeonline de acordo com a segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia, disponibilizada para realizar download.

2.10 Para o cálculo de reembolso serão necessários os dados descritos a seguir:

2.10.1 Unidade de Serviço (US): É o quantitativo definido para cada procedimento, que está descrito na Tabela SulAmérica Saúde. A quantidade de Unidade de Serviço - US de determinados procedimentos poderá ser alterada, visando mantê-las compatíveis com os valores praticados no mercado.

2.10.2 Múltiplos de Reembolso - São os coeficientes a serem aplicados sobre a quantidade de US apresentadas na Tabela SulAmérica Saúde e estão demonstrados na cláusula 2.12 - Múltiplo de Reembolso.

2.10.3 Unidade de Serviço de Reembolso (USR) - É o coeficiente expresso em moeda corrente nacional, definido no momento da contratação do seguro. **O valor inicial da USR é de R$ 0,50 (cinquenta centavos), o qual também está expresso na Proposta de Seguro.**

2.10.3.1 O valor da USR de reembolso poderá, eventualmente, ser reajustado em periodicidade não inferior a 12 (doze) 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 referenciada.

2.10.3.2 O reajuste do valor da USR deverá considerar exclusivamente a variação dos custos médicos e hospitalares dos procedimentos cobertos pelo presente contrato, não estando de qualquer forma vinculado ao índice de reajuste financeiro ou técnico do contrato.

2.11 O valor do reembolso será efetuado em moeda corrente nacional e calculado conforme fórmula abaixo:

VR = Quantidade de US* x Múltiplo de Reembolso x Valor da USR**

* Prevista na Tabela SulAmérica Saúde para o procedimento realizado
** Vigente na data de atendimento médico e/ou hospitalar

2.12 Múltiplo de Reembolso

Segurado não Internado		Segurado Internado		
Consultas	**Exames/Terapias e Demais Procedimentos Ambulatoriais**	**Honorários Médicos**	**Diárias / Despesas Hospitalares**	**SADT***
1,8	0,6	1,2	0,6	0,6

* SADT = Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia

2.13 O valor correspondente à coparticipação previsto na cobertura do seguro será deduzido do valor a ser reembolsado ao Segurado Titular.

2.14 O reembolso será efetuado diretamente ao Segurado Titular, em até 30 (trinta) dias contados a partir da data do recebimento da solicitação do reembolso acompanhada de todos os documentos específicos para cada procedimento.

2.15 A Seguradora somente manterá em seu poder a guarda dos recibos e notas fiscais originais referentes às despesas ressarcidas total ou parcialmente, quando recebidos fisicamente em suas vias originais.

2.15.1 Será de responsabilidade do Segurado guardar os recibos e notas fiscais originais relacionados ao procedimento, quando a solicitação de reembolso for enviada à Seguradora de forma eletrônica, por no mínimo 05 (cinco) anos.

2.15.2 O Segurado deverá enviar à Seguradora os documentos originais, em até 05 (cinco) dias úteis, contados da data da solicitação, sob pena de seu processo de reembolso não ter a análise concluída ou, caso já tenha sido concluída e paga ter o Segurado a obrigação de devolver o valor à Seguradora.

2.16 O valor reembolsado não será, sob nenhuma hipótese, superior ao valor efetivamente pago pelo segurado pelas respectivas despesas.

2.17 É facultado ao Segurado Titular solicitar a revisão dos valores de reembolso em até 180 (cento e oitenta) dias de seu efetivo pagamento pela Seguradora.

2.18 Antes do recebimento do Cartão SulAmérica Saúde para acesso à Rede Referenciada, será garantido ao Segurado, o reembolso das despesas cobertas realizadas, de acordo com o plano contratado.

2.19 O prazo máximo para a apresentação dos pedidos de reembolso será de 1 (um) ano para os eventos cobertos.

2.20 Para solicitação do reembolso das despesas médicas e/ou hospitalares serão necessários os seguintes documentos:

a) Cópia do cartão de identificação;

b) Recibo original em formulário próprio do prestador de serviços com CPF e endereço e/ou nota fiscal original, constando:

- Relatório médico informando diagnóstico, tratamento realizado, tempo de existência da doença, etiologia e laudo de exames, inclusive biopsia e anatomopatológico, se houver;
- Descrição do serviço realizado, quantidade com valor unitário, datas de atendimento, especialidade e CRM do médico;
- Descrição de materiais e medicamentos com valor unitário, e laudos de exames, se necessário, a critério da Seguradora;

c) Para os casos de solicitação de reembolso dos serviços de remoção, na nota fiscal deverá constar o total de quilômetros rodados, hospital de origem e destino, especificação do tipo de ambulância (UTI ou simples) e relatório do médico assistente justificando a necessidade da remoção.

d) Para os casos de solicitação de reembolso de parto, deverá ser apresentado o partograma ou relatório médico detalhado.

2.20.1 Se os documentos apresentados não possibilitarem a comprovação de despesas específicas e analise técnica necessária para o reembolso das despesas médico-hospitalares realizadas, a Seguradora solicitará documentos ou informações complementares, o que acarretará a recontagem do prazo estabelecido nestas condições gerais.

2.20.2 Além dos recibos e notas fiscais a Seguradora poderá solicitar outros comprovantes que demonstrem o efetivo desembolso, como por exemplo, microfilmagem de cheque e demonstrativo bancário.

3. Rede Referenciada

A Rede Referenciada está definida de acordo com o plano Exato na acomodação apartamento e disponível no território nacional.

4. Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa Etária

4.1 Os prêmios serão readequados quando os Segurados mudarem de faixa etária, conforme percentuais indicados abaixo na Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa.

Faixa Etária	Percentuais
0 a 18 anos	0,00%
19 a 23 anos	25,00%
24 a 28 anos	24,00%
29 a 33 anos	11,00%
34 a 38 anos	7,00%
39 a 43 anos	16,00%
44 a 48 anos	19,54%
49 a 53 anos	17,20%
54 a 58 anos	19,05%
59 anos ou +	68,45%

5. Coberturas Adicionais

Será garantida aos segurados do SulAmérica Saúde plano Exato a cobertura para os itens a seguir conforme descrito no Termo de Coberturas Adicionais que é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde.

5.1 **Terapias** - cláusula 1 do Termo de Coberturas Adicionais.

5.2 **Transplantes de órgãos** - cláusula 2 do Termo de Coberturas Adicionais.

5.3 **SulAmérica Saúde Ativa –** cláusula 8 do Termo de Coberturas Adicionais

6. Benefícios Adicionais

Serão disponibilizados aos segurados do SulAmérica Saúde plano Exato os Benefícios Adicionais a seguir, os quais estão descritos no Caderno de Benefícios Adicionais.

6.1 **Orientação Médica Telefônica** - item 1 do Caderno de Benefícios Adicionais.

6.2 **Seguro Viagem Nacional** - item 7.3.1 do Caderno de Benefícios Adicionais

7. Permanecem válidas as demais condições estabelecidas nas Condições Gerais.

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Clássico Quarto Coletivo

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

Este documento é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde, firmado com o Estipulante indicado na proposta de seguro por ocasião da contratação.

1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS: Clássico/Básico 10 Empresarial/PME Trad.15 AHO QC

Acomodação Hospitalar: Quarto Coletivo

Número do Registro na ANS: 473976151

Abrangência Geográfica: Nacional

2. Reembolso

2.1 O Segurado Titular e seus Dependentes poderão solicitar o reembolso das despesas médicas e hospitalares cobertas, comprovadamente pagas, às quais serão reembolsadas de acordo com o plano de seguro contratado e a Tabela SulAmérica Saúde, quando optarem por não utilizar a rede referenciada.

2.1.1 O reembolso também será garantido nos casos em que não for possível o atendimento de urgência e emergência na rede referenciada, de acordo com o plano contratado.

2.2 O reembolso das despesas médico-hospitalares eventualmente apresentadas pelo Segurado será realizado desde que possua cobertura pelo plano contratado e desde que o prestador utilizado pelo Segurado esteja devidamente registrado nos órgãos governamentais e de classe para a prestação dos serviços realizados.

2.3 Para garantir o reembolso das despesas cobertas, o Segurado deverá solicitar com antecedência à realização do evento, a validação prévia da Seguradora, exceto para urgência e emergência.

2.4 Os valores a serem reembolsados não têm qualquer vínculo com os preços negociados pelo Segurado diretamente com os médicos ou instituições médicas não pertencentes à rede referenciada, não havendo obrigatoriedade contratual de reembolso integral.

2.4.1 Não haverá reembolso quando a Seguradora identificar que houve o envio de mais de um recibo ou nota fiscal relacionado ao mesmo atendimento, com valores diferentes do que efetivamente foram pagos por cada procedimento, na medida em que se constitui crime previsto no art. 304 do Código Penal Brasileiro

2.5 Diárias Hospitalares: para efeito de reembolso as diárias hospitalares de UTI e de parto incluem:

a) diárias hospitalares incluem : registros hospitalares, alojamento, alimentação do paciente, alimentação do acompanhante de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, banho no leito, administração de medicamentos e todos os outros serviços de enfermagem;

b) diárias de UTI incluem: além dos serviços da diária normal, a monitorização cardiorespiratória e toda a assistência respiratória;

c) partos incluem: a permanência da parturiente e do recém-nascido em instalações adequadas e todos os cuidados necessários durante o trabalho de parto.

2.6 Taxas de Sala: para efeito de reembolso são consideradas taxas de sala:

a) As taxas de sala cirúrgica, previstas na Tabela SulAmérica Saúde, só serão cobertas quando a cirurgia for realizada em centro cirúrgico devidamente instalado e equipado;

b) As taxas de sala cirúrgica incluem: assepsia, utilização das instalações, dos equipamentos, do instrumental cirúrgico e de roupas, além da esterilização do material e os serviços de enfermagem;

c) As demais taxas de sala (observação, recuperação pós-anestésica, cirurgia ambulatorial, gesso e exames/tratamentos especializados) serão pagas de acordo com o constante na Tabela SulAmérica Saúde para o procedimento realizado;

d) As taxas de sala são pagas conforme a cirurgia, baseando-se no porte anestésico apresentado na Tabela SulAmérica Saúde. Porte anestésico zero significa a não participação do anestesista, caso em que a taxa de sala não é devida;

e) Quando dois ou mais atos cirúrgicos forem realizados simultaneamente, pela mesma equipe cirúrgica, ou por equipes distintas, é devida somente uma taxa de sala, correspondente à cirurgia de maior porte.

2.7 Medicamentos e Materiais

O reembolso de medicamentos e materiais cirúrgicos será efetuado com base nos preços negociados na rede referenciada do plano, vigentes na data de sua utilização, de forma a garantir o que determina a Resolução CONSU 08, alterada pela Resolução CONSU 15.

2.8 Serão reembolsadas as Consultas, Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia, Honorários Profissionais de Atendimento Ambulatorial e Internações Hospitalares.

2.8.1 O reembolso de honorários profissionais será efetuado com base na Tabela SulAmérica Saúde, obedecida à quantidade de auxiliares e o porte anestésico, previstos para cada procedimento.

2.9 Tabela SulAmérica Saúde

Os procedimentos médicos estão contemplados na Tabela SulAmérica Saúde que está em conformidade com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e poderá ser atualizada com inclusões e/ou exclusões, além das coberturas adicionais definidas pela Seguradora.

2.9.1 A Tabela SulAmérica Saúde está devidamente registrada no Cartório do 10º Oficial de Registro de Títulos e Documentos da Capital - SP, e disponível a todos os Segurados na sede do Estipulante, e no website sulamerica.com.br/saudeonline de acordo com a segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia, disponibilizada para realizar download.

2.10 Para o cálculo de reembolso serão necessários os dados descritos a seguir:

2.10.1 Unidade de Serviço (US): É o quantitativo definido para cada procedimento, que está descrito na Tabela SulAmérica Saúde. A quantidade de Unidade de Serviço - US de determinados procedimentos poderá ser alterada, visando mantê-las compatíveis com os valores praticados no mercado.

2.10.2 Múltiplos de Reembolso - São os coeficientes a serem aplicados sobre a quantidade de US apresentadas na Tabela SulAmérica Saúde e estão demonstrados na cláusula 2.12 - Múltiplo de Reembolso.

2.10.3 Unidade de Serviço de Reembolso (USR) - É o coeficiente expresso em moeda corrente nacional, definido no momento da contratação do seguro. **O valor inicial da USR é de R$ 0,50 (cinquenta centavos), o qual também está expresso na Proposta de Seguro.**

2.10.3.1 O valor da USR de reembolso poderá, eventualmente, ser reajustado em periodicidade não inferior a 12 (doze) 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 referenciada.

2.10.3.2 O reajuste do valor da USR deverá considerar exclusivamente a variação dos custos médicos e hospitalares dos procedimentos cobertos pelo presente contrato, não estando de qualquer forma vinculado ao índice de reajuste financeiro ou técnico do contrato.

2.11 O valor do reembolso será efetuado em moeda corrente nacional e calculado conforme fórmula abaixo:

VR = Quantidade de US* x Múltiplo de Reembolso x Valor da USR**

* Prevista na Tabela SulAmérica Saúde para o procedimento realizado
** Vigente na data de atendimento médico e/ou hospitalar

2.12 Múltiplo de Reembolso

Segurado não Internado		Segurado Internado		
Consultas	**Exames/Terapias e Demais Procedimentos Ambulatoriais**	**Honorários Médicos**	**Diárias / Despesas Hospitalares**	**SADT***
2,3	0,6	0,6	0,6	0,6

* SADT = Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia

2.13 O valor correspondente à coparticipação previsto na cobertura do seguro será deduzido do valor a ser reembolsado ao Segurado Titular.

2.14 O reembolso será efetuado diretamente ao Segurado Titular, em até 30 (trinta) dias contados a partir da data do recebimento da solicitação do reembolso acompanhada de todos os documentos específicos para cada procedimento.

2.15 A Seguradora somente manterá em seu poder a guarda dos recibos e notas fiscais originais referentes às despesas ressarcidas total ou parcialmente, quando recebidos fisicamente em suas vias originais.

2.15.1 Será de responsabilidade do Segurado guardar os recibos e notas fiscais originais relacionados ao procedimento, quando a solicitação de reembolso for enviada à Seguradora de forma eletrônica, por no mínimo 05 (cinco) anos.

2.15.2. O Segurado deverá enviar à Seguradora os documentos originais, em até 05 (cinco) dias úteis, contados da data da solicitação, sob pena de seu processo de reembolso não ter a análise concluída ou, caso já tenha sido concluída e paga ter o Segurado a obrigação de devolver o valor à Seguradora.

2.16 O valor reembolsado não será, sob nenhuma hipótese, superior ao valor efetivamente pago pelo segurado pelas respectivas despesas.

2.17 É facultado ao Segurado Titular solicitar a revisão dos valores de reembolso em até 180 (cento e oitenta) dias de seu efetivo pagamento pela Seguradora.

2.18 Antes do recebimento do Cartão SulAmérica Saúde para acesso à Rede Referenciada, será garantido ao Segurado, o reembolso das despesas cobertas realizadas, de acordo com o plano contratado.

2.19 Será garantido aos Segurados do SulAmérica Saúde plano Clássico o reembolso das despesas médicas e hospitalares cobertas, realizadas no exterior, de acordo com o plano de seguro contratado e a Tabela SulAmérica Saúde, limitado aos custos médios praticados pelos hospitais constantes na rede referenciada do plano Clássico Quarto Coletivo.

2.19.1 O reembolso das despesas médicas hospitalares, comprovadamente pagas, realizadas no Exterior, será feito em moeda corrente nacional. Para a conversão será utilizada a taxa de câmbio oficial de venda, vigente na data da quitação do atendimento realizado.

2.20 O prazo máximo para a apresentação dos pedidos de reembolso será de 1 (um) ano para os serviços realizados no Brasil e de 2 (dois) anos para os serviços realizados no Exterior, a contar da data da realização dos eventos cobertos.

2.21 Para solicitação do reembolso das despesas médicas e/ou hospitalares serão necessários os seguintes documentos:

a) Cópia do cartão de identificação;

b) Recibo original em formulário próprio do prestador de serviços com CPF e endereço e/ou nota fiscal original, constando:

- Relatório médico informando diagnóstico, tratamento realizado, tempo de existência da doença, etiologia e laudo de exames, inclusive biopsia e anatomopatológico, se houver;
- Descrição do serviço realizado, quantidade com valor unitário, datas de atendimento, especialidade e CRM do médico;
- Descrição de materiais e medicamentos com valor unitário, e laudos de exames, se necessário, a critério da Seguradora;

c) Para os casos de solicitação de reembolso dos serviços de remoção, na nota fiscal deverá constar o total de quilômetros rodados, hospital de origem e destino, especificação do tipo de ambulância (UTI ou simples) e relatório do médico assistente justificando a necessidade da remoção.

d) Para os casos de solicitação de reembolso de parto, deverá ser apresentado o partograma ou relatório médico detalhado.

2.21.1 Se os documentos apresentados não possibilitarem a comprovação de despesas específicas e analise técnica necessária para o reembolso das despesas médico-hospitalares realizadas, a Seguradora solicitará documentos ou informações complementares, o que acarretará a recontagem do prazo estabelecido nestas condições gerais.

2.21.2 Além dos recibos e notas fiscais a Seguradora poderá solicitar outros comprovantes que demonstrem o efetivo desembolso, como por exemplo, microfilmagem de cheque e demonstrativo bancário.

3. Rede Referenciada

A Rede Referenciada está definida de acordo com o plano Clássico na acomodação quarto coletivo e disponível no território nacional.

4. Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa Etária

4.1 Os prêmios serão readequados quando os Segurados mudarem de faixa etária, conforme percentuais indicados abaixo na Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa.

Faixa Etária	Percentuais
0 a 18 anos	0,00%
19 a 23 anos	25,00%
24 a 28 anos	24,00%
29 a 33 anos	11,00%
34 a 38 anos	7,00%
39 a 43 anos	16,00%
44 a 48 anos	19,54%
49 a 53 anos	17,20%
54 a 58 anos	19,05%
59 anos ou +	68,45%

5. Coberturas Adicionais

Será garantida aos segurados do SulAmérica Saúde plano Clássico a cobertura para os itens a seguir conforme descrito no Termo de Coberturas Adicionais que é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde.

5.1 Terapias - cláusula 1 do Termo de Coberturas Adicionais.

5.2 Transplantes de órgãos - cláusula 2 do Termo a de Coberturas Adicionais.

5.3 SulAmérica Saúde Ativa - cláusula 8 do Termo de Coberturas Adicionais

6. Benefícios Adicionais

Serão disponibilizados aos segurados do SulAmérica Saúde plano Clássico , os Benefícios Adicionais a seguir, os quais estão descritos no Caderno de Benefícios Adicionais.

6.1 Orientação Médica Telefônica - item 1 do Caderno de Benefícios Adicionais.

6.2 Seguro Viagem Nacional - item 7.3.1 do Caderno de Benefícios Adicionais

7. Permanecem válidas as demais condições estabelecidas nas Condições Gerais.

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Clássico Apartamento

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

Este documento é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde, firmado com o Estipulante indicado na proposta de seguro por ocasião da contratação.

1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS: Clássico Empresarial/PME Trad.15 AHO QP

Acomodação Hospitalar: Apartamento

Número do Registro na ANS: 473972158

Abrangência Geográfica: Nacional

2. Reembolso

2.1 O Segurado Titular e seus Dependentes poderão solicitar o reembolso das despesas médicas e hospitalares cobertas, comprovadamente pagas, às quais serão reembolsadas de acordo com o plano de seguro contratado e a Tabela SulAmérica Saúde, quando optarem por não utilizar a rede referenciada.

2.1.1 O reembolso também será garantido nos casos em que não for possível o atendimento de urgência e emergência na rede referenciada, de acordo com o plano contratado.

2.2 O reembolso das despesas médico-hospitalares eventualmente apresentadas pelo Segurado será realizado desde que possua cobertura pelo plano contratado e desde que o prestador utilizado pelo Segurado esteja devidamente registrado nos órgãos governamentais e de classe para a prestação dos serviços realizados.

2.3 Para garantir o reembolso das despesas cobertas, o Segurado deverá solicitar com antecedência à realização do evento, a validação prévia da Seguradora, exceto para urgência e emergência.

2.4 Os valores a serem reembolsados não têm qualquer vínculo com os preços negociados pelo Segurado diretamente com os médicos ou instituições médicas não pertencentes à rede referenciada, não havendo obrigatoriedade contratual de reembolso integral.

2.4.1 Não haverá reembolso quando a Seguradora identificar que houve o envio de mais de um recibo ou nota fiscal relacionado ao mesmo atendimento, com valores diferentes do que efetivamente foram pagos por cada procedimento, na medida em que se constitui crime previsto no art. 304 do Código Penal Brasileiro

2.5 Diárias Hospitalares: para efeito de reembolso as diárias hospitalares de UTI e de parto incluem:

a) diárias hospitalares incluem : registros hospitalares, alojamento, alimentação do paciente, alimentação do acompanhante de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, banho no leito, administração de medicamentos e todos os outros serviços de enfermagem;

b) diárias de UTI incluem: além dos serviços da diária normal, a monitorização cardiorespiratória e toda a assistência respiratória;

c) partos incluem: a permanência da parturiente e do recém-nascido em instalações adequadas e todos os cuidados necessários durante o trabalho de parto.

2.6 Taxas de Sala: para efeito de reembolso são consideradas taxas de sala:

a) As taxas de sala cirúrgica, previstas na Tabela SulAmérica Saúde, só serão cobertas quando a cirurgia for realizada em centro cirúrgico devidamente instalado e equipado;

b) As taxas de sala cirúrgica incluem: assepsia, utilização das instalações, dos equipamentos, do instrumental cirúrgico e de roupas, além da esterilização do material e os serviços de enfermagem;

c) As demais taxas de sala (observação, recuperação pós-anestésica, cirurgia ambulatorial, gesso e exames/tratamentos especializados) serão pagas de acordo com o constante na Tabela SulAmérica Saúde para o procedimento realizado;

d) As taxas de sala são pagas conforme a cirurgia, baseando-se no porte anestésico apresentado na Tabela SulAmérica Saúde. Porte anestésico zero significa a não participação do anestesista, caso em que a taxa de sala não é devida;

e) Quando dois ou mais atos cirúrgicos forem realizados simultaneamente, pela mesma equipe cirúrgica, ou por equipes distintas, é devida somente uma taxa de sala, correspondente à cirurgia de maior porte.

2.7 Medicamentos e Materiais

O reembolso de medicamentos e materiais cirúrgicos será efetuado com base nos preços negociados na rede referenciada do plano, vigentes na data de sua utilização, de forma a garantir o que determina a Resolução CONSU 08, alterada pela Resolução CONSU 15.

2.8 Serão reembolsadas as Consultas, Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia, Honorários Profissionais de Atendimento Ambulatorial e Internações Hospitalares.

2.8.1 O reembolso de honorários profissionais será efetuado com base na Tabela SulAmérica Saúde, obedecida à quantidade de auxiliares e o porte anestésico, previstos para cada procedimento.

2.9 Tabela SulAmérica Saúde

Os procedimentos médicos estão contemplados na Tabela SulAmérica Saúde que está em conformidade com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e poderá ser atualizada com inclusões e/ou exclusões, além das coberturas adicionais definidas pela Seguradora.

2.9.1 A Tabela SulAmérica Saúde está devidamente registrada no Cartório do 10º Oficial de Registro de Títulos e Documentos da Capital - SP, e disponível a todos os Segurados na sede do Estipulante, e no website sulamerica.com.br/saudeonline de acordo com a segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia, disponibilizada para realizar download.

2.10 Para o cálculo de reembolso serão necessários os dados descritos a seguir:

2.10.1 Unidade de Serviço (US): É o quantitativo definido para cada procedimento, que está descrito na Tabela SulAmérica Saúde. A quantidade de Unidade de Serviço - US de determinados procedimentos poderá ser alterada, visando mantê-las compatíveis com os valores praticados no mercado.

2.10.2 Múltiplos de Reembolso - São os coeficientes a serem aplicados sobre a quantidade de US apresentadas na Tabela SulAmérica Saúde e estão demonstrados na cláusula 2.12 – Múltiplo de Reembolso.

2.10.3 Unidade de Serviço de Reembolso (USR) - É o coeficiente expresso em moeda corrente nacional, definido no momento da contratação do seguro. **O valor inicial da USR é de R$ 0,50 (cinquenta centavos), o qual também está expresso na Proposta de Seguro.**

2.10.3.1 O valor da USR de reembolso poderá, eventualmente, ser reajustado em periodicidade não inferior a 12 (doze) meses, respeitando sempre o previsto na CONSU nº 8, alterada pela CONSU nº 15, que determina que o valor do reembolso não seja inferior ao praticado na rede referenciada.

2.10.3.2 O reajuste do valor da USR deverá considerar exclusivamente a variação dos custos médicos e hospitalares dos procedimentos cobertos pelo presente contrato, não estando de qualquer forma vinculado ao índice de reajuste financeiro ou técnico do contrato.

2.11 O valor do reembolso será efetuado em moeda corrente nacional e calculado conforme fórmula abaixo:

VR = Quantidade de US* x Múltiplo de Reembolso x Valor da USR**

* Prevista na Tabela SulAmérica Saúde para o procedimento realizado
** Vigente na data de atendimento médico e/ou hospitalar

2.12 Múltiplo de Reembolso

Segurado não Internado		**Segurado Internado**		
Consultas	**Exames/Terapias e Demais Procedimentos Ambulatoriais**	**Honorários Médicos**	**Diárias / Despesas Hospitalares**	**SADT***
2,3	0,6	1,2	0,6	0,6

* SADT = Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia

2.13 O valor correspondente à coparticipação previsto na cobertura do seguro será deduzido do valor a ser reembolsado ao Segurado Titular.

2.14 O reembolso será efetuado diretamente ao Segurado Titular, em até 30 (trinta) dias contados a partir da data do recebimento da solicitação do reembolso acompanhada de todos os documentos específicos para cada procedimento.

2.15 A Seguradora somente manterá em seu poder a guarda dos recibos e notas fiscais originais referentes às despesas ressarcidas total ou parcialmente, quando recebidos fisicamente em suas vias originais.

2.15.1 Será de responsabilidade do Segurado guardar os recibos e notas fiscais originais relacionados ao procedimento, quando a solicitação de reembolso for enviada à Seguradora de forma eletrônica, por no mínimo 05 (cinco) anos.

2.15.2. O Segurado deverá enviar a Seguradora os documentos originais, em até 05 (cinco) dias úteis, contados da data da solicitação, sob pena de seu processo de reembolso não ter a análise concluída ou, caso já tenha sido concluída e paga ter o Segurado a obrigação de devolver o valor à Seguradora.

2.16 O valor reembolsado não será, sob nenhuma hipótese, superior ao valor efetivamente pago pelo segurado pelas respectivas despesas.

2.17 É facultado ao Segurado Titular solicitar a revisão dos valores de reembolso em até 180 (cento e oitenta) dias de seu efetivo pagamento pela Seguradora.

2.18 Antes do recebimento do Cartão SulAmérica Saúde para acesso à Rede Referenciada, será garantido ao Segurado, o reembolso das despesas cobertas realizadas, de acordo com o plano contratado.

2.19 Será garantido aos Segurados do SulAmérica Saúde plano Clássico o reembolso das despesas médicas e hospitalares cobertas, realizadas no exterior, de acordo com o plano de seguro contratado e a Tabela SulAmérica Saúde, limitado aos custos médios praticados pelos hospitais constantes na rede referenciada do plano Clássico Apartamento

2.19.1 O reembolso das despesas médicas hospitalares, comprovadamente pagas, realizadas no Exterior, será feito em moeda corrente nacional. Para a conversão será utilizada a taxa de câmbio oficial de venda, vigente na data da quitação do atendimento realizado.

2.20 O prazo máximo para a apresentação dos pedidos de reembolso será de 1 (um) ano para os serviços realizados no Brasil e de 2 (dois) anos para os serviços realizados no Exterior, a contar da data da realização dos eventos cobertos.

2.21 Para solicitação do reembolso das despesas médicas e/ou hospitalares serão necessários os seguintes documentos:

a) Cópia do cartão de identificação;

b) Recibo original em formulário próprio do prestador de serviços com CPF e endereço e/ou nota fiscal original, constando:

- Relatório médico informando diagnóstico, tratamento realizado, tempo de existência da doença, etiologia e laudo de exames, inclusive biopsia e anatomopatológico, se houver;
- Descrição do serviço realizado, quantidade com valor unitário, datas de atendimento, especialidade e CRM do médico;
- Descrição de materiais e medicamentos com valor unitário, e laudos de exames, se necessário, a critério da Seguradora;

c) Para os casos de solicitação de reembolso dos serviços de remoção, na nota fiscal deverá constar o total de quilômetros rodados, hospital de origem e destino, especificação do tipo de ambulância (UTI ou simples) e relatório do médico assistente justificando a necessidade da remoção.

d) Para os casos de solicitação de reembolso de parto, deverá ser apresentado o partograma ou relatório médico detalhado.

2.21.1 Se os documentos apresentados não possibilitarem a comprovação de despesas específicas e analise técnica necessária para o reembolso das despesas médico-hospitalares realizadas, a Seguradora solicitará

documentos ou informações complementares, o que acarretará a recontagem do prazo estabelecido nestas condições gerais.

2.21.2 Além dos recibos e notas fiscais a Seguradora poderá solicitar outros comprovantes que demonstrem o efetivo desembolso, como por exemplo, microfilmagem de cheque e demonstrativo bancário.

3. Rede Referenciada

A Rede Referenciada está definida de acordo com o plano Clássico na acomodação apartamento e disponível no território nacional.

4. Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa Etária

4.1 Os prêmios serão readequados quando os Segurados mudarem de faixa etária, conforme percentuais indicados abaixo na Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa.

Faixa Etária	Percentuais
0 a 18 anos	0,00%
19 a 23 anos	25,00%
24 a 28 anos	24,00%
29 a 33 anos	11,00%
34 a 38 anos	7,00%
39 a 43 anos	16,00%
44 a 48 anos	19,54%
49 a 53 anos	17,20%
54 a 58 anos	19,05%
59 anos ou +	68,45%

5. Coberturas Adicionais

Será garantida aos segurados do SulAmérica Saúde plano Clássico a cobertura para os itens a seguir conforme descrito no Termo de Coberturas Adicionais que é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde.

5.1 **Terapias** - cláusula 1 do Termo de Coberturas Adicionais.

5.2 **Transplantes de órgãos** - cláusula 2 do Termo de Coberturas Adicionais.

5.3 **SulAmérica Saúde Ativa** - cláusula 8 do Termo de Coberturas Adicionais

6. Benefícios Adicionais

Serão disponibilizados aos segurados do SulAmérica Saúde plano Clássico os Benefícios Adicionais a seguir, os quais estão descritos no Caderno de Benefícios Adicionais.

6.1 **Orientação Médica Telefônica** - item 1 do Caderno de Benefícios Adicionais.

6.2 **Seguro Viagem Nacional** - item 7.3.1 do Caderno de Benefícios Adicionais

7. Permanecem válidas as demais condições estabelecidas nas Condições Gerais.

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Especial 100

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

Este documento é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde, firmado com o Estipulante indicado na proposta de seguro por ocasião da contratação.

1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS: Especial 100 Empresarial/PME Trad.15 AHO QP

Acomodação Hospitalar: Apartamento

Número do Registro na ANS: 473974154

Abrangência Geográfica: Nacional

2. Reembolso

2.1 O Segurado Titular e seus Dependentes poderão solicitar o reembolso das despesas médicas e hospitalares cobertas, comprovadamente pagas, às quais serão reembolsadas de acordo com o plano de seguro contratado e a Tabela SulAmérica Saúde, quando optarem por não utilizar a rede referenciada.

2.1.1 O reembolso também será garantido nos casos em que não for possível o atendimento de urgência e emergência na rede referenciada, de acordo com o plano contratado.

2.2 O reembolso das despesas médico-hospitalares eventualmente apresentadas pelo Segurado será realizado desde que possua cobertura pelo plano contratado e desde que o prestador utilizado pelo Segurado esteja devidamente registrado nos órgãos governamentais e de classe para a prestação dos serviços realizados.

2.3 Para garantir o reembolso das despesas cobertas, o Segurado deverá solicitar com antecedência à realização do evento, a validação prévia da Seguradora, exceto para urgência e emergência.

2.4 Os valores a serem reembolsados não têm qualquer vínculo com os preços negociados pelo Segurado diretamente com os médicos ou instituições médicas não pertencentes à rede referenciada, não havendo obrigatoriedade contratual de reembolso integral.

2.4.1 Não haverá reembolso quando a Seguradora identificar que houve o envio de mais de um recibo ou nota fiscal relacionado ao mesmo atendimento, com valores diferentes do que efetivamente foram pagos por cada procedimento, na medida em que se constitui crime previsto no art. 304 do Código Penal Brasileiro

2.5 Diárias Hospitalares: para efeito de reembolso as diárias hospitalares de UTI e de parto incluem:

a) diárias hospitalares incluem : registros hospitalares, alojamento, alimentação do paciente, alimentação do acompanhante de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, banho no leito, administração de medicamentos e todos os outros serviços de enfermagem;

b) diárias de UTI incluem: além dos serviços da diária normal, a monitorização cardiorespiratória e toda a assistência respiratória;

c) partos incluem: a permanência da parturiente e do recém-nascido em instalações adequadas e todos os cuidados necessários durante o trabalho de parto.

2.6 Taxas de Sala: para efeito de reembolso são consideradas taxas de sala:

a) As taxas de sala cirúrgica, previstas na Tabela SulAmérica Saúde, só serão cobertas quando a cirurgia for realizada em centro cirúrgico devidamente instalado e equipado;

b) As taxas de sala cirúrgica incluem: assepsia, utilização das instalações, dos equipamentos, do instrumental cirúrgico e de roupas, além da esterilização do material e os serviços de enfermagem;

c) As demais taxas de sala (observação, recuperação pós-anestésica, cirurgia ambulatorial, gesso e exames/tratamentos especializados) serão pagas de acordo com o constante na Tabela SulAmérica Saúde para o procedimento realizado;

d) As taxas de sala são pagas conforme a cirurgia, baseando-se no porte anestésico apresentado na Tabela SulAmérica Saúde. Porte anestésico zero significa a não participação do anestesista, caso em que a taxa de sala não é devida;

e) Quando dois ou mais atos cirúrgicos forem realizados simultaneamente, pela mesma equipe cirúrgica, ou por equipes distintas, é devida somente uma taxa de sala, correspondente à cirurgia de maior porte.

2.7 Medicamentos e Materiais

O reembolso de medicamentos e materiais cirúrgicos será efetuado com base nos preços negociados na rede referenciada do plano, vigentes na data de sua utilização, de forma a garantir o que determina a Resolução CONSU 08, alterada pela Resolução CONSU 15.

2.8 Serão reembolsadas as Consultas, Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia, Honorários Profissionais de Atendimento Ambulatorial e Internações Hospitalares.

2.8.1 O reembolso de honorários profissionais será efetuado com base na Tabela SulAmérica Saúde, obedecida à quantidade de auxiliares e o porte anestésico, previstos para cada procedimento.

2.9 Tabela SulAmérica Saúde

Os procedimentos médicos estão contemplados na Tabela SulAmérica Saúde que está em conformidade com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e poderá ser atualizada com inclusões e/ou exclusões, além das coberturas adicionais definidas pela Seguradora.

2.9.1 A Tabela SulAmérica Saúde está devidamente registrada no Cartório do 10º Oficial de Registro de Títulos e Documentos da Capital - SP, e disponível a todos os Segurados na sede do Estipulante, e no website sulamerica.com.br/saudeonline de acordo com a segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia, disponibilizada para realizar download.

2.10 Para o cálculo de reembolso serão necessários os dados descritos a seguir:

2.10.1 Unidade de Serviço (US): É o quantitativo definido para cada procedimento, que está descrito na Tabela SulAmérica Saúde. A quantidade de Unidade de Serviço - US de determinados procedimentos poderá ser alterada, visando mantê-las compatíveis com os valores praticados no mercado.

2.10.2 Múltiplos de Reembolso - São os coeficientes a serem aplicados sobre a quantidade de US apresentadas na Tabela SulAmérica Saúde, e estão demonstrados na cláusula 2.12 – Múltiplo de Reembolso.

2.10.3 Unidade de Serviço de Reembolso (USR) - É o coeficiente expresso em moeda corrente nacional, definido no momento da contratação do seguro. **O valor inicial da USR é de R$0,50 (cinquenta centavos), o qual também está expresso na Proposta de Seguro.**

2.10.3.1 O valor da USR de reembolso poderá, eventualmente, ser reajustado em periodicidade não inferior a 12 (doze) meses, respeitando sempre o previsto na CONSU nº 8, alterada pela CONSU nº 15, que determina que o valor do reembolso não seja inferior ao praticado na rede referenciada.

2.10.3.2 O reajuste do valor da USR deverá considerar exclusivamente a variação dos custos médicos e hospitalares dos procedimentos cobertos pelo presente contrato, não estando de qualquer forma vinculado ao índice de reajuste financeiro ou técnico do contrato.

2.11 O valor do reembolso será efetuado em moeda corrente nacional e calculado conforme fórmula abaixo:

VR = Quantidade de US* x Múltiplo de Reembolso x Valor da USR**

* Prevista na Tabela SulAmérica Saúde para o procedimento realizado
** Vigente na data de atendimento médico e/ou hospitalar

2.12 Múltiplo de Reembolso

Opções de Reembolso	Segurado não Internado		Segurado Internado		
	Consultas Médicas	Diagnose/Terapia e Demais Procedimentos Ambulatoriais	Honorários Médicos	Diárias e Despesas Hospitalares	SADT*
R1	3,4	1,0	2,0	1,0	1,0
R2	4,7	1,0	3,6	1,0	1,0
R3	6,7	3,0	5,3	1,0	3,0

* SADT = Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia

2.12.1 O Estipulante poderá escolher uma das opções de reembolso disponíveis acima no momento da contratação, e deverá assinalar na proposta de seguro.

2.12.2 A opção do reembolso definida para o Segurado titular, será a mesma para os Segurados dependentes.

2.13 O valor correspondente à coparticipação previsto na cobertura do seguro será deduzido do valor a ser reembolsado ao Segurado Titular.

2.14 O reembolso será efetuado diretamente ao Segurado Titular, em até 30 (trinta) dias contados a partir da data do recebimento da solicitação do reembolso acompanhada de todos os documentos específicos para cada procedimento.

2.15 A Seguradora somente manterá em seu poder a guarda dos recibos e notas fiscais originais referentes às despesas ressarcidas total ou parcialmente, quando recebidos fisicamente em suas vias originais.

2.15.1 Será de responsabilidade do Segurado guardar os recibos e notas fiscais originais relacionados ao procedimento, quando a solicitação de reembolso for enviada à Seguradora de forma eletrônica, por no mínimo 05 (cinco) anos.

2.15.2. O Segurado deverá enviar à Seguradora os documentos originais, em até 05 (cinco) dias úteis, contados da data da solicitação, sob pena de seu processo de reembolso não ter a análise concluída ou, caso já tenha sido concluída e paga ter o Segurado a obrigação de devolver o valor à Seguradora.

2.16 O valor reembolsado não será, sob nenhuma hipótese, superior ao valor efetivamente pago pelo segurado pelas respectivas despesas.

2.17 É facultado ao Segurado Titular solicitar a revisão dos valores de reembolso em até 180 (cento e oitenta) dias de seu efetivo pagamento pela Seguradora.

2.18 Antes do recebimento do Cartão SulAmérica Saúde para acesso à Rede Referenciada, será garantido ao Segurado, o reembolso das despesas cobertas realizadas, de acordo com o plano contratado.

2.19 Será garantido aos Segurados do SulAmérica Saúde plano Especial 100 o reembolso das despesas médicas e hospitalares cobertas, realizadas no exterior, de acordo com o plano de seguro contratado e a Tabela SulAmérica Saúde, limitado aos custos médios praticados pelos hospitais constantes na rede referenciada do plano Especial 100.

2.19.1 O reembolso das despesas médicas hospitalares, comprovadamente pagas, realizadas no Exterior, será feito em moeda corrente nacional. Para a conversão será utilizada a taxa de câmbio oficial de venda, vigente na data da quitação do atendimento realizado.

2.20 O prazo máximo para a apresentação dos pedidos de reembolso será de 1 (um) ano para os serviços realizados no Brasil e de 2 (dois) anos para os serviços realizados no Exterior, a contar da data da realização dos eventos cobertos.

2.21 Para solicitação do reembolso das despesas médicas e/ou hospitalares serão necessários os seguintes documentos:

a) Cópia do cartão de identificação;

b) Recibo original em formulário próprio do prestador de serviços com CPF e endereço e/ou nota fiscal original, constando:

- Relatório médico informando diagnóstico, tratamento realizado, tempo de existência da doença, etiologia e laudo de exames, inclusive biopsia e anatomopatológico, se houver;
- Descrição do serviço realizado, quantidade com valor unitário, datas de atendimento, especialidade e CRM do médico;
- Descrição de materiais e medicamentos com valor unitário, e laudos de

exames, se necessário, a critério da Seguradora;

c) Para os casos de solicitação de reembolso dos serviços de remoção, na nota fiscal deverá constar o total de quilômetros rodados, hospital de origem e destino, especificação do tipo de ambulância (UTI ou simples) e relatório do médico assistente justificando a necessidade da remoção;

d) Para os casos de solicitação de reembolso de parto, deverá ser apresentado o partograma ou relatório médico detalhado.

2.21.1 Se os documentos apresentados não possibilitarem a comprovação de despesas específicas e analise técnica necessária para o reembolso das despesas médico-hospitalares realizadas, a Seguradora solicitará documentos ou informações complementares, o que acarretará a recontagem do prazo estabelecido nestas condições gerais.

2.21.2 Além dos recibos e notas fiscais a Seguradora poderá solicitar outros comprovantes que demonstrem o efetivo desembolso, como por exemplo, microfilmagem de cheque e demonstrativo bancário.

3. Rede Referenciada

A Rede Referenciada está definida de acordo com o plano Especial 100 na acomodação apartamento e disponível no território nacional.

4. Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa Etária

4.1 Os prêmios serão readequados quando os Segurados mudarem de faixa etária, conforme percentuais indicados abaixo na Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa.

Faixa Etária	Percentuais
0 a 18 anos	0,00%
19 a 23 anos	25,00%
24 a 28 anos	24,00%
29 a 33 anos	11,00%
34 a 38 anos	7,00%
39 a 43 anos	16,00%
44 a 48 anos	19,54%
49 a 53 anos	17,20%
54 a 58 anos	19,05%
59 anos ou +	68,45%

5. Coberturas Adicionais

Será garantida aos segurados do SulAmérica Saúde plano Especial 100 a cobertura para os itens a seguir conforme descrito no Termo de Coberturas Adicionais que é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde.

5.1 Terapias - cláusula 1 do Termo de Coberturas Adicionais.

5.2 Transplantes de órgãos - cláusula 2 do Termo de Coberturas Adicionais.

5.3 SulAmérica Saúde Ativa - cláusula 8 do Termo de Coberturas Adicionais

6. Benefícios Adicionais

Serão disponibilizados aos segurados do SulAmérica Saúde plano Especial 100 os Benefícios Adicionais a seguir, os quais estão especificados no Caderno de Benefícios Adicionais.

6.1 Orientação Médica Telefônica - item 1 do Caderno de Benefícios Adicionais.

6.2 Seguro Viagem Nacional - item 8.3.1 do Caderno de Benefícios Adicionais

6.3 Seguro Viagem Internacional - item 8.3.2 do Caderno de Benefícios Adicionais

6.3.1 A quantidade máxima de dias cobertos por viagem é de 45 (quarenta e cinco) dias.

7. Permanecem válidas as demais condições estabelecidas nas Condições Gerais.

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Executivo

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

Este documento é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde, firmado com o Estipulante indicado na proposta de seguro por ocasião da contratação.

1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS: Executivo Empresarial/PME Trad.15 AHO QP

Acomodação Hospitalar: Apartamento

Número do Registro na ANS: 473970151

Abrangência Geográfica: Nacional

2. Reembolso

2.1 O Segurado Titular e seus Dependentes poderão solicitar o reembolso das despesas médicas e hospitalares cobertas, comprovadamente pagas, às quais serão reembolsadas de acordo com o plano de seguro contratado e a Tabela SulAmérica Saúde, quando optarem por não utilizar a rede referenciada.

2.1.1 O reembolso também será garantido nos casos em que não for possível o atendimento de urgência e emergência na rede referenciada, de acordo com o plano contratado.

2.2 O reembolso das despesas médico-hospitalares eventualmente apresentadas pelo Segurado será realizado desde que possua cobertura pelo plano contratado e desde que o prestador utilizado pelo Segurado esteja devidamente registrado nos órgãos governamentais e de classe para a prestação dos serviços realizados.

2.3 Para garantir o reembolso das despesas cobertas, o Segurado deverá solicitar com antecedência à realização do evento, a validação prévia da Seguradora, exceto para urgência e emergência.

2.4 Os valores a serem reembolsados não têm qualquer vínculo com os preços negociados pelo Segurado diretamente com os médicos ou instituições médicas não pertencentes à rede referenciada, não havendo obrigatoriedade contratual de

reembolso integral.

2.4.1 Não haverá reembolso quando a Seguradora identificar que houve o envio de mais de um recibo ou nota fiscal relacionado ao mesmo atendimento, com valores diferentes do que efetivamente foram pagos por cada procedimento, na medida em que se constitui crime previsto no art. 304 do Código Penal Brasileiro

2.5 Diárias Hospitalares: para efeito de reembolso as diárias hospitalares de UTI e de parto incluem:

a) diárias hospitalares incluem : registros hospitalares, alojamento, alimentação do paciente, alimentação do acompanhante de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, banho no leito, administração de medicamentos e todos os outros serviços de enfermagem;

b) diárias de UTI incluem: além dos serviços da diária normal, a monitorização cardiorespiratória e toda a assistência respiratória;

c) partos incluem: a permanência da parturiente e do recém-nascido em instalações adequadas e todos os cuidados necessários durante o trabalho de parto.

2.6 Taxas de Sala: para efeito de reembolso são consideradas taxas de sala:

a) As taxas de sala cirúrgica, previstas na Tabela SulAmérica Saúde, só serão cobertas quando a cirurgia for realizada em centro cirúrgico devidamente instalado e equipado;

b) As taxas de sala cirúrgica incluem: assepsia, utilização das instalações, dos equipamentos, do instrumental cirúrgico e de roupas, além da esterilização do material e os serviços de enfermagem;

c) As demais taxas de sala (observação, recuperação pós-anestésica, cirurgia ambulatorial, gesso e exames/tratamentos especializados) serão pagas de acordo com o constante na Tabela SulAmérica Saúde para o procedimento realizado;

d) As taxas de sala são pagas conforme a cirurgia, baseando-se no porte anestésico apresentado na Tabela SulAmérica Saúde. Porte anestésico zero significa a não participação do anestesista, caso em que a taxa de sala não é devida;

e) Quando dois ou mais atos cirúrgicos forem realizados simultaneamente, pela mesma equipe cirúrgica, ou por equipes distintas, é devida somente uma taxa de sala, correspondente à cirurgia de maior porte.

2.7 Medicamentos e Materiais

O reembolso de medicamentos e materiais cirúrgicos será efetuado com base nos preços negociados na rede referenciada do plano, vigentes na data de sua utilização, de forma a garantir o que determina a Resolução CONSU 08, alterada pela Resolução CONSU 15.

2.8 Serão reembolsadas as Consultas, Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia, Honorários Profissionais de Atendimento Ambulatorial e Internações Hospitalares.

2.8.1 O reembolso de honorários profissionais será efetuado com base na Tabela SulAmérica Saúde, obedecida à quantidade de auxiliares e o porte anestésico, previstos para cada procedimento.

2.9 Tabela SulAmérica Saúde

Os procedimentos médicos estão contemplados na Tabela SulAmérica Saúde que está em conformidade com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e poderá ser atualizada com inclusões e/ou exclusões, além das coberturas adicionais definidas pela Seguradora.

2.9.1 A Tabela SulAmérica Saúde está devidamente registrada no Cartório do 10º Oficial de Registro de Títulos e Documentos da Capital - SP, e disponível a todos os Segurados na sede do Estipulante, e no website sulamerica.com.br/saudeonline de acordo com a segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia, disponibilizada para realizar download.

2.10 Para o cálculo de reembolso serão necessários os dados descritos a seguir:

2.10.1 Unidade de Serviço (US): É o quantitativo definido para cada procedimento, que está descrito na Tabela SulAmérica Saúde. A quantidade de Unidade de Serviço - US de determinados procedimentos poderá ser alterada, visando mantê-las compatíveis com os valores praticados no mercado.

2.10.2 Múltiplos de Reembolso - São os coeficientes a serem aplicados sobre a quantidade de US apresentadas na Tabela SulAmérica Saúde, e estão demonstrados na cláusula 2.12 – Múltiplo de Reembolso.

2.10.3 Unidade de Serviço de Reembolso (USR) - É o coeficiente expresso em moeda corrente nacional, definido no momento da contratação do seguro. **O valor inicial da USR é de R$ 0,50 (cinquenta centavos), o qual também está expresso na Proposta de Seguro.**

2.10.3.1 O valor da USR de reembolso poderá, eventualmente, ser reajustado em periodicidade não inferior a 12 (doze) meses, respeitando sempre o previsto na CONSU nº 8, alterada pela CONSU nº 15, que determina que o valor do reembolso não seja inferior ao praticado na rede referenciada.

2.10.3.2 O reajuste do valor da USR deverá considerar exclusivamente a variação dos custos médicos e hospitalares dos procedimentos cobertos pelo presente contrato, não estando de qualquer forma vinculado ao índice de reajuste financeiro ou técnico do contrato.

2.11 O valor do reembolso será efetuado em moeda corrente nacional e calculado conforme fórmula abaixo:

VR = Quantidade de US* x Múltiplo de Reembolso x Valor da USR**

* Prevista na Tabela SulAmérica Saúde para o procedimento realizado
** Vigente na data de atendimento médico e/ou hospitalar

2.12 Múltiplo de Reembolso

Opções de Reembolso	Segurado não Internado		Segurado Internado		
	Consultas Médicas	Diagnose/Terapia e Demais Procedimentos Ambulatoriais	Honorários Médicos	Diárias e Despesas Hospitalares	SADT*
R1	7,5	3,0	5,3	4,0	3,0
R2	9,5	3,0	10,6	4,0	3,0
R3	12,7	4,0	12,7	4,0	4,0

* SADT = Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia

2.12.1 O Estipulante poderá escolher uma das opções de reembolso disponíveis acima no momento da contratação, e deverá assinalar na proposta de seguro.

2.12.2 A opção do reembolso definida para o Segurado titular, será a mesma para os Segurados dependentes.

2.13 O valor correspondente à coparticipação previsto na cobertura do seguro será deduzido do valor a ser reembolsado ao Segurado Titular.

2.14 O reembolso será efetuado diretamente ao Segurado Titular, em até 30 (trinta) dias contados a partir da data do recebimento da solicitação do reembolso acompanhada de todos os documentos específicos para cada procedimento.

2.15 A Seguradora somente manterá em seu poder a guarda dos recibos e notas fiscais originais referentes às despesas ressarcidas total ou parcialmente, quando recebidos fisicamente em suas vias originais.

2.15.1 Será de responsabilidade do Segurado guardar os recibos e notas fiscais originais relacionados ao procedimento, quando a solicitação de reembolso for enviada à Seguradora de forma eletrônica, por no mínimo 05 (cinco) anos.

2.15.2. O Segurado deverá enviar à Seguradora os documentos originais, em até 05 (cinco) dias úteis, contados da data da solicitação, sob pena de seu processo de reembolso não ter a análise concluída ou, caso já

tenha sido concluída e paga ter o Segurado a obrigação de devolver o valor à Seguradora.

2.16 O valor reembolsado não será, sob nenhuma hipótese, superior ao valor efetivamente pago pelo segurado pelas respectivas despesas.

2.17 É facultado ao Segurado Titular solicitar a revisão dos valores de reembolso em até 180 (cento e oitenta) dias de seu efetivo pagamento pela Seguradora.

2.18 Antes do recebimento do Cartão SulAmérica Saúde para acesso à Rede Referenciada, será garantido ao Segurado, o reembolso das despesas cobertas realizadas, de acordo com o plano contratado.

2.19 Será garantido aos Segurados do SulAmérica Saúde plano Executivo o reembolso das despesas médicas e hospitalares cobertas, realizadas no exterior, de acordo com o plano de seguro contratado e a Tabela SulAmérica Saúde, limitado aos custos médios praticados pelos hospitais constantes na rede referenciada do plano Executivo.

2.19.1 O reembolso das despesas médicas hospitalares, comprovadamente pagas, realizadas no Exterior, será feito em moeda corrente nacional. Para a conversão será utilizada a taxa de câmbio oficial de venda, vigente na data da quitação do atendimento realizado.

2.20 O prazo máximo para a apresentação dos pedidos de reembolso será de 1 (um) ano para os serviços realizados no Brasil e de 2 (dois) anos para os serviços realizados no Exterior, a contar da data da realização dos eventos cobertos.

2.21 Para solicitação do reembolso das despesas médicas e/ou hospitalares serão necessários os seguintes documentos:

a) Cópia do cartão de identificação;

b) Recibo original em formulário próprio do prestador de serviços com CPF e endereço e/ou nota fiscal original, constando:

- Relatório médico informando diagnóstico, tratamento realizado, tempo de existência da doença, etiologia e laudo de exames, inclusive biopsia e anatomopatológico, se houver;
- Descrição do serviço realizado, quantidade com valor unitário, datas de atendimento, especialidade e CRM do médico;
- Descrição de materiais e medicamentos com valor unitário, e laudos de exames, se necessário, a critério da Seguradora;

c) Para os casos de solicitação de reembolso dos serviços de remoção, na nota fiscal deverá constar o total de quilômetros rodados, hospital de origem e destino, especificação do tipo de ambulância (UTI ou simples) e relatório do médico assistente justificando a necessidade da remoção.

d) Para os casos de solicitação de reembolso de parto, deverá ser apresentado o partograma ou relatório médico detalhado.

2.21.1 Se os documentos apresentados não possibilitarem a comprovação de despesas específicas e analise técnica necessária para o reembolso das despesas médico-hospitalares realizadas, a Seguradora solicitará documentos ou informações complementares, o que acarretará a recontagem do prazo estabelecido nestas condições gerais.

2.21.2 Além dos recibos e notas fiscais a Seguradora poderá solicitar outros comprovantes que demonstrem o efetivo desembolso, como por exemplo, microfilmagem de cheque e demonstrativo bancário.

3. Rede Referenciada

A Rede Referenciada está definida de acordo com o plano Executivo na acomodação apartamento e disponível no território nacional.

4. Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa Etária

4.1 Os prêmios serão readequados quando os Segurados mudarem de faixa etária, conforme percentuais indicados abaixo na Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa.

Faixa Etária	Percentuais
0 a 18 anos	0,00%
19 a 23 anos	25,00%
24 a 28 anos	24,00%
29 a 33 anos	11,00%
34 a 38 anos	7,00%
39 a 43 anos	16,00%
44 a 48 anos	19,54%
49 a 53 anos	17,20%
54 a 58 anos	19,05%
59 anos ou +	68,45%

5. Coberturas Adicionais

Será garantida aos segurados do SulAmérica Saúde plano Executivo a cobertura para os itens a seguir conforme descrito do Termo de Coberturas Adicionais que é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde.

5.1 **Terapias** - cláusula 1 do Termo de Coberturas Adicionais.

5.2 **Transplantes de órgãos** - cláusula 2 do Termo de Coberturas Adicionais.

5.3 **SulAmérica Saúde Ativa** – cláusula 8 do Termo de Coberturas Adicionais

6. Benefícios Adicionais

Serão disponibilizados aos segurados do SulAmérica Saúde plano Executivo os Benefícios Adicionais a seguir, os quais estão especificados no Caderno de Benefícios Adicionais.

6.1 Orientação Médica Telefônica - item 1 do Caderno de Benefícios Adicionais.

6.2 Seguro Viagem Nacional - item 7.3.1 do Caderno de Benefícios Adicionais

6.3 Seguro Viagem Internacional - item 7.3.2 do Caderno de Benefícios Adicionais

6.3.1 A quantidade máxima de dias cobertos por viagem é de 45 (quarenta e cinco) dias.

7. Permanecem válidas as demais condições estabelecidas nas Condições Gerais.

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Prestige

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

Este documento é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde, firmado com o Estipulante indicado na proposta de seguro por ocasião da contratação.

1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS: Prestige Empresarial/PME AHO QP

Acomodação Hospitalar: Apartamento

Número do Registro na ANS: 469537132

Abrangência Geográfica: Nacional

2. Reembolso

2.1 O Segurado Titular e seus Dependentes poderão solicitar o reembolso das despesas médicas e hospitalares cobertas, comprovadamente pagas, às quais serão reembolsadas de acordo com o plano de seguro contratado e a Tabela SulAmérica Saúde, quando optarem por não utilizar a rede referenciada.

2.1.1 O reembolso também será garantido nos casos em que não for possível o atendimento de urgência e emergência na rede referenciada, de acordo com o plano contratado.

2.2 O reembolso das despesas médico-hospitalares eventualmente apresentadas pelo Segurado será realizado desde que possua cobertura pelo plano contratado e desde que o prestador utilizado pelo Segurado esteja devidamente registrado nos órgãos governamentais e de classe para a prestação dos serviços realizados.

2.3 Para garantir o reembolso das despesas cobertas, o Segurado deverá solicitar com antecedência à realização do evento, a validação prévia da Seguradora, exceto para urgência e emergência.

2.4 Os valores a serem reembolsados não têm qualquer vínculo com os preços negociados pelo Segurado diretamente com os médicos ou instituições médicas não pertencentes à rede referenciada, não havendo obrigatoriedade contratual de

reembolso integral.

2.4.1 Não haverá reembolso quando a Seguradora identificar que houve o envio de mais de um recibo ou nota fiscal relacionado ao mesmo atendimento, com valores diferentes do que efetivamente foram pagos por cada procedimento, na medida em que se constitui crime previsto no art. 304 do Código Penal Brasileiro

2.5 Diárias Hospitalares: para efeito de reembolso as diárias hospitalares de UTI e de parto incluem:

a) diárias hospitalares incluem : registros hospitalares, alojamento, alimentação do paciente, alimentação do acompanhante de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, banho no leito, administração de medicamentos e todos os outros serviços de enfermagem;

b) diárias de UTI incluem: além dos serviços da diária normal, a monitorização cardiorespiratória e toda a assistência respiratória;

c) partos incluem: a permanência da parturiente e do recém-nascido em instalações adequadas e todos os cuidados necessários durante o trabalho de parto.

2.6 Taxas de Sala: para efeito de reembolso são consideradas taxas de sala:

a) As taxas de sala cirúrgica, previstas na Tabela SulAmérica Saúde, só serão cobertas quando a cirurgia for realizada em centro cirúrgico devidamente instalado e equipado;

b) As taxas de sala cirúrgica incluem: assepsia, utilização das instalações, dos equipamentos, do instrumental cirúrgico e de roupas, além da esterilização do material e os serviços de enfermagem;

c) As demais taxas de sala (observação, recuperação pós-anestésica, cirurgia ambulatorial, gesso e exames/tratamentos especializados) serão pagas de acordo com o constante na Tabela SulAmérica Saúde para o procedimento realizado;

d) As taxas de sala são pagas conforme a cirurgia, baseando-se no porte anestésico apresentado na Tabela SulAmérica Saúde. Porte anestésico zero significa a não participação do anestesista, caso em que a taxa de sala não é devida;

e) Quando dois ou mais atos cirúrgicos forem realizados simultaneamente, pela mesma equipe cirúrgica, ou por equipes distintas, é devida somente uma taxa de sala, correspondente à cirurgia de maior porte.

2.7 Medicamentos e Materiais

O reembolso de medicamentos e materiais cirúrgicos será efetuado com base nos preços negociados na rede referenciada do plano, vigentes na data de sua

utilização, de forma a garantir o que determina a Resolução CONSU 08, alterada pela Resolução CONSU 15.

2.8 Serão reembolsadas as Consultas, Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia, Honorários Profissionais de Atendimento Ambulatorial e Internações Hospitalares.

2.8.1 O reembolso de honorários profissionais será efetuado com base na Tabela SulAmérica Saúde, obedecida à quantidade de auxiliares e o porte anestésico, previstos para cada procedimento.

2.9 Tabela SulAmérica Saúde

Os procedimentos médicos estão contemplados na Tabela SulAmérica Saúde que está em conformidade com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e poderá ser atualizada com inclusões e/ou exclusões, além das coberturas adicionais definidas pela Seguradora.

2.9.1 A Tabela SulAmérica Saúde está devidamente registrada no Cartório do 10º Oficial de Registro de Títulos e Documentos da Capital - SP, e disponível a todos os Segurados na sede do Estipulante, e no website sulamerica.com.br/ saudeonline de acordo com a segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia, disponibilizada para realizar download.

2.10 Para o cálculo de reembolso serão necessários os dados descritos a seguir:

2.10.1 Unidade de Serviço (US): É o quantitativo definido para cada procedimento, que está descrito na Tabela SulAmérica Saúde. A quantidade de Unidade de Serviço - US de determinados procedimentos poderá ser alterada, visando mantê-las compatíveis com os valores praticados no mercado.

2.10.2 Múltiplos de Reembolso - São os coeficientes a serem aplicados sobre a quantidade de US apresentadas na Tabela SulAmérica Saúde e estão demonstrados na cláusula 2.12 – Múltiplos de Reembolso.

2.10.3 Unidade de Serviço de Reembolso (USR) - É o coeficiente expresso em moeda corrente nacional, definido no momento da contratação do seguro. **O valor inicial da USR é de R$ 0,50 (cinquenta centavos), o qual também está expresso na Proposta de Seguro.**

2.10.3.1 O valor da USR de reembolso poderá, eventualmente, ser reajustado em periodicidade não inferior a 12 (doze) meses, respeitando sempre o previsto na CONSU nº 8, alterada pela CONSU nº 15, que determina que o valor do reembolso não seja inferior ao praticado na rede referenciada.

2.10.3.2 O reajuste do valor da USR deverá considerar exclusivamente a variação dos custos médicos e hospitalares dos procedimentos

cobertos pelo presente contrato, não estando de qualquer forma vinculado ao índice de reajuste financeiro ou técnico do contrato.

2.11 O valor do reembolso será efetuado em moeda corrente nacional e calculado conforme fórmula abaixo:

VR = Quantidade de US* x Múltiplo de Reembolso x Valor da USR**

* Prevista na Tabela SulAmérica Saúde para o procedimento realizado
** Vigente na data de atendimento médico e/ou hospitalar

2.12 Múltiplo de Reembolso

Segurado não Internado		Segurado Internado		
Consultas	**Exames/Terapias e Demais Procedimentos Ambulatoriais**	**Honorários Médicos**	**Diárias / Despesas Hospitalares**	**SADT***
18,0	5,0	15,0	15,0	5,0

* SADT = Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia

2.13 O valor correspondente à coparticipação previsto na cobertura do seguro será deduzido do valor a ser reembolsado ao Segurado Titular.

2.14 O reembolso será efetuado diretamente ao Segurado Titular, em até 30 (trinta) dias contados a partir da data do recebimento da solicitação do reembolso acompanhada de todos os documentos específicos para cada procedimento.

2.15 A Seguradora somente manterá em seu poder a guarda dos recibos e notas fiscais originais referentes às despesas ressarcidas total ou parcialmente, quando recebidos fisicamente em suas vias originais.

2.15.1 Será de responsabilidade do Segurado guardar os recibos e notas fiscais originais relacionados ao procedimento, quando a solicitação de reembolso for enviada à Seguradora de forma eletrônica, por no mínimo 05 (cinco) anos.

2.15.2. O Segurado deverá enviar à Seguradora os documentos originais, em até 05 (cinco) dias úteis, contados da data da solicitação, sob pena de seu processo de reembolso não ter a análise concluída ou, caso já tenha sido concluída e paga ter o Segurado a obrigação de devolver o valor à Seguradora.

2.16 O valor reembolsado não será, sob nenhuma hipótese, superior ao valor efetivamente pago pelo segurado pelas respectivas despesas.

2.17 É facultado ao Segurado Titular solicitar a revisão dos valores de reembolso em até 180 (cento e oitenta) dias de seu efetivo pagamento pela Seguradora.

2.18 Antes do recebimento do Cartão SulAmérica Saúde para acesso à Rede Referenciada, será garantido ao Segurado, o reembolso das despesas cobertas realizadas, de acordo com o plano contratado.

2.19 Será garantido aos Segurados do SulAmérica Saúde plano Prestige o reembolso das despesas médicas e hospitalares cobertas, realizadas no exterior, de acordo com o plano de seguro contratado e a Tabela SulAmérica Saúde, limitado aos custos médios praticados pelos hospitais constantes na rede referenciada do plano Prestige.

2.19.1 O reembolso das despesas médicas hospitalares, comprovadamente pagas, realizadas no Exterior, será feito em moeda corrente nacional. Para a conversão será utilizada a taxa de câmbio oficial de venda, vigente na data da quitação do atendimento realizado.

2.20 O prazo máximo para a apresentação dos pedidos de reembolso será de 1 (um) ano para os serviços realizados no Brasil e de 2 (dois) anos para os serviços realizados no Exterior, a contar da data da realização dos eventos cobertos.

2.21 Para solicitação do reembolso das despesas médicas e/ou hospitalares serão necessários os seguintes documentos:

a) Cópia do cartão de identificação;

b) Recibo original em formulário próprio do prestador de serviços com CPF e endereço e/ou nota fiscal original, constando:

- Relatório médico informando diagnóstico, tratamento realizado, tempo de existência da doença, etiologia e laudo de exames, inclusive biopsia e anatomopatológico, se houver;
- Descrição do serviço realizado, quantidade com valor unitário, datas de atendimento, especialidade e CRM do médico;
- Descrição de materiais e medicamentos com valor unitário, e laudos de exames, se necessário, a critério da Seguradora;

c) Para os casos de solicitação de reembolso dos serviços de remoção, na nota fiscal deverá constar o total de quilômetros rodados, hospital de origem e destino, especificação do tipo de ambulância (UTI ou simples) e relatório do médico assistente justificando a necessidade da remoção.

d) Para os casos de solicitação de reembolso de parto, deverá ser apresentado o partograma ou relatório médico detalhado.

2.21.1 Se os documentos apresentados não possibilitarem a comprovação de despesas específicas e analise técnica necessária para o reembolso das despesas médico-hospitalares realizadas, a Seguradora solicitará

documentos ou informações complementares, o que acarretará a recontagem do prazo estabelecido nestas condições gerais.

2.21.2 Além dos recibos e notas fiscais a Seguradora poderá solicitar outros comprovantes que demonstrem o efetivo desembolso, como por exemplo, microfilmagem de cheque e demonstrativo bancário.

3. Rede Referenciada

A Rede Referenciada está definida de acordo com o plano Prestige na acomodação apartamento e disponível no território nacional.

4. Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa Etária

4.1 Os prêmios serão readequados quando os Segurados mudarem de faixa etária, conforme percentuais indicados abaixo na Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa.

Faixa Etária	Percentuais
0 a 18 anos	0,00%
19 a 23 anos	25,00%
24 a 28 anos	24,00%
29 a 33 anos	11,00%
34 a 38 anos	7,00%
39 a 43 anos	16,00%
44 a 48 anos	19,54%
49 a 53 anos	17,20%
54 a 58 anos	19,05%
59 anos ou +	68,45%

5. Coberturas Adicionais

Será garantida aos segurados do SulAmérica Saúde plano Prestige a cobertura para os itens a seguir conforme descrito no Termo de Coberturas Adicionais que é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde.

5.1 **Terapias** (Psicomotricidade, Fonoaudiologia e Escleroterapia - sem limite de sessão) - cláusula 1 do Termo de Coberturas Adicionais.

5.2 **Transplantes de órgãos** - cláusula 2 do Termo de Coberturas Adicionais.

5.3 **Consulta e Fisioterapia domiciliar** exclusivamente por reembolso nos limites do plano - cláusula 3 do Termo de Coberturas Adicionais.

5.4 **Cirurgia Refrativa** sem limite de grau - cláusula 4 do Termo de Coberturas Adicionais.

5.5 Check-Up - cláusula 5 do Termo de Coberturas Adicionais.

5.6 Vacinas - cláusula 6 do Termo de Coberturas Adicionais.

5.7 Consulta ao Viajante - cláusula 7 do Termo de Coberturas Adicionais.

5.8 SulAmérica Saúde Ativa - cláusula 8 do Termo de Coberturas Adicionais

6. Carências

Além das carências descritas na cláusula 18, ficam acrescidas as coberturas adicionais e suas respectivas carências conforme abaixo:

a) Grupo de carência 1:
15 (quinze) dias da data de vigência do segurado para vacinas e consulta ao viajante.

b) Grupo de carência 2:
180 (cento e oitenta) dias da data de vigência do segurado titular para check-up.

7. Benefícios Adicionais

Serão disponibilizados aos segurados do SulAmérica Saúde plano Prestige os Benefícios Adicionais a seguir, os quais estão especificados no Caderno de Benefícios Adicionais.

7.1 Orientação Médica Telefônica - item 1 do Caderno de Benefícios Adicionais.

7.2 Motorista Amigo da Saúde - item 2 do Caderno de Benefícios Adicionais

7.3 Remoção Especial - item 3 do Caderno de Benefícios Adicionais

7.4 Serviços de Courier - item 4 do Caderno de Benefícios Adicionais

7.5 Coleta Domiciliar de Exames - item 5 do Caderno de Benefícios Adicionais

7.6 Concierge - item 6 do Caderno de Benefícios Adicionais

7.7 Seguro Viagem Nacional - item 7.3.1 do Caderno de Benefícios Adicionais

7.8 Seguro Viagem Internacional - item 7.3.2 Caderno de Benefícios Adicionais.

7.8.1 A quantidade máxima de dias cobertos por viagem é de 120 (cento e vinte) dias.

8. Permanecem válidas as demais condições estabelecidas nas Condições Gerais.

Características Essenciais dos Planos com Coparticipação

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Direto CAMP VCs Quarto Coletivo com Coparticipação

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

Este documento é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde, firmado com o Estipulante indicado na proposta de seguro por ocasião da contratação e ratifica as características essenciais do plano contratado.

1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS: Direto CAMP VCs Empresarial Trad.15 AHO QC COP

Acomodação Hospitalar: Quarto Coletivo

Número do Registro na ANS: 485095205

Abrangência Geográfica: Grupo de Municípios

Área de Atuação: Campinas, Hortolândia, Indaiatuba, Jaguariúna, Paulínia, Sumaré e Valinhos.

2. Tutela da Saúde

A tutela da saúde dos Segurados é parte integrante e indissociável do plano Direto CAMP Vcs, composto pela gestão de cuidado médico aderente às necessidades dos Segurados, observados os termos do Rol de Procedimentos e Eventos de Saúde, editado pela ANS, vigente à época do evento, conectando os profissionais de saúde envolvidos na gestão do plano, em ações de promoção e acompanhamento de saúde e bem estar dos Segurados, com o objetivo de facilitar, aprimorar e tornar mais resolutiva a assistência à saúde. Para isso, os DADOS PESSOAIS SENSÍVEIS dos Segurados são centralizados em uma plataforma digital administrada pela Seguradora e compartilhada com os profissionais de saúde vinculados ao plano e/ou à estipulante, como parte integrante da execução do contrato de seguro saúde, valendo a aceitação deste Contrato como concordância com a finalidade prevista nesta cláusula.

3. Reembolso

Exclusivo em Terapias não Médicas. Terapias não Médicas são aquelas realizadas por profissionais que não sejam Médicos, desde que registrados em seus respectivos conselhos (CRP, CRFa, CRN, CREFITO).

3.1 O Segurado Titular e seus Dependentes poderão solicitar o reembolso EXCLUSIVAMENTE das terapias não médicas relacionadas na cláusula 3.1.1, solicitadas pelo médico assistente nos limites previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, comprovadamente pagas, desde que realizadas dentro da área geográfica de abrangência e área de atuação do plano.

3.1.1 Terapias Reembolsáveis não Médicas

a) Fisioterapia;

b) Nutrição;

c) Psicoterapia;

d) Fonoaudiologia;

e) Terapia Ocupacional.

f) Acupuntura

3.1.2 As terapias acima só serão cobertas se solicitadas ao Segurado por Profissional Médico registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM.

3.2 Documentação para solicitação de reembolso

3.2.1 Fisioterapia e Acupuntura.

Enviar Relatório Médico, datado**, contendo** nome completo do paciente, diagnóstico, tempo de existência da doença e quadro clínico atual do paciente, descrição e justificativa para a terapia indicada, planejamento terapêutico (quantidade de sessões programadas e período de tempo), assinatura do profissional que realizou a terapia e laudo do exame de Imagem realizado relacionado à patologia, se houver e,

a) nota Fiscal original contendo razão social e CNPJ do estabelecimento, nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do Prestador de Serviço, CPF e CREFITO e assinatura do profissional que realizou a terapia, ou

b) recibo original, em formulário próprio do prestador de serviço contendo nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do prestador de serviço, CPF e CREFITO e assinatura do profissional que realizou a terapia.

3.2.2 Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Psicoterapia e Nutrição

Enviar relatório médico, datado, com indicação para o tratamento com o terapeuta, contendo nome completo do paciente, diagnóstico e quadro clínico atual do paciente, descrição e justificativa para a terapia indicada e,

a) enviar nota fiscal original contendo razão social e CNPJ do estabelecimento, nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do prestador de serviço, CPF e número de inscrição no respectivo

conselho regional, CRP, CRFa, CRN e assinatura do profissional que realizou a terapia; ou

b) enviar recibo original em formulário próprio do prestador de serviço contendo nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do prestador de serviço, CPF e número de inscrição no respectivo conselho regional, CRP, CRFa, CRN e assinatura do profissional que realizou a terapia.

3.3 O reembolso das **terapias não médicas** descritas na cláusula **3.1.1** eventualmente apresentadas pelo Segurado será realizado desde que possua cobertura e desde que o prestador utilizado pelo Segurado esteja devidamente registrado nos órgãos governamentais e de classe para a prestação dos serviços realizados.

3.4 Os valores a serem reembolsados não têm qualquer vínculo com os preços negociados pelo Segurado diretamente com **os profissionais ou clínicas** não pertencentes à rede referenciada, não havendo obrigatoriedade contratual de reembolso integral.

3.4.1. Não haverá reembolso quando a Seguradora identificar que houve o envio de mais de um recibo ou nota fiscal relacionado ao mesmo atendimento, com valores diferentes do que efetivamente foram pagos por cada procedimento, na medida em que se constitui crime previsto no art. 304 do Código Penal Brasileiro.

3.5 Tabela SulAmérica Saúde

A Tabela SulAmérica Saúde Direto contempla as **terapias não médicas,** e a relação dos códigos reembolsáveis estão relacionados nesta tabela.

3.5.1 A Tabela SulAmérica Saúde Direto está devidamente registrada no Cartório do 10º Oficial de Registro de Títulos e Documentos da Capital - SP, e disponível a todos os Segurados na sede do Estipulante, e no website sulamerica.com.br/saudeonline para realização download.

3.6 Para o cálculo de reembolso serão necessários os dados descritos a seguir:

3.6.1 Unidade de Serviço (US): É o quantitativo definido para **cada terapia não médica**, que está **contemplada** na Tabela SulAmérica Saúde Direto. A quantidade de Unidade de Serviço - US poderá ser alterada, visando mantê-la compatível com os valores praticados no mercado.

3.6.2 Múltiplos de Reembolso - São os coeficientes a serem aplicados sobre a quantidade de US apresentada na Tabela SulAmérica Saúde Direto e estão demonstrados na cláusula 3.8 - Múltiplo de Reembolso.

3.6.3 Unidade de Serviço de Reembolso (USR) - É o coeficiente expresso em moeda corrente nacional, definido no momento da contratação do seguro. O valor inicial da USR é de R$ 0,50 (cinquenta centavos), o qual também está expresso na Proposta de Seguro.

3.6.3.1 O valor da USR de reembolso poderá, eventualmente, ser reajustado mediante livre negociação entre a Operadora e a Contratante, em periodicidade não inferior a 12 meses, respeitando sempre o previsto na Resolução CONSU nº 8, alterada pela Resolução CONSU nº 15, que determina que o valor do reembolso não será inferior ao praticado na rede referenciada.

3.6.3.2 O reajuste do valor da USR deverá considerar, exclusivamente, a variação dos custos médicos e hospitalares dos procedimentos cobertos pelo presente contrato, não estando de qualquer forma vinculado ao índice de reajuste financeiro ou técnico do contrato.

3.7 O valor do reembolso será efetuado em moeda corrente nacional e calculado conforme fórmula abaixo:

VR = Quantidade de US* x Múltiplo de Reembolso x Valor da USR**

* Prevista na Tabela SulAmérica Saúde Direto para o procedimento realizado
** Vigente na data de atendimento médico e/ou hospitalar

3.8 Múltiplo de Reembolso

Terapia não Médica	Múltiplo de Reembolso
Fisioterapia	1,10
Nutrição	1,10
Psicoterapia	1,10
Fonoaudiologia	1,10
Terapia Ocupacional	1,10
Acupuntura	1,10

3.9 O valor correspondente à coparticipação previsto na cobertura do seguro será deduzido do valor a ser reembolsado ao Segurado Titular.

3.10 O reembolso será efetuado diretamente ao Segurado Titular, em até 30 (trinta) dias contados a partir da data do recebimento da solicitação do reembolso acompanhada de todos os documentos específicos para cada procedimento.

3.11 A Seguradora manterá em seu poder somente a guarda dos recibos e notas fiscais originais referentes às despesas ressarcidas total ou parcialmente, quando recebidos fisicamente em suas vias originais.

3.11.1 Será de responsabilidade do Segurado guardar os recibos e notas fiscais originais relacionados ao procedimento, quando a solicitação de reembolso for enviada à Seguradora de forma eletrônica, por no mínimo 05 (cinco) anos.

3.11.2 O Segurado deverá enviar a Seguradora os documentos originais, sempre que solicitado em até 05 (cinco) dias úteis, contados da data da solicitação,

sob pena de seu processo de reembolso não ter a análise concluída ou, caso já tenha sido concluída e paga, ter o Segurado a obrigação de devolver o valor à Seguradora.

3.12 O valor reembolsado não será, sob nenhuma hipótese, superior ao valor efetivamente pago pelo segurado pelas respectivas despesas.

3.13 É facultado ao Segurado Titular solicitar a revisão dos valores de reembolso em até 180 (cento e oitenta) dias de seu efetivo pagamento pela Seguradora.

3.14 O prazo máximo para a apresentação dos pedidos de reembolso será de 1 (um) ano a contar da data da realização dos eventos cobertos.

4. Rede Referenciada

A Rede Referenciada está definida de acordo com o plano Direto CAMP VCs na acomodação quarto coletivo com localização restrita aos municípios descritos na área de atuação no item 1 acima.

4.1 A rede referenciada está disponibilizada por especialidade médica.

4.2 Os atendimentos ambulatoriais realizados nas clínicas especializadas e que necessitem de avaliação cirúrgica serão direcionados para a equipe clínica do Hospital Referenciado para a especialidade que dará continuidade ao tratamento.

4.2.1 Os casos de internação clínica serão direcionados para a equipe clínica do Hospital Referenciado para a especialidade, a qual dará continuidade ao tratamento.

5. Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa Etária

5.1 Os prêmios serão readequados quando os Segurados mudarem de faixa etária, conforme percentuais indicados abaixo na Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa.

Faixa Etária	Percentuais
0 a 18 anos	0,00%
19 a 23 anos	25,00%
24 a 28 anos	24,00%
29 a 33 anos	11,00%
34 a 38 anos	7,00%
39 a 43 anos	16,00%
44 a 48 anos	19,54%
49 a 53 anos	17,20%
54 a 58 anos	19,05%
59 anos ou +	68,45%

6. Benefícios Adicionais

Serão disponibilizados aos segurados do SulAmérica Saúde plano Direto CAMP VCs, os benefícios adicionais a seguir, os quais estão descritos no Caderno de Benefícios Adicionais

6.1 Orientação Médica Telefônica - Consiste exclusivamente no item 1 “a” do Caderno de Benefícios Adicionais, conforme transcrito abaixo, não abrangendo em hipótese alguma o atendimento domiciliar e remoção deste benefício.

a) Profissionais da área da saúde à disposição do segurado 24 (vinte e quatro) horas por dia, para orientação ao segurado por telefone sobre a melhor providência a ser tomada em situações de urgência e emergência, esclarecimento de dúvidas sobre dosagens de medicamentos, interpretação de exames, orientação sobre a especialidade médica a ser consultada de acordo com a necessidade do segurado, entre outros.

6.2 Atendimento de Urgência e Emergência fora da Região de Abrangência Geográfica do Plano Contratado - item 8 do Caderno de Benefícios Adicionais

7. Coparticipação

7.1 A coparticipação ocorre quando o Segurado realiza consultas, atendimento em pronto socorro, exames complementares e terapias, conforme descrito na Tabela de Coparticipação PME disponível no site www.sulamerica.com.br. A relação dos procedimentos constantes na Tabela de Coparticipação podem sofrer alteração.

7.2 A coparticipação será calculada de acordo com o percentual de 30% (trinta por cento) sobre o valor pago à rede, ou sobre o reembolso. Em qualquer dos casos, a coparticipação será limitada ao valor máximo pré-definido, conforme disposto na tabela abaixo.

7.3 Tabela de valor máximo pré-definido de Coparticipação:

Classificação dos procedimentos	Direto CAMP VCs
Atendimento em Pronto Socorro	R$ 42,00
Consulta Eletiva	R$ 21,00
Exames Complementares - A	R$ 17,00
Exames Complementares - B	R$ 80,00
Terapias não Médicas	R$ 13,00

7.3.1 Os valores máximos pré definidos em reais poderão ser reajustados a cada aniversário do contrato, na forma prevista na cláusula 27.1.3. O percentual a ser aplicado será o resultado do IVCMH (índice de Variação de Custos Médicos Hospitalares).

7.4 Os valores referentes à coparticipação dos segurados na rede referenciada serão pagos à Seguradora e cobrados do Estipulante na mesma fatura do **Prêmio Mensal.**

7.5 Quando houver solicitação de reembolso nas situações previstas neste contrato, o valor de coparticipação dos segurados será descontado do valor a ser reembolsado ao Segurado Titular.

7.6 A coparticipação não é considerada como contribuição para os fins previstos nos artigos 30 e 31 da lei n.º 9.656/98.

7.7 O Estipulante será responsável pelo pagamento da coparticipação dos atendimentos realizados na vigência do seguro, independente do cancelamento do contrato e/ou desligamento do Segurado.

8. Permanecem válidas as demais condições estabelecidas nas Condições Gerais.

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Direto CAMP VCs Apartamento com Coparticipação

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

Este documento é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde, firmado com o Estipulante indicado na proposta de seguro por ocasião da contratação e ratifica as características essenciais do plano contratado.

1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS: Direto CAMP VCs Empresarial Trad.15 AHO QC COP

Acomodação Hospitalar: Apartamento

Número do Registro na ANS: 485096203

Abrangência Geográfica: Grupo de Municípios

Área de Atuação: Campinas, Hortolândia, Indaiatuba, Jaguariúna, Paulínia, Sumaré e Valinhos.

2. Tutela da Saúde

A tutela da saúde dos Segurados é parte integrante e indissociável do plano Direto CAMP VCs, composto pela gestão de cuidado médico aderente às necessidades dos Segurados, observados os termos do Rol de Procedimentos e Eventos de Saúde, editado pela ANS, vigente à época do evento, conectando os profissionais de saúde envolvidos na gestão do plano, em ações de promoção e acompanhamento de saúde e bem estar dos Segurados, com o objetivo de facilitar, aprimorar e tornar mais resolutiva a assistência à saúde. Para isso, os DADOS PESSOAIS SENSÍVEIS dos Segurados são centralizados em uma plataforma digital administrada pela Seguradora e compartilhada com os profissionais de saúde vinculados ao plano e/ou à estipulante, como parte integrante da execução do contrato de seguro saúde, valendo a aceitação deste Contrato como concordância com a finalidade prevista nesta cláusula.

3. Reembolso

Exclusivo em Terapias não Médicas. Terapias não Médicas são aquelas realizadas por profissionais que não sejam Médicos, desde que registrados em seus respectivos conselhos (CRP, CRFa, CRN, CREFITO).

3.1 O Segurado Titular e seus Dependentes poderão solicitar o reembolso EXCLUSIVAMENTE das terapias não médicas relacionadas na cláusula 3.1.1,

solicitadas pelo médico assistente nos limites previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, comprovadamente pagas, desde que realizadas dentro da área geográfica de abrangência e área de atuação do plano.

3.1.1 Terapias Reembolsáveis não Médicas

a) Fisioterapia;

b) Nutrição;

c) Psicoterapia;

d) Fonoaudiologia;

e) Terapia Ocupacional.

f) Acupuntura

3.1.2 As terapias acima só serão cobertas se solicitadas ao Segurado por Profissional Médico registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM.

3.2 Documentação para solicitação de reembolso

3.2.1 Fisioterapia e Acupuntura.

Enviar Relatório Médico, datado**, contendo** nome completo do paciente, diagnóstico, tempo de existência da doença e quadro clínico atual do paciente, descrição e justificativa para a terapia indicada, planejamento terapêutico (quantidade de sessões programadas e período de tempo), assinatura do profissional que realizou a terapia e laudo do exame de Imagem realizado relacionado à patologia, se houver e,

a) nota Fiscal original contendo razão social e CNPJ do estabelecimento, nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do Prestador de Serviço, CPF e CREFITO e assinatura do profissional que realizou a terapia, ou

b) recibo original, em formulário próprio do prestador de serviço contendo nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do prestador de serviço, CPF e CREFITO e assinatura do profissional que realizou a terapia.

3.2.2 Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Psicoterapia e Nutrição

Enviar relatório médico, datado, com indicação para o tratamento com o terapeuta, contendo nome completo do paciente, diagnóstico e quadro clínico atual do paciente, descrição e justificativa para a terapia indicada e,

a) enviar nota fiscal original contendo razão social e CNPJ do estabelecimento, nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do prestador de serviço, CPF e número de inscrição no respectivo

conselho regional, CRP, CRFa, CRN e assinatura do profissional que realizou a terapia; ou

b) enviar recibo original em formulário próprio do prestador de serviço contendo nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do prestador de serviço, CPF e número de inscrição no respectivo conselho regional, CRP, CRFa, CRN e assinatura do profissional que realizou a terapia.

3.3 O reembolso das **terapias não médicas** descritas na cláusula **3.1.1** eventualmente apresentadas pelo Segurado será realizado desde que possua cobertura e desde que o prestador utilizado pelo Segurado esteja devidamente registrado nos órgãos governamentais e de classe para a prestação dos serviços realizados.

3.4 Os valores a serem reembolsados não têm qualquer vínculo com os preços negociados pelo Segurado diretamente com **os profissionais ou clínicas** não pertencentes à rede referenciada, não havendo obrigatoriedade contratual de reembolso integral.

3.4.1. Não haverá reembolso quando a Seguradora identificar que houve o envio de mais de um recibo ou nota fiscal relacionado ao mesmo atendimento, com valores diferentes do que efetivamente foram pagos por cada procedimento, na medida em que se constitui crime previsto no art. 304 do Código Penal Brasileiro.

3.5 Tabela SulAmérica Saúde

A Tabela SulAmérica Saúde Direto contempla as **terapias não médicas,** e a relação dos códigos reembolsáveis estão relacionados nesta tabela.

3.5.1 A Tabela SulAmérica Saúde Direto está devidamente registrada no Cartório do 10º Oficial de Registro de Títulos e Documentos da Capital - SP, e disponível a todos os Segurados na sede do Estipulante, e no website sulamerica.com.br/saudeonline para realização download.

3.6 Para o cálculo de reembolso serão necessários os dados descritos a seguir:

3.6.1 Unidade de Serviço (US): É o quantitativo definido para **cada terapia não médica**, que está **contemplada** na Tabela SulAmérica Saúde Direto. A quantidade de Unidade de Serviço - US poderá ser alterada, visando mantê-la compatível com os valores praticados no mercado.

3.6.2 Múltiplos de Reembolso - São os coeficientes a serem aplicados sobre a quantidade de US apresentada na Tabela SulAmérica Saúde Direto e estão demonstrados na cláusula 2.8 - Múltiplo de Reembolso.

3.6.3 Unidade de Serviço de Reembolso (USR) - É o coeficiente expresso em moeda corrente nacional, definido no momento da contratação do seguro. O valor inicial da USR é de R$ 0,50 (cinquenta centavos), o qual também está expresso na Proposta de Seguro.

3.6.3.1 O valor da USR de reembolso poderá, eventualmente, ser reajustado mediante livre negociação entre a Operadora e a Contratante, em periodicidade não inferior a 12 meses, respeitando sempre o previsto na Resolução CONSU nº 8, alterada pela Resolução CONSU nº 15, que determina que o valor do reembolso não será inferior ao praticado na rede referenciada.

3.6.3.2 O reajuste do valor da USR deverá considerar, exclusivamente, a variação dos custos médicos e hospitalares dos procedimentos cobertos pelo presente contrato, não estando de qualquer forma vinculado ao índice de reajuste financeiro ou técnico do contrato.

3.7 O valor do reembolso será efetuado em moeda corrente nacional e calculado conforme fórmula abaixo:

VR = Quantidade de US* x Múltiplo de Reembolso x Valor da USR**

* Prevista na Tabela SulAmérica Saúde Direto para o procedimento realizado
** Vigente na data de atendimento médico e/ou hospitalar

3.8 Múltiplo de Reembolso

Terapia não Médica	Múltiplo de Reembolso
Fisioterapia	1,10
Nutrição	1,10
Psicoterapia	1,10
Fonoaudiologia	1,10
Terapia Ocupacional	1,10
Acupuntura	1,10

3.9 O valor correspondente à coparticipação previsto na cobertura do seguro será deduzido do valor a ser reembolsado ao Segurado Titular.

3.10 O reembolso será efetuado diretamente ao Segurado Titular, em até 30 (trinta) dias contados a partir da data do recebimento da solicitação do reembolso acompanhada de todos os documentos específicos para cada procedimento.

3.11 A Seguradora manterá em seu poder somente a guarda dos recibos e notas fiscais originais referentes às despesas ressarcidas total ou parcialmente, quando recebidos fisicamente em suas vias originais.

3.11.1 Será de responsabilidade do Segurado guardar os recibos e notas fiscais originais relacionados ao procedimento, quando a solicitação de reembolso for enviada à Seguradora de forma eletrônica, por no mínimo 05 (cinco) anos.

3.11.2 O Segurado deverá enviar a Seguradora os documentos originais, sempre que solicitado em até 05 (cinco) dias úteis, contados da data da solicitação, sob pena de seu processo de reembolso não ter a análise concluída ou, caso já tenha sido concluída e paga, ter o Segurado a obrigação de devolver o valor à Seguradora.

3.12 O valor reembolsado não será, sob nenhuma hipótese, superior ao valor efetivamente pago pelo segurado pelas respectivas despesas.

3.13 É facultado ao Segurado Titular solicitar a revisão dos valores de reembolso em até 180 (cento e oitenta) dias de seu efetivo pagamento pela Seguradora.

3.14 O prazo máximo para a apresentação dos pedidos de reembolso será de 1 (um) ano a contar da data da realização dos eventos cobertos.

4. Rede Referenciada

A Rede Referenciada está definida de acordo com o plano Direto CAMP VCs na acomodação apartamento com localização restrita aos municípios descritos na área de atuação no item 1 acima.

4.1 A rede referenciada está disponibilizada por especialidade médica.

4.2 Os atendimentos ambulatoriais realizados nas clínicas especializadas e que necessitem de avaliação cirúrgica serão direcionados para a equipe clínica do Hospital Referenciado para a especialidade que dará continuidade ao tratamento.

4.2.1 Os casos de internação clínica serão direcionados para a equipe clínica do Hospital Referenciado para a especialidade, a qual dará continuidade ao tratamento.

5. Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa Etária

5.1 Os prêmios serão readequados quando os Segurados mudarem de faixa etária, conforme percentuais indicados abaixo na Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa.

Faixa Etária	Percentuais
0 a 18 anos	0,00%
19 a 23 anos	25,00%
24 a 28 anos	24,00%
29 a 33 anos	11,00%
34 a 38 anos	7,00%
39 a 43 anos	16,00%
44 a 48 anos	19,54%
49 a 53 anos	17,20%
54 a 58 anos	19,05%
59 anos ou +	68,45%

6. Benefícios Adicionais

Serão disponibilizados aos segurados do SulAmérica Saúde plano Direto CAMP VCs, os benefícios adicionais a seguir, os quais estão descritos no Caderno de Benefícios Adicionais.

6.1 Orientação Médica Telefônica - Consiste exclusivamente no item 1 "a" do Caderno de Benefícios Adicionais, conforme transcrito abaixo, não abrangendo em hipótese alguma o atendimento domiciliar e remoção deste benefício.

a) Profissionais da área da saúde à disposição do segurado 24 (vinte e quatro) horas por dia, para orientação ao segurado por telefone sobre a melhor providência a ser tomada em situações de urgência e emergência, esclarecimento de dúvidas sobre dosagens de medicamentos, interpretação de exames, orientação sobre a especialidade médica a ser consultada de acordo com a necessidade do segurado, entre outros.

6.2 Atendimento de Urgência e Emergência fora da Região de Abrangência Geográfica do Plano Contratado - item 8 do Caderno de Benefícios Adicionais

7. Coparticipação

7.1 A coparticipação ocorre quando o Segurado realiza consultas, atendimento em pronto socorro, exames complementares e terapias, conforme descrito na Tabela de Coparticipação PME disponível no site www.sulamerica.com.br. A relação dos procedimentos constantes na Tabela de Coparticipação podem sofrer alteração.

7.2 A coparticipação será calculada de acordo com o percentual de 30% (trinta por cento) sobre o valor pago à rede, ou sobre o reembolso. Em qualquer dos casos, a coparticipação será limitada ao valor máximo pré-definido, conforme disposto na tabela abaixo.

7.3 Tabela de valor máximo pré-definido de Coparticipação:

Classificação dos procedimentos	Direto CAMP VCs
Atendimento em Pronto Socorro	R$ 42,00
Consulta Eletiva	R$ 21,00
Exames Complementares - A	R$ 17,00
Exames Complementares - B	R$ 80,00
Terapias não Médicas	R$ 13,00

7.3.1 Os valores máximos pré definidos em reais poderão ser reajustados a cada aniversário do contrato, na forma prevista na cláusula 27.1.3. O percentual a ser aplicado será o resultado do IVCMH (índice de Variação de Custos Médicos Hospitalares).

7.4 Os valores referentes à coparticipação dos segurados na rede referenciada serão pagos à Seguradora e cobrados do Estipulante na mesma fatura do **Prêmio Mensal.**

7.5 Quando houver solicitação de reembolso nas situações previstas neste contrato, o valor de coparticipação dos segurados será descontado do valor a ser reembolsado ao Segurado Titular.

7.6 A coparticipação não é considerada como contribuição para os fins previstos nos artigos 30 e 31 da lei n.º 9.656/98.

7.7 O Estipulante será responsável pelo pagamento da coparticipação dos atendimentos realizados na vigência do seguro, independente do cancelamento do contrato e/ou desligamento do Segurado.

8. Permanecem válidas as demais condições estabelecidas nas Condições Gerais.

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Direto CWB STc Quarto Coletivo com Coparticipação

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

Este documento é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde, firmado com o Estipulante indicado na proposta de seguro por ocasião da contratação e ratifica as características essenciais do plano contratado.

1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS: Direto CWB STc Empresarial/PME Trad.15 AHO QC COP

Acomodação Hospitalar: Quarto Coletivo

Número do Registro na ANS: 484362192

Abrangência Geográfica: Grupo de Municípios

Área de Atuação: Almirante Tamandaré, Araucária, Colombo, Curitiba, Fazenda Rio Grande, Pinhais e São José dos Pinhais.

2. Tutela da Saúde

A tutela da saúde dos Segurados é parte integrante e indissociável do plano Direto CWB STc, composto pela gestão de cuidado médico aderente às necessidades dos Segurados, observados os termos do Rol de Procedimentos e Eventos de Saúde, editado pela ANS, vigente à época do evento, conectando os profissionais de saúde envolvidos na gestão do plano, em ações de promoção e acompanhamento de saúde e bem estar dos Segurados, com o objetivo de facilitar, aprimorar e tornar mais resolutiva a assistência à saúde. Para isso, os DADOS PESSOAIS SENSÍVEIS dos Segurados são centralizados em uma plataforma digital administrada pela Seguradora e compartilhada com os profissionais de saúde vinculados ao plano e/ou à estipulante, como parte integrante da execução do contrato de seguro saúde, valendo a aceitação deste Contrato como concordância com a finalidade prevista nesta cláusula.

3. Reembolso

Exclusivo em Terapias não Médicas. Terapias não Médicas são aquelas realizadas por profissionais que não sejam Médicos, desde que registrados em seus respectivos conselhos (CRP, CRFa, CRN, CREFITO).

3.1 O Segurado Titular e seus Dependentes poderão solicitar o reembolso EXCLUSIVAMENTE das terapias não médicas relacionadas na cláusula 3.1.1, solicitadas pelo médico assistente nos limites previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, comprovadamente pagas, desde que realizadas dentro da área geográfica de abrangência e área de atuação do plano.

3.1.1 Terapias Reembolsáveis não Médicas

a) Fisioterapia;

b) Nutrição;

c) Psicoterapia;

d) Fonoaudiologia;

e) Terapia Ocupacional.

f) Acupuntura

3.1.2 As terapias acima só serão cobertas se solicitadas ao Segurado por Profissional Médico registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM.

3.2 Documentação para solicitação de reembolso

3.2.1 Fisioterapia e Acupuntura.

Enviar Relatório Médico, datado**, contendo** nome completo do paciente, diagnóstico, tempo de existência da doença e quadro clínico atual do paciente, descrição e justificativa para a terapia indicada, planejamento terapêutico (quantidade de sessões programadas e período de tempo), assinatura do profissional que realizou a terapia e laudo do exame de Imagem realizado relacionado à patologia, se houver e,

a) nota Fiscal original contendo razão social e CNPJ do estabelecimento, nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do Prestador de Serviço, CPF e CREFITO e assinatura do profissional que realizou a terapia, ou

b) recibo original, em formulário próprio do prestador de serviço contendo nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do prestador de serviço, CPF e CREFITO e assinatura do profissional que realizou a terapia.

3.2.2 Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Psicoterapia e Nutrição

Enviar relatório médico, datado, com indicação para o tratamento com o terapeuta, contendo nome completo do paciente, diagnóstico e quadro clínico atual do paciente, descrição e justificativa para a terapia indicada e,

a) enviar nota fiscal original contendo razão social e CNPJ do estabelecimento, nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do

prestador de serviço, CPF e número de inscrição no respectivo conselho regional, CRP, CRFa, CRN e assinatura do profissional que realizou a terapia; ou

b) enviar recibo original em formulário próprio do prestador de serviço contendo nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do prestador de serviço, CPF e número de inscrição no respectivo conselho regional, CRP, CRFa, CRN e assinatura do profissional que realizou a terapia.

3.3 O reembolso das **terapias não médicas** descritas na cláusula **3.1.1** eventualmente apresentadas pelo Segurado será realizado desde que possua cobertura e desde que o prestador utilizado pelo Segurado esteja devidamente registrado nos órgãos governamentais e de classe para a prestação dos serviços realizados.

3.4 Os valores a serem reembolsados não têm qualquer vínculo com os preços negociados pelo Segurado diretamente com **os profissionais ou clínicas** não pertencentes à rede referenciada, não havendo obrigatoriedade contratual de reembolso integral.

3.4.1. Não haverá reembolso quando a Seguradora identificar que houve o envio de mais de um recibo ou nota fiscal relacionado ao mesmo atendimento, com valores diferentes do que efetivamente foram pagos por cada procedimento, na medida em que se constitui crime previsto no art. 304 do Código Penal Brasileiro.

3.5 Tabela SulAmérica Saúde

A Tabela SulAmérica Saúde Direto contempla as **terapias não médicas,** e a relação dos códigos reembolsáveis estão relacionados nesta tabela.

3.5.1 A Tabela SulAmérica Saúde Direto está devidamente registrada no Cartório do 10º Oficial de Registro de Títulos e Documentos da Capital - SP, e disponível a todos os Segurados na sede do Estipulante, e no website sulamerica.com.br/saudeonline para realização download.

3.6 Para o cálculo de reembolso serão necessários os dados descritos a seguir:

3.6.1 Unidade de Serviço (US): É o quantitativo definido para **cada terapia não médica**, que está **contemplada** na Tabela SulAmérica Saúde Direto. A quantidade de Unidade de Serviço - US poderá ser alterada, visando mantê-la compatível com os valores praticados no mercado.

3.6.2 Múltiplos de Reembolso - São os coeficientes a serem aplicados sobre a quantidade de US apresentada na Tabela SulAmérica Saúde Direto e estão demonstrados na cláusula 3.8 - Múltiplo de Reembolso.

3.6.3 Unidade de Serviço de Reembolso (USR) - É o coeficiente expresso em moeda corrente nacional, definido no momento da contratação do seguro. O valor inicial da USR é de R$ 0,50 (cinquenta centavos), o qual também está expresso na Proposta de Seguro.

3.6.3.1 O valor da USR de reembolso poderá, eventualmente, ser reajustado mediante livre negociação entre a Operadora e a Contratante, em periodicidade não inferior a 12 meses, respeitando sempre o previsto na Resolução CONSU nº 8, alterada pela Resolução CONSU nº 15, que determina que o valor do reembolso não será inferior ao praticado na rede referenciada.

3.6.3.2 O reajuste do valor da USR deverá considerar, exclusivamente, a variação dos custos médicos e hospitalares dos procedimentos cobertos pelo presente contrato, não estando de qualquer forma vinculado ao índice de reajuste financeiro ou técnico do contrato.

3.7 O valor do reembolso será efetuado em moeda corrente nacional e calculado conforme fórmula abaixo:

VR = Quantidade de US* x Múltiplo de Reembolso x Valor da USR**

* Prevista na Tabela SulAmérica Saúde Direto para o procedimento realizado
** Vigente na data de atendimento médico e/ou hospitalar

3.8 Múltiplo de Reembolso

Terapia não Médica	Múltiplo de Reembolso
Fisioterapia	1,10
Nutrição	1,10
Psicoterapia	1,10
Fonoaudiologia	1,10
Terapia Ocupacional	1,10
Acupuntura	1,10

3.9 O valor correspondente à coparticipação previsto na cobertura do seguro será deduzido do valor a ser reembolsado ao Segurado Titular.

3.10 O reembolso será efetuado diretamente ao Segurado Titular, em até 30 (trinta) dias contados a partir da data do recebimento da solicitação do reembolso acompanhada de todos os documentos específicos para cada procedimento.

3.11 A Seguradora manterá em seu poder somente a guarda dos recibos e notas fiscais originais referentes às despesas ressarcidas total ou parcialmente, quando recebidos fisicamente em suas vias originais.

3.11.1 Será de responsabilidade do Segurado guardar os recibos e notas fiscais originais relacionados ao procedimento, quando a solicitação de reembolso for enviada à Seguradora de forma eletrônica, por no mínimo 05 (cinco) anos.

3.11.2 O Segurado deverá enviar a Seguradora os documentos originais, sempre que solicitado em até 05 (cinco) dias úteis, contados da data da solicitação, sob pena de seu processo de reembolso não ter a análise concluída ou, caso já tenha sido concluída e paga, ter o Segurado a obrigação de devolver o valor à Seguradora.

3.12 O valor reembolsado não será, sob nenhuma hipótese, superior ao valor efetivamente pago pelo segurado pelas respectivas despesas.

3.13 É facultado ao Segurado Titular solicitar a revisão dos valores de reembolso em até 180 (cento e oitenta) dias de seu efetivo pagamento pela Seguradora.

3.14 O prazo máximo para a apresentação dos pedidos de reembolso será de 1 (um) ano a contar da data da realização dos eventos cobertos.

4. Rede Referenciada

A Rede Referenciada está definida de acordo com o plano Direto CWB STc na acomodação quarto coletivo com localização restrita aos municípios descritos na área de atuação no item 1 acima.

4.1 A rede referenciada está disponibilizada por especialidade médica.

4.2 Os atendimentos ambulatoriais realizados nas clínicas especializadas e que necessitem de avaliação cirúrgica serão direcionados para a equipe clínica do Hospital Referenciado para a especialidade que dará continuidade ao tratamento.

4.2.1 Os casos de internação clínica serão direcionados para a equipe clínica do Hospital Referenciado para a especialidade, a qual dará continuidade ao tratamento.

5. Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa Etária

5.1 Os prêmios serão readequados quando os Segurados mudarem de faixa etária, conforme percentuais indicados abaixo na Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa.

Faixa Etária	Percentuais
0 a 18 anos	0,00%
19 a 23 anos	25,00%
24 a 28 anos	24,00%
29 a 33 anos	11,00%
34 a 38 anos	7,00%
39 a 43 anos	16,00%
44 a 48 anos	19,54%
49 a 53 anos	17,20%
54 a 58 anos	19,05%
59 anos ou +	68,45%

6. Benefícios Adicionais

Serão disponibilizados aos segurados do SulAmérica Saúde plano Direto CWB STs, os benefícios adicionais a seguir, os quais estão descritos no Caderno de Benefícios Adicionais.

6.1 Orientação Médica Telefônica - Consiste exclusivamente no item 1 "a" do Caderno de Benefícios Adicionais, conforme transcrito abaixo, não abrangendo em hipótese alguma o atendimento domiciliar e remoção deste benefício.

a) Profissionais da área da saúde à disposição do segurado 24 (vinte e quatro) horas por dia, para orientação ao segurado por telefone sobre a melhor providência a ser tomada em situações de urgência e emergência, esclarecimento de dúvidas sobre dosagens de medicamentos, interpretação de exames, orientação sobre a especialidade médica a ser consultada de acordo com a necessidade do segurado, entre outros.

6.2 Atendimento de Urgência e Emergência fora da Região de Abrangência Geográfica do Plano Contratado - item 8 do Caderno de Benefícios Adicionais

7. Coparticipação

7.1 A coparticipação ocorre quando o Segurado realiza consultas, atendimento em pronto socorro, exames complementares e terapias, conforme descrito na Tabela de Coparticipação PME disponível no site www.sulamerica.com.br. A relação dos procedimentos constantes na Tabela de Coparticipação podem sofrer alteração.

7.2 A coparticipação será calculada de acordo com o percentual de 30% (trinta por cento) sobre o valor pago à rede, ou sobre o reembolso. Em qualquer dos casos, a coparticipação será limitada ao valor máximo pré-definido, conforme disposto na tabela abaixo.

7.3 Tabela de valor máximo pré-definido de Coparticipação:

Classificação dos procedimentos	Direto CTW STc
Atendimento em Pronto Socorro	R$ 42,00
Consulta Eletiva	R$ 21,00
Exames Complementares - A	R$ 17,00
Exames Complementares - B	R$ 80,00
Terapias não Médicas	R$ 13,00

7.3.1 Os valores máximos pré definidos em reais poderão ser reajustados a cada aniversário do contrato, na forma prevista na cláusula 27.1.3. O percentual a ser aplicado será o resultado do IVCMH (índice de Variação de Custos Médicos Hospitalares).

7.4 Os valores referentes à coparticipação dos segurados na rede referenciada serão pagos à Seguradora e cobrados do Estipulante na mesma fatura do **Prêmio Mensal.**

7.5 Quando houver solicitação de reembolso nas situações previstas neste contrato, o valor de coparticipação dos segurados será descontado do valor a ser reembolsado ao Segurado Titular.

7.6 A coparticipação não é considerada como contribuição para os fins previstos nos artigos 30 e 31 da lei n.º 9.656/98.

7.7 O Estipulante será responsável pelo pagamento da coparticipação dos atendimentos realizados na vigência do seguro, independente do cancelamento do contrato e/ou desligamento do Segurado.

8. Permanecem válidas as demais condições estabelecidas nas Condições Gerais.

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Direto CWB STc Apartamento com Coparticipação

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

Este documento é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde, firmado com o Estipulante indicado na proposta de seguro por ocasião da contratação e ratifica as características essenciais do plano contratado.

1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS: Direto CWB STc Empresarial/PME Trad.15 AHO QP COP

Acomodação Hospitalar: Apartamento

Número do Registro na ANS: 484363191

Abrangência Geográfica: Grupo de Municípios

Área de Atuação: Almirante Tamandaré, Araucária, Colombo, Curitiba, Fazenda Rio Grande, Pinhais e São José dos Pinhais.

2. Tutela da Saúde

A tutela da saúde dos Segurados é parte integrante e indissociável do plano Direto CWB STc, composto pela gestão de cuidado médico aderente às necessidades dos Segurados, observados os termos do Rol de Procedimentos e Eventos de Saúde, editado pela ANS, vigente à época do evento, conectando os profissionais de saúde envolvidos na gestão do plano, em ações de promoção e acompanhamento de saúde e bem estar dos Segurados, com o objetivo de facilitar, aprimorar e tornar mais resolutiva a assistência à saúde. Para isso, os DADOS PESSOAIS SENSÍVEIS dos Segurados são centralizados em uma plataforma digital administrada pela Seguradora e compartilhada com os profissionais de saúde vinculados ao plano e/ou à estipulante, como parte integrante da execução do contrato de seguro saúde, valendo a aceitação deste Contrato como concordância com a finalidade prevista nesta cláusula.

3. Reembolso

Exclusivo em Terapias não Médicas. Terapias não Médicas são aquelas realizadas por profissionais que não sejam Médicos, desde que registrados em seus respectivos conselhos (CRP, CRFa, CRN, CREFITO).

3.1 O Segurado Titular e seus Dependentes poderão solicitar o reembolso EXCLUSIVAMENTE das terapias não médicas relacionadas na cláusula 3.1.1, solicitadas pelo médico assistente nos limites previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, comprovadamente pagas, desde que realizadas dentro da área geográfica de abrangência e área de atuação do plano.

3.1.1 Terapias Reembolsáveis não Médicas

a) Fisioterapia;

b) Nutrição;

c) Psicoterapia;

d) Fonoaudiologia;

e) Terapia Ocupacional.

f) Acupuntura

3.1.2 As terapias acima só serão cobertas se solicitadas ao Segurado por Profissional Médico registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM.

3.2 Documentação para solicitação de reembolso

3.2.1 Fisioterapia e Acupuntura.

Enviar Relatório Médico, datado**, contendo** nome completo do paciente, diagnóstico, tempo de existência da doença e quadro clínico atual do paciente, descrição e justificativa para a terapia indicada, planejamento terapêutico (quantidade de sessões programadas e período de tempo), assinatura do profissional que realizou a terapia e laudo do exame de Imagem realizado relacionado à patologia, se houver e,

a) nota Fiscal original contendo razão social e CNPJ do estabelecimento, nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do Prestador de Serviço, CPF e CREFITO e assinatura do profissional que realizou a terapia, ou

b) recibo original, em formulário próprio do prestador de serviço contendo nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do prestador de serviço, CPF e CREFITO e assinatura do profissional que realizou a terapia.

3.2.2 Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Psicoterapia e Nutrição

Enviar relatório médico, datado, com indicação para o tratamento com o terapeuta, contendo nome completo do paciente, diagnóstico e quadro clínico atual do paciente, descrição e justificativa para a terapia indicada e,

a) enviar nota fiscal original contendo razão social e CNPJ do estabelecimento, nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do

prestador de serviço, CPF e número de inscrição no respectivo conselho regional, CRP, CRFa, CRN e assinatura do profissional que realizou a terapia; ou

b) enviar recibo original em formulário próprio do prestador de serviço contendo nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do prestador de serviço, CPF e número de inscrição no respectivo conselho regional, CRP, CRFa, CRN e assinatura do profissional que realizou a terapia.

3.3 O reembolso das **terapias não médicas** descritas na cláusula **3.1.1** eventualmente apresentadas pelo Segurado será realizado desde que possua cobertura e desde que o prestador utilizado pelo Segurado esteja devidamente registrado nos órgãos governamentais e de classe para a prestação dos serviços realizados.

3.4 Os valores a serem reembolsados não têm qualquer vínculo com os preços negociados pelo Segurado diretamente com **os profissionais ou clínicas** não pertencentes à rede referenciada, não havendo obrigatoriedade contratual de reembolso integral.

3.4.1. Não haverá reembolso quando a Seguradora identificar que houve o envio de mais de um recibo ou nota fiscal relacionado ao mesmo atendimento, com valores diferentes do que efetivamente foram pagos por cada procedimento, na medida em que se constitui crime previsto no art. 304 do Código Penal Brasileiro.

3.5 Tabela SulAmérica Saúde

A Tabela SulAmérica Saúde Direto contempla as **terapias não médicas,** e a relação dos códigos reembolsáveis estão relacionados nesta tabela.

3.5.1 A Tabela SulAmérica Saúde Direto está devidamente registrada no Cartório do 10º Oficial de Registro de Títulos e Documentos da Capital - SP, e disponível a todos os Segurados na sede do Estipulante, e no website sulamerica.com.br/saudeonline para realização download.

3.6 Para o cálculo de reembolso serão necessários os dados descritos a seguir:

3.6.1 Unidade de Serviço (US): É o quantitativo definido para **cada terapia não médica**, que está **contemplada** na Tabela SulAmérica Saúde Direto. A quantidade de Unidade de Serviço - US poderá ser alterada, visando mantê-la compatível com os valores praticados no mercado.

3.6.2 Múltiplos de Reembolso - São os coeficientes a serem aplicados sobre a quantidade de US apresentada na Tabela SulAmérica Saúde Direto e estão demonstrados na cláusula 2.8 - Múltiplo de Reembolso.

3.6.3 Unidade de Serviço de Reembolso (USR) - É o coeficiente expresso em moeda corrente nacional, definido no momento da contratação do seguro.

O valor inicial da USR é de R$ 0,50 (cinquenta centavos), o qual também está expresso na Proposta de Seguro.

3.6.3.1 O valor da USR de reembolso poderá, eventualmente, ser reajustado mediante livre negociação entre a Operadora e a Contratante, em periodicidade não inferior a 12 meses, respeitando sempre o previsto na Resolução CONSU nº 8, alterada pela Resolução CONSU nº 15, que determina que o valor do reembolso não será inferior ao praticado na rede referenciada.

3.6.3.2 O reajuste do valor da USR deverá considerar, exclusivamente, a variação dos custos médicos e hospitalares dos procedimentos cobertos pelo presente contrato, não estando de qualquer forma vinculado ao índice de reajuste financeiro ou técnico do contrato.

3.7 O valor do reembolso será efetuado em moeda corrente nacional e calculado conforme fórmula abaixo:

VR = Quantidade de US* x Múltiplo de Reembolso x Valor da USR**

* Prevista na Tabela SulAmérica Saúde Direto para o procedimento realizado
** Vigente na data de atendimento médico e/ou hospitalar

3.8 Múltiplo de Reembolso

Terapia não Médica	Múltiplo de Reembolso
Fisioterapia	1,10
Nutrição	1,10
Psicoterapia	1,10
Fonoaudiologia	1,10
Terapia Ocupacional	1,10
Acupuntura	1,10

3.9 O valor correspondente à coparticipação previsto na cobertura do seguro será deduzido do valor a ser reembolsado ao Segurado Titular.

3.10 O reembolso será efetuado diretamente ao Segurado Titular, em até 30 (trinta) dias contados a partir da data do recebimento da solicitação do reembolso acompanhada de todos os documentos específicos para cada procedimento.

3.11 A Seguradora manterá em seu poder somente a guarda dos recibos e notas fiscais originais referentes às despesas ressarcidas total ou parcialmente, quando recebidos fisicamente em suas vias originais.

3.11.1 Será de responsabilidade do Segurado guardar os recibos e notas fiscais originais relacionados ao procedimento, quando a solicitação de reembolso for enviada à Seguradora de forma eletrônica, por no mínimo 05 (cinco) anos.

3.11.2 O Segurado deverá enviar a Seguradora os documentos originais, sempre que solicitado em até 05 (cinco) dias úteis, contados da data da solicitação, sob pena de seu processo de reembolso não ter a análise concluída ou, caso já tenha sido concluída e paga, ter o Segurado a obrigação de devolver o valor à Seguradora.

3.12 O valor reembolsado não será, sob nenhuma hipótese, superior ao valor efetivamente pago pelo segurado pelas respectivas despesas.

3.13 É facultado ao Segurado Titular solicitar a revisão dos valores de reembolso em até 180 (cento e oitenta) dias de seu efetivo pagamento pela Seguradora.

3.14 O prazo máximo para a apresentação dos pedidos de reembolso será de 1 (um) ano a contar da data da realização dos eventos cobertos.

4. Rede Referenciada

A Rede Referenciada está definida de acordo com o plano Direto CWB STc na acomodação apartamento com localização restrita aos municípios descritos na área de atuação no item 1 acima.

4.1 A rede referenciada está disponibilizada por especialidade médica.

4.2 Os atendimentos ambulatoriais realizados nas clínicas especializadas e que necessitem de avaliação cirúrgica serão direcionados para a equipe clínica do Hospital Referenciado para a especialidade que dará continuidade ao tratamento.

4.2.1 Os casos de internação clínica serão direcionados para a equipe clínica do Hospital Referenciado para a especialidade, a qual dará continuidade ao tratamento.

5. Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa Etária

5.1 Os prêmios serão readequados quando os Segurados mudarem de faixa etária, conforme percentuais indicados abaixo na Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa.

Faixa Etária	Percentuais
0 a 18 anos	0,00%
19 a 23 anos	25,00%
24 a 28 anos	24,00%
29 a 33 anos	11,00%
34 a 38 anos	7,00%
39 a 43 anos	16,00%
44 a 48 anos	19,54%
49 a 53 anos	17,20%
54 a 58 anos	19,05%
59 anos ou +	68,45%

6. Benefícios Adicionais

Serão disponibilizados aos segurados do SulAmérica Saúde plano Direto CWB STs, os benefícios adicionais a seguir, os quais estão descritos no Caderno de Benefícios Adicionais

6.1 Orientação Médica Telefônica - Consiste exclusivamente no item 1 “a” do Caderno de Benefícios Adicionais, conforme transcrito abaixo, não abrangendo em hipótese alguma o atendimento domiciliar e remoção deste benefício.

a) Profissionais da área da saúde à disposição do segurado 24 (vinte e quatro) horas por dia, para orientação ao segurado por telefone sobre a melhor providência a ser tomada em situações de urgência e emergência, esclarecimento de dúvidas sobre dosagens de medicamentos, interpretação de exames, orientação sobre a especialidade médica a ser consultada de acordo com a necessidade do segurado, entre outros.

6.2 Atendimento de Urgência e Emergência fora da Região de Abrangência Geográfica do Plano Contratado - item 8 do Caderno de Benefícios Adicionais

7. Coparticipação

7.1 A coparticipação ocorre quando o Segurado realiza consultas, atendimento em pronto socorro, exames complementares e terapias, conforme descrito na Tabela de Coparticipação PME disponível no site www.sulamerica.com.br. A relação dos procedimentos constantes na Tabela de Coparticipação podem sofrer alteração.

7.2 A coparticipação será calculada de acordo com o percentual de 30% (trinta por cento) sobre o valor pago à rede, ou sobre o reembolso. Em qualquer dos casos, a coparticipação será limitada ao valor máximo pré-definido, conforme disposto na tabela abaixo.

7.3 Tabela de valor máximo pré-definido de Coparticipação:

Classificação dos procedimentos	Direto CTW STc
Atendimento em Pronto Socorro	R$ 42,00
Consulta Eletiva	R$ 21,00
Exames Complementares - A	R$ 17,00
Exames Complementares - B	R$ 80,00
Terapias não Médicas	R$ 13,00

7.3.1 Os valores máximos pré definidos em reais poderão ser reajustados a cada aniversário do contrato, na forma prevista na cláusula 27.1.3. O percentual a ser aplicado será o resultado do IVCMH (índice de Variação de Custos Médicos Hospitalares).

7.4 Os valores referentes à coparticipação dos segurados na rede referenciada serão pagos à Seguradora e cobrados do Estipulante na mesma fatura do **Prêmio Mensal.**

7.5 Quando houver solicitação de reembolso nas situações previstas neste contrato, o valor de coparticipação dos segurados será descontado do valor a ser reembolsado ao Segurado Titular.

7.6 A coparticipação não é considerada como contribuição para os fins previstos nos artigos 30 e 31 da lei n.º 9.656/98.

7.7 O Estipulante será responsável pelo pagamento da coparticipação dos atendimentos realizados na vigência do seguro, independente do cancelamento do contrato e/ou desligamento do Segurado.

8. Permanecem válidas as demais condições estabelecidas nas Condições Gerais.

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Direto JP NSn Quarto Coletivo com Coparticipação

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

Este documento é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde, firmado com o Estipulante indicado na proposta de seguro por ocasião da contratação e ratifica as características essenciais do plano contratado.

1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS: Direto JP NSn Empresarial Trad.15 AHO QC COP

Acomodação Hospitalar: Quarto Coletivo

Número do Registro na ANS: 486323202

Abrangência Geográfica: Grupo de Municípios

Área de Atuação: João Pessoa, Bayeux, Cabedelo e Santa Rita

2. Tutela da Saúde

A tutela da saúde dos Segurados é parte integrante e indissociável do plano Direto JP NSn composto pela gestão de cuidado médico aderente às necessidades dos Segurados, observados os termos do Rol de Procedimentos e Eventos de Saúde, editado pela ANS, vigente à época do evento, conectando os profissionais de saúde envolvidos na gestão do plano, em ações de promoção e acompanhamento de saúde e bem estar dos Segurados, com o objetivo de facilitar, aprimorar e tornar mais resolutiva a assistência à saúde. Para isso, os DADOS PESSOAIS SENSÍVEIS dos Segurados são centralizados em uma plataforma digital administrada pela Seguradora e compartilhada com os profissionais de saúde vinculados ao plano e/ou à estipulante, como parte integrante da execução do contrato de seguro saúde, valendo a aceitação deste Contrato como concordância com a finalidade prevista nesta cláusula.

3. Reembolso

Exclusivo em Terapias não Médicas. Terapias não Médicas são aquelas realizadas por profissionais que não sejam Médicos, desde que registrados em seus respectivos conselhos (CRP, CRFa, CRN, CREFITO).

3.1 O Segurado Titular e seus Dependentes poderão solicitar o reembolso EXCLUSIVAMENTE das terapias não médicas relacionadas na cláusula 3.1.1, solicitadas pelo médico assistente nos limites previstos no Rol de

Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, comprovadamente pagas, desde que realizadas dentro da área geográfica de abrangência e área de atuação do plano.

3.1.1 Terapias Reembolsáveis não Médicas

a) Fisioterapia;
b) Nutrição;
c) Psicoterapia;
d) Fonoaudiologia;
e) Terapia Ocupacional.
f) Acupuntura

3.1.2 As terapias acima só serão cobertas se solicitadas ao Segurado por Profissional Médico registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM.

3.2 Documentação para solicitação de reembolso

3.2.1 Fisioterapia e Acupuntura.

Enviar Relatório Médico, datado**, contendo** nome completo do paciente, diagnóstico, tempo de existência da doença e quadro clínico atual do paciente, descrição e justificativa para a terapia indicada, planejamento terapêutico (quantidade de sessões programadas e período de tempo), assinatura do profissional que realizou a terapia e laudo do exame de Imagem realizado relacionado à patologia, se houver e,

a) nota Fiscal original contendo razão social e CNPJ do estabelecimento, nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do Prestador de Serviço, CPF e CREFITO e assinatura do profissional que realizou a terapia, ou

b) recibo original, em formulário próprio do prestador de serviço contendo nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do prestador de serviço, CPF e CREFITO e assinatura do profissional que realizou a terapia.

3.2.2 Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Psicoterapia e Nutrição

Enviar relatório médico, datado, com indicação para o tratamento com o terapeuta, contendo nome completo do paciente, diagnóstico e quadro clínico atual do paciente, descrição e justificativa para a terapia indicada e,

a) enviar nota fiscal original contendo razão social e CNPJ do estabelecimento, nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do prestador de serviço, CPF e número de inscrição no respectivo conselho regional, CRP, CRFa, CRN e assinatura do profissional que realizou a terapia; ou

b) enviar recibo original em formulário próprio do prestador de serviço contendo nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do prestador de serviço, CPF e número de inscrição no respectivo conselho regional, CRP, CRFa, CRN e assinatura do profissional que realizou a terapia.

3.3 O reembolso das **terapias não médicas** descritas na cláusula **3.1.1** eventualmente apresentadas pelo Segurado será realizado desde que possua cobertura e desde que o prestador utilizado pelo Segurado esteja devidamente registrado nos órgãos governamentais e de classe para a prestação dos serviços realizados.

3.4 Os valores a serem reembolsados não têm qualquer vínculo com os preços negociados pelo Segurado diretamente com **os profissionais ou clínicas** não pertencentes à rede referenciada, não havendo obrigatoriedade contratual de reembolso integral.

3.4.1. Não haverá reembolso quando a Seguradora identificar que houve o envio de mais de um recibo ou nota fiscal relacionado ao mesmo atendimento, com valores diferentes do que efetivamente foram pagos por cada procedimento, na medida em que se constitui crime previsto no art. 304 do Código Penal Brasileiro.

3.5 Tabela SulAmérica Saúde

A Tabela SulAmérica Saúde Direto contempla as **terapias não médicas,** e a relação dos códigos reembolsáveis estão relacionados nesta tabela.

3.5.1 A Tabela SulAmérica Saúde Direto está devidamente registrada no Cartório do 10º Oficial de Registro de Títulos e Documentos da Capital - SP, e disponível a todos os Segurados na sede do Estipulante, e no website sulamerica.com.br/saudeonline para realização download.

3.6 Para o cálculo de reembolso serão necessários os dados descritos a seguir:

3.6.1 Unidade de Serviço (US): É o quantitativo definido para **cada terapia não médica**, que está **contemplada** na Tabela SulAmérica Saúde Direto. A quantidade de Unidade de Serviço - US poderá ser alterada, visando mantê-la compatível com os valores praticados no mercado.

3.6.2 Múltiplos de Reembolso - São os coeficientes a serem aplicados sobre a quantidade de US apresentada na Tabela SulAmérica Saúde Direto e estão demonstrados na cláusula 3.8 - Múltiplo de Reembolso.

3.6.3 Unidade de Serviço de Reembolso (USR) - É o coeficiente expresso em moeda corrente nacional, definido no momento da contratação do seguro. O valor inicial da USR é de R$ 0,50 (cinquenta centavos), o qual também está expresso na Proposta de Seguro.

3.6.3.1 O valor da USR de reembolso poderá, eventualmente, ser reajustado mediante livre negociação entre a Operadora e a Contratante, em periodicidade não inferior a 12 meses,

respeitando sempre o previsto na Resolução CONSU nº 8, alterada pela Resolução CONSU nº 15, que determina que o valor do reembolso não será inferior ao praticado na rede referenciada.

3.6.3.2 O reajuste do valor da USR deverá considerar, exclusivamente, a variação dos custos médicos e hospitalares dos procedimentos cobertos pelo presente contrato, não estando de qualquer forma vinculado ao índice de reajuste financeiro ou técnico do contrato.

3.7 O valor do reembolso será efetuado em moeda corrente nacional e calculado conforme fórmula abaixo:

VR = Quantidade de US* x Múltiplo de Reembolso x Valor da USR**

* Prevista na Tabela SulAmérica Saúde Direto para o procedimento realizado
** Vigente na data de atendimento médico e/ou hospitalar

3.8 Múltiplo de Reembolso

Terapia não Médica	Múltiplo de Reembolso
Fisioterapia	1,10
Nutrição	1,10
Psicoterapia	1,10
Fonoaudiologia	1,10
Terapia Ocupacional	1,10
Acupuntura	1,10

3.9 O valor correspondente à coparticipação previsto na cobertura do seguro será deduzido do valor a ser reembolsado ao Segurado Titular.

3.10 O reembolso será efetuado diretamente ao Segurado Titular, em até 30 (trinta) dias contados a partir da data do recebimento da solicitação do reembolso acompanhada de todos os documentos específicos para cada procedimento.

3.11 A Seguradora manterá em seu poder somente a guarda dos recibos e notas fiscais originais referentes às despesas ressarcidas total ou parcialmente, quando recebidos fisicamente em suas vias originais.

3.11.1 Será de responsabilidade do Segurado guardar os recibos e notas fiscais originais relacionados ao procedimento, quando a solicitação de reembolso for enviada à Seguradora de forma eletrônica, por no mínimo 05 (cinco) anos.

3.11.2 O Segurado deverá enviar a Seguradora os documentos originais, sempre que solicitado em até 05 (cinco) dias úteis, contados da data da solicitação, sob pena de seu processo de reembolso não ter a análise concluída ou, caso já tenha sido concluída e paga, ter o Segurado a obrigação de devolver o valor à Seguradora.

3.12 O valor reembolsado não será, sob nenhuma hipótese, superior ao valor efetivamente pago pelo segurado pelas respectivas despesas.

3.13 É facultado ao Segurado Titular solicitar a revisão dos valores de reembolso em até 180 (cento e oitenta) dias de seu efetivo pagamento pela Seguradora.

3.14 O prazo máximo para a apresentação dos pedidos de reembolso será de 1 (um) ano a contar da data da realização dos eventos cobertos.

4. Rede Referenciada

A Rede Referenciada está definida de acordo com o plano Direto JP NSn na acomodação quarto coletivo com localização restrita aos municípios descritos na área de atuação no item 1 acima.

4.1 A rede referenciada está disponibilizada por especialidade médica.

4.2 Os atendimentos ambulatoriais realizados nas clínicas especializadas e que necessitem de avaliação cirúrgica serão direcionados para a equipe clínica do Hospital Referenciado para a especialidade que dará continuidade ao tratamento.

4.2.1 Os casos de internação clínica serão direcionados para a equipe clínica do Hospital Referenciado para a especialidade, a qual dará continuidade ao tratamento.

5. Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa Etária

5.1 Os prêmios serão readequados quando os Segurados mudarem de faixa etária, conforme percentuais indicados abaixo na Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa.

Faixa Etária	Percentuais
0 a 18 anos	0,00%
19 a 23 anos	25,00%
24 a 28 anos	24,00%
29 a 33 anos	11,00%
34 a 38 anos	7,00%
39 a 43 anos	16,00%
44 a 48 anos	19,54%
49 a 53 anos	17,20%
54 a 58 anos	19,05%
59 anos ou +	68,45%

6. Benefícios Adicionais

Serão disponibilizados aos segurados do SulAmérica Saúde plano Direto JP NSn, os benefícios adicionais a seguir, os quais estão descritos no Caderno de Benefícios Adicionais.

6.1 **Orientação Médica Telefônica** - Consiste exclusivamente no item 1 “a” do Caderno de Benefícios Adicionais, conforme transcrito abaixo, não abrangendo em hipótese alguma o atendimento domiciliar e remoção deste benefício.

a) Profissionais da área da saúde à disposição do segurado 24 (vinte e quatro) horas por dia, para orientação ao segurado por telefone sobre a melhor providência a ser tomada em situações de urgência e emergência, esclarecimento de dúvidas sobre dosagens de medicamentos, interpretação de exames, orientação sobre a especialidade médica a ser consultada de acordo com a necessidade do segurado, entre outros.

6.2 **Atendimento de Urgência e Emergência fora da Região de Abrangência Geográfica do Plano Contratado -** item 8 do Caderno de Benefícios Adicionais

7. Coparticipação

7.1 A coparticipação ocorre quando o Segurado realiza consultas, atendimento em pronto socorro, exames complementares e terapias, conforme descrito na Tabela de Coparticipação PME disponível no site www.sulamerica.com.br. A relação dos procedimentos constantes na Tabela de Coparticipação podem sofrer alteração.

7.2 A coparticipação será calculada de acordo com o percentual de 30% (trinta por cento) sobre o valor pago à rede, ou sobre o reembolso. Em qualquer dos casos, a coparticipação será limitada ao valor máximo pré-definido, conforme disposto na tabela abaixo.

7.3 Tabela de valor máximo pré-definido de Coparticipação:

Classificação dos procedimentos	Direto JP NSn
Atendimento em Pronto Socorro	R$ 42,00
Consulta Eletiva	R$ 21,00
Exames Complementares - A	R$ 17,00
Exames Complementares - B	R$ 80,00
Terapias não Médicas	R$ 13,00

7.3.1 Os valores máximos pré definidos em reais poderão ser reajustados a cada aniversário do contrato, na forma prevista na cláusula 27.1.3. O percentual a ser aplicado será o resultado do IVCMH (índice de Variação de Custos Médicos Hospitalares).

7.4 Os valores referentes à coparticipação dos segurados na rede referenciada serão pagos à Seguradora e cobrados do Estipulante na mesma fatura do **Prêmio Mensal.**

7.5 Quando houver solicitação de reembolso nas situações previstas neste contrato, o valor de coparticipação dos segurados será descontado do valor a ser reembolsado ao Segurado Titular.

7.6 A coparticipação não é considerada como contribuição para os fins previstos nos artigos 30 e 31 da lei n.º 9.656/98.

7.7 O Estipulante será responsável pelo pagamento da coparticipação dos atendimentos realizados na vigência do seguro, independente do cancelamento do contrato e/ou desligamento do Segurado.

8. Permanecem válidas as demais condições estabelecidas nas Condições Gerais.

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Direto JP NSn Apartamento com Coparticipação

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

Este documento é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde, firmado com o Estipulante indicado na proposta de seguro por ocasião da contratação e ratifica as características essenciais do plano contratado.

1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS: Direto JP NSn Empresarial Trad.15 AHO QP COP

Acomodação Hospitalar: Apartamento

Número do Registro na ANS: 486322204

Abrangência Geográfica: Grupo de Municípios

Área de Atuação: João Pessoa, Bayeux, Cabedelo e Santa Rita

2. Tutela da Saúde

A tutela da saúde dos Segurados é parte integrante e indissociável do plano Direto JP NSn, composto pela gestão de cuidado médico aderente às necessidades dos Segurados, observados os termos do Rol de Procedimentos e Eventos de Saúde, editado pela ANS, vigente à época do evento, conectando os profissionais de saúde envolvidos na gestão do plano, em ações de promoção e acompanhamento de saúde e bem estar dos Segurados, com o objetivo de facilitar, aprimorar e tornar mais resolutiva a assistência à saúde. Para isso, os DADOS PESSOAIS SENSÍVEIS dos Segurados são centralizados em uma plataforma digital administrada pela Seguradora e compartilhada com os profissionais de saúde vinculados ao plano e/ou à estipulante, como parte integrante da execução do contrato de seguro saúde, valendo a aceitação deste Contrato como concordância com a finalidade prevista nesta cláusula.

3. Reembolso

Exclusivo em Terapias não Médicas. Terapias não Médicas são aquelas realizadas por profissionais que não sejam Médicos, desde que registrados em seus respectivos conselhos (CRP, CRFa, CRN, CREFITO).

3.1 O Segurado Titular e seus Dependentes poderão solicitar o reembolso EXCLUSIVAMENTE das terapias não médicas relacionadas na cláusula 3.1.1, solicitadas pelo médico assistente nos limites previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento,

comprovadamente pagas, desde que realizadas dentro da área geográfica de abrangência e área de atuação do plano.

3.1.1 Terapias Reembolsáveis não Médicas

a) Fisioterapia;
b) Nutrição;
c) Psicoterapia;
d) Fonoaudiologia;
e) Terapia Ocupacional.
f) Acupuntura

3.1.2 As terapias acima só serão cobertas se solicitadas ao Segurado por Profissional Médico registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM.

3.2 Documentação para solicitação de reembolso

3.2.1 Fisioterapia e Acupuntura.

Enviar Relatório Médico, datado**, contendo** nome completo do paciente, diagnóstico, tempo de existência da doença e quadro clínico atual do paciente, descrição e justificativa para a terapia indicada, planejamento terapêutico (quantidade de sessões programadas e período de tempo), assinatura do profissional que realizou a terapia e laudo do exame de Imagem realizado relacionado à patologia, se houver e,

a) nota Fiscal original contendo razão social e CNPJ do estabelecimento, nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do Prestador de Serviço, CPF e CREFITO e assinatura do profissional que realizou a terapia, ou

b) recibo original, em formulário próprio do prestador de serviço contendo nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do prestador de serviço, CPF e CREFITO e assinatura do profissional que realizou a terapia.

3.2.2 Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Psicoterapia e Nutrição

Enviar relatório médico, datado, com indicação para o tratamento com o terapeuta, contendo nome completo do paciente, diagnóstico e quadro clínico atual do paciente, descrição e justificativa para a terapia indicada e,

a) enviar nota fiscal original contendo razão social e CNPJ do estabelecimento, nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do prestador de serviço, CPF e número de inscrição no respectivo conselho regional, CRP, CRFa, CRN e assinatura do profissional que realizou a terapia; ou

b) enviar recibo original em formulário próprio do prestador de serviço contendo nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do prestador de serviço, CPF e número de inscrição no respectivo conselho regional, CRP, CRFa, CRN e assinatura do profissional que realizou a terapia.

3.3 O reembolso das **terapias não médicas** descritas na cláusula **3.1.1** eventualmente apresentadas pelo Segurado será realizado desde que possua cobertura e desde que o prestador utilizado pelo Segurado esteja devidamente registrado nos órgãos governamentais e de classe para a prestação dos serviços realizados.

3.4 Os valores a serem reembolsados não têm qualquer vínculo com os preços negociados pelo Segurado diretamente com **os profissionais ou clínicas** não pertencentes à rede referenciada, não havendo obrigatoriedade contratual de reembolso integral.

3.4.1. Não haverá reembolso quando a Seguradora identificar que houve o envio de mais de um recibo ou nota fiscal relacionado ao mesmo atendimento, com valores diferentes do que efetivamente foram pagos por cada procedimento, na medida em que se constitui crime previsto no art. 304 do Código Penal Brasileiro.

3.5 Tabela SulAmérica Saúde

A Tabela SulAmérica Saúde Direto contempla as **terapias não médicas,** e a relação dos códigos reembolsáveis estão relacionados nesta tabela.

3.5.1 A Tabela SulAmérica Saúde Direto está devidamente registrada no Cartório do 10º Oficial de Registro de Títulos e Documentos da Capital - SP, e disponível a todos os Segurados na sede do Estipulante, e no website sulamerica.com.br/saudeonline para realização download.

3.6 Para o cálculo de reembolso serão necessários os dados descritos a seguir:

3.6.1 Unidade de Serviço (US): É o quantitativo definido para **cada terapia não médica**, que está **contemplada** na Tabela SulAmérica Saúde Direto. A quantidade de Unidade de Serviço - US poderá ser alterada, visando mantê-la compatível com os valores praticados no mercado.

3.6.2 Múltiplos de Reembolso - São os coeficientes a serem aplicados sobre a quantidade de US apresentada na Tabela SulAmérica Saúde Direto e estão demonstrados na cláusula 2.8 - Múltiplo de Reembolso.

3.6.3 Unidade de Serviço de Reembolso (USR) - É o coeficiente expresso em moeda corrente nacional, definido no momento da contratação do seguro. O valor inicial da USR é de R$ 0,50 (cinquenta centavos), o qual também está expresso na Proposta de Seguro.

3.6.3.1 O valor da USR de reembolso poderá, eventualmente, ser reajustado mediante livre negociação entre a Operadora e a

Contratante, em periodicidade não inferior a 12 meses, respeitando sempre o previsto na Resolução CONSU nº 8, alterada pela Resolução CONSU nº 15, que determina que o valor do reembolso não será inferior ao praticado na rede referenciada.

3.6.3.2 O reajuste do valor da USR deverá considerar, exclusivamente, a variação dos custos médicos e hospitalares dos procedimentos cobertos pelo presente contrato, não estando de qualquer forma vinculado ao índice de reajuste financeiro ou técnico do contrato.

3.7 O valor do reembolso será efetuado em moeda corrente nacional e calculado conforme fórmula abaixo:

VR = Quantidade de US* x Múltiplo de Reembolso x Valor da USR**

* Prevista na Tabela SulAmérica Saúde Direto para o procedimento realizado
** Vigente na data de atendimento médico e/ou hospitalar

3.8 Múltiplo de Reembolso

Terapia não Médica	Múltiplo de Reembolso
Fisioterapia	1,10
Nutrição	1,10
Psicoterapia	1,10
Fonoaudiologia	1,10
Terapia Ocupacional	1,10
Acupuntura	1,10

3.9 O valor correspondente à coparticipação previsto na cobertura do seguro será deduzido do valor a ser reembolsado ao Segurado Titular.

3.10 O reembolso será efetuado diretamente ao Segurado Titular, em até 30 (trinta) dias contados a partir da data do recebimento da solicitação do reembolso acompanhada de todos os documentos específicos para cada procedimento.

3.11 A Seguradora manterá em seu poder somente a guarda dos recibos e notas fiscais originais referentes às despesas ressarcidas total ou parcialmente, quando recebidos fisicamente em suas vias originais.

3.11.1 Será de responsabilidade do Segurado guardar os recibos e notas fiscais originais relacionados ao procedimento, quando a solicitação de reembolso for enviada à Seguradora de forma eletrônica, por no mínimo 05 (cinco) anos.

3.11.2 O Segurado deverá enviar a Seguradora os documentos originais, sempre que solicitado em até 05 (cinco) dias úteis, contados da data da solicitação, sob pena de seu processo de reembolso não ter a análise concluída ou,

caso já tenha sido concluída e paga, ter o Segurado a obrigação de devolver o valor à Seguradora.

3.12 O valor reembolsado não será, sob nenhuma hipótese, superior ao valor efetivamente pago pelo segurado pelas respectivas despesas.

3.13 É facultado ao Segurado Titular solicitar a revisão dos valores de reembolso em até 180 (cento e oitenta) dias de seu efetivo pagamento pela Seguradora.

3.14 O prazo máximo para a apresentação dos pedidos de reembolso será de 1 (um) ano a contar da data da realização dos eventos cobertos.

4. Rede Referenciada

A Rede Referenciada está definida de acordo com o plano Direto JP NSn na acomodação apartamento com localização restrita aos municípios descritos na área de atuação no item 1 acima.

4.1 A rede referenciada está disponibilizada por especialidade médica.

4.2 Os atendimentos ambulatoriais realizados nas clínicas especializadas e que necessitem de avaliação cirúrgica serão direcionados para a equipe clínica do Hospital Referenciado para a especialidade que dará continuidade ao tratamento.

4.2.1 Os casos de internação clínica serão direcionados para a equipe clínica do Hospital Referenciado para a especialidade, a qual dará continuidade ao tratamento.

5. Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa Etária

5.1 Os prêmios serão readequados quando os Segurados mudarem de faixa etária, conforme percentuais indicados abaixo na Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa.

Faixa Etária	Percentuais
0 a 18 anos	0,00%
19 a 23 anos	25,00%
24 a 28 anos	24,00%
29 a 33 anos	11,00%
34 a 38 anos	7,00%
39 a 43 anos	16,00%
44 a 48 anos	19,54%
49 a 53 anos	17,20%
54 a 58 anos	19,05%
59 anos ou +	68,45%

6. Benefícios Adicionais

Serão disponibilizados aos segurados do SulAmérica Saúde plano Direto JP NSn, os benefícios adicionais a seguir, os quais estão descritos no Caderno de Benefícios Adicionais

6.1 Orientação Médica Telefônica - Consiste exclusivamente no item 1 “a” do Caderno de Benefícios Adicionais, conforme transcrito abaixo, não abrangendo em hipótese alguma o atendimento domiciliar e remoção deste benefício.

a) Profissionais da área da saúde à disposição do segurado 24 (vinte e quatro) horas por dia, para orientação ao segurado por telefone sobre a melhor providência a ser tomada em situações de urgência e emergência, esclarecimento de dúvidas sobre dosagens de medicamentos, interpretação de exames, orientação sobre a especialidade médica a ser consultada de acordo com a necessidade do segurado, entre outros.

6.2 Atendimento de Urgência e Emergência fora da Região de Abrangência Geográfica do Plano Contratado - item 8 do Caderno de Benefícios Adicionais

7. Coparticipação

7.1 A coparticipação ocorre quando o Segurado realiza consultas, atendimento em pronto socorro, exames complementares e terapias, conforme descrito na Tabela de Coparticipação PME disponível no site www.sulamerica.com.br. A relação dos procedimentos constantes na Tabela de Coparticipação podem sofrer alteração.

7.2 A coparticipação será calculada de acordo com o percentual de 30% (trinta por cento) sobre o valor pago à rede, ou sobre o reembolso. Em qualquer dos casos, a coparticipação será limitada ao valor máximo pré-definido, conforme disposto na tabela abaixo.

7.3 Tabela de valor máximo pré-definido de Coparticipação:

Classificação dos procedimentos	Direto JP NSn
Atendimento em Pronto Socorro	R$ 42,00
Consulta Eletiva	R$ 21,00
Exames Complementares - A	R$ 17,00
Exames Complementares - B	R$ 80,00
Terapias não Médicas	R$ 13,00

7.3.1 Os valores máximos pré definidos em reais poderão ser reajustados a cada aniversário do contrato, na forma prevista na cláusula 27.1.3. O percentual a ser aplicado será o resultado do IVCMH (índice de Variação de Custos Médicos Hospitalares).

7.4 Os valores referentes à coparticipação dos segurados na rede referenciada serão pagos à Seguradora e cobrados do Estipulante na mesma fatura do **Prêmio Mensal.**

7.5 Quando houver solicitação de reembolso nas situações previstas neste contrato, o valor de coparticipação dos segurados será descontado do valor a ser reembolsado ao Segurado Titular.

7.6 A coparticipação não é considerada como contribuição para os fins previstos nos artigos 30 e 31 da lei n.º 9.656/98.

7.7 O Estipulante será responsável pelo pagamento da coparticipação dos atendimentos realizados na vigência do seguro, independente do cancelamento do contrato e/ou desligamento do Segurado.

8. Permanecem válidas as demais condições estabelecidas nas Condições Gerais.

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Direto REC II Quarto Coletivo com Coparticipação

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

Este documento é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde, firmado com o Estipulante indicado na proposta de seguro por ocasião da contratação e ratifica as características essenciais do plano contratado.

1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS: Direto REC II Empresarial Trad.15 AHO QC COP

Acomodação Hospitalar: Quarto Coletivo

Número do Registro na ANS: 485649200

Abrangência Geográfica: Grupo de Municípios

Área de Atuação: Abreu e Lima, Cabo de Santo Agostinho, Camaragibe, Igarassu, Jaboatão dos Guararapes, Olinda, Paulista, Recife e São Lourenço da Mata.

2. Tutela da Saúde

A tutela da saúde dos Segurados é parte integrante e indissociável do plano Direto REC II, composto pela gestão de cuidado médico aderente às necessidades dos Segurados, observados os termos do Rol de Procedimentos e Eventos de Saúde, editado pela ANS, vigente à época do evento, conectando os profissionais de saúde envolvidos na gestão do plano, em ações de promoção e acompanhamento de saúde e bem estar dos Segurados, com o objetivo de facilitar, aprimorar e tornar mais resolutiva a assistência à saúde. Para isso, os DADOS PESSOAIS SENSÍVEIS dos Segurados são centralizados em uma plataforma digital administrada pela Seguradora e compartilhada com os profissionais de saúde vinculados ao plano e/ou à estipulante, como parte integrante da execução do contrato de seguro saúde, valendo a aceitação deste Contrato como concordância com a finalidade prevista nesta cláusula.

3 Reembolso

Exclusivo em Terapias não Médicas. Terapias não Médicas são aquelas realizadas por profissionais que não sejam Médicos, desde que registrados em seus respectivos conselhos (CRP, CRFa, CRN, CREFITO).

3.1 O Segurado Titular e seus Dependentes poderão solicitar o reembolso EXCLUSIVAMENTE das terapias não médicas relacionadas na cláusula 3.1.1, solicitadas pelo médico assistente nos limites previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, comprovadamente pagas, desde que realizadas dentro da área geográfica de abrangência e área de atuação do plano.

3.1.1 Terapias Reembolsáveis não Médicas

a) Fisioterapia;

b) Nutrição;

c) Psicoterapia;

d) Fonoaudiologia;

e) Terapia Ocupacional.

f) Acupuntura

3.1.2 As terapias acima só serão cobertas se solicitadas ao Segurado por Profissional Médico registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM.

3.2 Documentação para solicitação de reembolso

3.2.1 Fisioterapia e Acupuntura.

Enviar Relatório Médico, datado**, contendo** nome completo do paciente, diagnóstico, tempo de existência da doença e quadro clínico atual do paciente, descrição e justificativa para a terapia indicada, planejamento terapêutico (quantidade de sessões programadas e período de tempo), assinatura do profissional que realizou a terapia e laudo do exame de Imagem realizado relacionado à patologia, se houver e,

a) nota Fiscal original contendo razão social e CNPJ do estabelecimento, nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do Prestador de Serviço, CPF e CREFITO e assinatura do profissional que realizou a terapia, ou

b) recibo original, em formulário próprio do prestador de serviço contendo nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do prestador de serviço, CPF e CREFITO e assinatura do profissional que realizou a terapia.

3.2.2 Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Psicoterapia e Nutrição

Enviar relatório médico, datado, com indicação para o tratamento com o terapeuta, contendo nome completo do paciente, diagnóstico e quadro clínico atual do paciente, descrição e justificativa para a terapia indicada e,

a) enviar nota fiscal original contendo razão social e CNPJ do estabelecimento, nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do

prestador de serviço, CPFe número de inscrição no respectivo conselho regional, CRP/CRM, CRFa, CRN e assinatura do profissional que realizou a terapia; ou

b) enviar recibo original em formulário próprio do prestador de serviço contendo nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do prestador de serviço, CPF e número de inscrição no respectivo conselho regional, CRP, CRFa, CRN e assinatura do profissional que realizou a terapia.

3.3 O reembolso das **terapias não médicas** descritas na cláusula **3.1.1** eventualmente apresentadas pelo Segurado será realizado desde que possua cobertura e desde que o prestador utilizado pelo Segurado esteja devidamente registrado nos órgãos governamentais e de classe para a prestação dos serviços realizados.

3.4 Os valores a serem reembolsados não têm qualquer vínculo com os preços negociados pelo Segurado diretamente com **os profissionais ou clínicas** não pertencentes à rede referenciada, não havendo obrigatoriedade contratual de reembolso integral.

3.4.1. Não haverá reembolso quando a Seguradora identificar que houve o envio de mais de um recibo ou nota fiscal relacionado ao mesmo atendimento, com valores diferentes do que efetivamente foram pagos por cada procedimento, na medida em que se constitui crime previsto no art. 304 do Código Penal Brasileiro.

3.5 Tabela SulAmérica Saúde

A Tabela SulAmérica Saúde Direto contempla as **terapias não médicas,** e a relação dos códigos reembolsáveis estão relacionados nesta tabela.

3.5.1 A Tabela SulAmérica Saúde Direto está devidamente registrada no Cartório do 10º Oficial de Registro de Títulos e Documentos da Capital - SP, e disponível a todos os Segurados na sede do Estipulante, e no website sulamerica.com.br/saudeonline para realização download.

3.6 Para o cálculo de reembolso serão necessários os dados descritos a seguir:

3.6.1 Unidade de Serviço (US): É o quantitativo definido para **cada terapia não médica**, que está **contemplada** na Tabela SulAmérica Saúde Direto. A quantidade de Unidade de Serviço - US poderá ser alterada, visando mantê-la compatível com os valores praticados no mercado.

3.6.2 Múltiplos de Reembolso - São os coeficientes a serem aplicados sobre a quantidade de US apresentada na Tabela SulAmérica Saúde Direto e estão demonstrados na cláusula 3.8 - Múltiplo de Reembolso.

3.6.3 Unidade de Serviço de Reembolso (USR) - É o coeficiente expresso em moeda corrente nacional, definido no momento da contratação do seguro. O valor inicial da USR é de R$ 0,50 (cinquenta centavos), o qual também está expresso na Proposta de Seguro.

3.6.3.1 O valor da USR de reembolso poderá, eventualmente, ser reajustado mediante livre negociação entre a Operadora e a Contratante, em periodicidade não inferior a 12 meses, respeitando sempre o previsto na Resolução CONSU nº 8, alterada pela Resolução CONSU nº 15, que determina que o valor do reembolso não será inferior ao praticado na rede referenciada.

3.6.3.2 O reajuste do valor da USR deverá considerar, exclusivamente, a variação dos custos médicos e hospitalares dos procedimentos cobertos pelo presente contrato, não estando de qualquer forma vinculado ao índice de reajuste financeiro ou técnico do contrato.

3.7 O valor do reembolso será efetuado em moeda corrente nacional e calculado conforme fórmula abaixo:

VR = Quantidade de US* x Múltiplo de Reembolso x Valor da USR**

* Prevista na Tabela SulAmérica Saúde para o procedimento realizado
** Vigente na data de atendimento médico e/ou hospitalar

3.8 Múltiplo de Reembolso

Terapia não Médica	Múltiplo de Reembolso
Fisioterapia	1,10
Nutrição	1,10
Psicoterapia	1,10
Fonoaudiologia	1,10
Terapia Ocupacional	1,10
Acupuntura	1,10

3.9 O valor correspondente à coparticipação previsto na cobertura do seguro será deduzido do valor a ser reembolsado ao Segurado Titular.

3.10 O reembolso será efetuado diretamente ao Segurado Titular, em até 30 (trinta) dias contados a partir da data do recebimento da solicitação do reembolso acompanhada de todos os documentos específicos para cada procedimento.

3.11 A Seguradora manterá em seu poder somente a guarda dos recibos e notas fiscais originais referentes às despesas ressarcidas total ou parcialmente, quando recebidos fisicamente em suas vias originais.

3.11.1 Será de responsabilidade do Segurado guardar os recibos e notas fiscais originais relacionados ao procedimento, quando a solicitação de reembolso for enviada à Seguradora de forma eletrônica, por no mínimo 05 (cinco) anos.

3.11.2 O Segurado deverá enviar a Seguradora os documentos originais, sempre que solicitado em até 05 (cinco) dias úteis, contados da data da solicitação, sob pena de seu processo de reembolso não ter a análise concluída ou,

caso já tenha sido concluída e paga, ter o Segurado a obrigação de devolver o valor à Seguradora.

3.12 O valor reembolsado não será, sob nenhuma hipótese, superior ao valor efetivamente pago pelo segurado pelas respectivas despesas.

3.13 É facultado ao Segurado Titular solicitar a revisão dos valores de reembolso em até 180 (cento e oitenta) dias de seu efetivo pagamento pela Seguradora.

3.14 O prazo máximo para a apresentação dos pedidos de reembolso será de 1 (um) ano a contar da data da realização dos eventos cobertos.

4. Rede Referenciada

A Rede Referenciada está definida de acordo com o plano Direto REC II na acomodação quarto coletivo com localização restrita aos municípios descritos na área de atuação no item 1 acima.

5. Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa Etária

5.1 Os prêmios serão readequados quando os Segurados mudarem de faixa etária, conforme percentuais indicados na Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa.

Faixa Etária	Percentuais
0 a 18 anos	0,00%
19 a 23 anos	25,00%
24 a 28 anos	24,00%
29 a 33 anos	11,00%
34 a 38 anos	7,00%
39 a 43 anos	16,00%
44 a 48 anos	19,54%
49 a 53 anos	17,20%
54 a 58 anos	19,05%
59 anos ou +	68,45%

6. Benefícios Adicionais

Serão disponibilizados aos segurados do SulAmérica Saúde plano Direto REC II, os benefícios adicionais a seguir, os quais estão descritos no Caderno de Benefícios Adicionais

6.1 Orientação Médica Telefônica - Consiste exclusivamente no item 1 “a” do Caderno de Benefícios Adicionais, conforme transcrito abaixo, não abrangendo em hipótese alguma o atendimento domiciliar e remoção deste benefício.

a) Profissionais da área da saúde à disposição do segurado 24 (vinte e quatro) horas por dia, para orientação ao segurado por telefone sobre a melhor providência a ser tomada em situações de urgência e emergência, esclarecimento de dúvidas sobre dosagens de medicamentos, interpretação de

exames, orientação sobre a especialidade médica a ser consultada de acordo com a necessidade do segurado, entre outros.

6.2 Atendimento de Urgência e Emergência fora da Região de Abrangência Geográfica do Plano Contratado - item 8 do Caderno de Benefícios Adicionais

7. Coparticipação

7.1 A coparticipação ocorre quando o Segurado realiza consultas, atendimento em pronto socorro, exames complementares e terapias, conforme descrito na Tabela de Coparticipação PME disponível no site www.sulamerica.com.br. A relação dos procedimentos constantes na Tabela de Coparticipação podem sofrer alteração.

7.2 A coparticipação será calculada de acordo com o percentual de 30% (trinta por cento) sobre o valor pago à rede, ou sobre o reembolso. Em qualquer dos casos, a coparticipação será limitada ao valor máximo pré-definido, conforme disposto na tabela abaixo.

7.3 Tabela de valor máximo pré-definido de Coparticipação:

Classificação dos procedimentos	Direto REC
Atendimento em Pronto Socorro	R$ 42,00
Consulta Eletiva	R$ 21,00
Exames Complementares - A	R$ 17,00
Exames Complementares - B	R$ 80,00
Terapias não Médicas	R$ 13,00

7.3.1 Os valores máximos pré definidos em reais poderão ser reajustados a cada aniversário do contrato, na forma prevista na cláusula 27.1.3. O percentual a ser aplicado será o resultado do IVCMH (índice de Variação de Custos Médicos Hospitalares).

7.4 Os valores referentes à coparticipação dos segurados na rede referenciada serão pagos à Seguradora e cobrados do Estipulante na mesma fatura do **Prêmio Mensal.**

7.5 Quando houver solicitação de reembolso nas situações previstas neste contrato, o valor de coparticipação dos segurados será descontado do valor a ser reembolsado ao Segurado Titular.

7.6 A coparticipação não é considerada como contribuição para os fins previstos nos artigos 30 e 31 da lei n.º 9.656/98.

7.7 O Estipulante será responsável pelo pagamento da coparticipação dos atendimentos realizados na vigência do seguro, independente do cancelamento do contrato e/ou desligamento do Segurado.

8. Permanecem válidas as demais condições estabelecidas nas Condições Gerais.

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Direto REC II Apartamento com Coparticipação

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

Este documento é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde, firmado com o Estipulante indicado na proposta de seguro por ocasião da contratação e ratifica as características essenciais do plano contratado.

1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS: Direto REC II Empresarial Trad.15 AHO QP COP

Acomodação Hospitalar: Apartamento

Número do Registro na ANS: 485648201

Abrangência Geográfica: Grupo de Municípios

Área de Atuação: Abreu e Lima, Cabo de Santo Agostinho, Camaragibe, Igarassu, Jaboatão dos Guararapes, Olinda, Paulista, Recife e São Lourenço da Mata.

2. Tutela da Saúde

A tutela da saúde dos Segurados é parte integrante e indissociável do plano Direto REC II, composto pela gestão de cuidado médico aderente às necessidades dos Segurados, observados os termos do Rol de Procedimentos e Eventos de Saúde, editado pela ANS, vigente à época do evento, conectando os profissionais de saúde envolvidos na gestão do plano, em ações de promoção e acompanhamento de saúde e bem estar dos Segurados, com o objetivo de facilitar, aprimorar e tornar mais resolutiva a assistência à saúde. Para isso, os DADOS PESSOAIS SENSÍVEIS dos Segurados são centralizados em uma plataforma digital administrada pela Seguradora e compartilhada com os profissionais de saúde vinculados ao plano e/ou à estipulante, como parte integrante da execução do contrato de seguro saúde, valendo a aceitação deste Contrato como concordância com a finalidade prevista nesta cláusula.

3. Reembolso

Exclusivo em Terapias não Médicas**.** Terapias não Médicas são aquelas realizadas por profissionais que não sejam Médicos, desde que registrados em seus respectivos conselhos (CRP, CRFa, CRN, CREFITO).

3.1 O Segurado Titular e seus Dependentes poderão solicitar o reembolso EXCLUSIVAMENTE das terapias não médicas relacionadas na cláusula 3.1.1, solicitadas pelo médico assistente nos limites previstos no Rol de

Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, comprovadamente pagas, desde que realizadas dentro da área geográfica de abrangência e área de atuação do plano.

3.1.1 Terapias Reembolsáveis não Médicas

a) Fisioterapia;
b) Nutrição;
c) Psicoterapia;
d) Fonoaudiologia;
e) Terapia Ocupacional.
f) Acupuntura

3.1.2 As terapias acima só serão cobertas se solicitadas ao Segurado por Profissional Médico registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM.

3.2 Documentação para solicitação de reembolso

3.2.1 Fisioterapia e Acupuntura

Enviar Relatório Médico, datado**, contendo** nome completo do paciente, diagnóstico, tempo de existência da doença e quadro clínico atual do paciente, descrição e justificativa para a terapia indicada, planejamento terapêutico (quantidade de sessões programadas e período de tempo), assinatura do profissional que realizou a terapia e laudo do exame de Imagem realizado relacionado à patologia, se houver e,

a) nota Fiscal original contendo razão social e CNPJ do estabelecimento, nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do Prestador de Serviço, CPF e CREFITO e assinatura do profissional que realizou a terapia, ou

b) recibo original, em formulário próprio do prestador de serviço contendo nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do prestador de serviço, CPF e CREFITO e assinatura do profissional que realizou a terapia.

3.2.2 Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Psicoterapia e Nutrição

Enviar relatório médico, datado, com indicação para o tratamento com o terapeuta, contendo nome completo do paciente, diagnóstico e quadro clínico atual do paciente, descrição e justificativa para a terapia indicada e,

a) enviar nota fiscal original contendo razão social e CNPJ do estabelecimento, nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do prestador de serviço, CPFe número de inscrição no respectivo conselho regional, CRP, CRFa, CRN e assinatura do profissional que realizou a terapia; ou

b) enviar recibo original em formulário próprio do prestador de serviço contendo nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do prestador de serviço, CPF e número de inscrição no respectivo conselho regional, CRP, CRFa, CRN e assinatura do profissional que realizou a terapia.

3.3 O reembolso das **terapias não médicas** descritas na cláusula **3.1.1** eventualmente apresentadas pelo Segurado será realizado desde que possua cobertura e desde que o prestador utilizado pelo Segurado esteja devidamente registrado nos órgãos governamentais e de classe para a prestação dos serviços realizados.

3.4 Os valores a serem reembolsados não têm qualquer vínculo com os preços negociados pelo Segurado diretamente com **os profissionais ou clínicas** não pertencentes à rede referenciada, não havendo obrigatoriedade contratual de reembolso integral.

3.4.1. Não haverá reembolso quando a Seguradora identificar que houve o envio de mais de um recibo ou nota fiscal relacionado ao mesmo atendimento, com valores diferentes do que efetivamente foram pagos por cada procedimento, na medida em que se constitui crime previsto no art. 304 do Código Penal Brasileiro.

3.5 Tabela SulAmérica Saúde

A Tabela SulAmérica Saúde Direto contempla as **terapias não médicas,** e a relação dos códigos reembolsáveis estão relacionados nesta tabela.

3.5.1 A Tabela SulAmérica Saúde Direto está devidamente registrada no Cartório do 10º Oficial de Registro de Títulos e Documentos da Capital - SP, e disponível a todos os Segurados na sede do Estipulante, e no website sulamerica.com.br/saudeonline para realização download.

3.6 Para o cálculo de reembolso serão necessários os dados descritos a seguir:

3.6.1 Unidade de Serviço (US): É o quantitativo definido para **cada terapia não médica**, que está **contemplada** na Tabela SulAmérica Saúde Direto. A quantidade de Unidade de Serviço - US poderá ser alterada, visando mantê-la compatível com os valores praticados no mercado.

3.6.2 Múltiplos de Reembolso - São os coeficientes a serem aplicados sobre a quantidade de US apresentada na Tabela SulAmérica Saúde e estão demonstrados na cláusula 3.8 - Múltiplo de Reembolso.

3.6.3 Unidade de Serviço de Reembolso (USR) - É o coeficiente expresso em moeda corrente nacional, definido no momento da contratação do seguro. O valor inicial da USR é de R$ 0,50 (cinquenta centavos), o qual também está expresso na Proposta de Seguro.

3.6.3.1 O valor da USR de reembolso poderá, eventualmente, ser reajustado mediante livre negociação entre a Operadora e a Contratante, em

periodicidade não inferior a 12 meses, respeitando sempre o previsto na Resolução CONSU nº 8, alterada pela Resolução CONSU nº 15, que determina que o valor do reembolso não será inferior ao praticado na rede referenciada.

3.6.3.2 O reajuste do valor da USR deverá considerar, exclusivamente, a variação dos custos médicos e hospitalares dos procedimentos cobertos pelo presente contrato, não estando de qualquer forma vinculado ao índice de reajuste financeiro ou técnico do contrato.

3.7 O valor do reembolso será efetuado em moeda corrente nacional e calculado conforme fórmula abaixo:

VR = Quantidade de US* x Múltiplo de Reembolso x Valor da USR**

* Prevista na Tabela SulAmérica Saúde Direto para o procedimento realizado
** Vigente na data de atendimento médico e/ou hospitalar

3.8 Múltiplo de Reembolso

Terapia não Médica	Múltiplo de Reembolso
Fisioterapia	1,10
Nutrição	1,10
Psicoterapia	1,10
Fonoaudiologia	1,10
Terapia Ocupacional	1,10
Acupuntura	1,10

3.9 O valor correspondente à coparticipação previsto na cobertura do seguro será deduzido do valor a ser reembolsado ao Segurado Titular.

3.10 O reembolso será efetuado diretamente ao Segurado Titular, em até 30 (trinta) dias contados a partir da data do recebimento da solicitação do reembolso acompanhada de todos os documentos específicos para cada procedimento.

3.11 A Seguradora manterá em seu poder somente a guarda dos recibos e notas fiscais originais referentes às despesas ressarcidas total ou parcialmente, quando recebidos fisicamente em suas vias originais.

3.11.1 Será de responsabilidade do Segurado guardar os recibos e notas fiscais originais relacionados ao procedimento, quando a solicitação de reembolso for enviada à Seguradora de forma eletrônica, por no mínimo 05 (cinco) anos.

3.11.2 O Segurado deverá enviar a Seguradora os documentos originais, sempre que solicitado em até 05 (cinco) dias úteis, contados da data da solicitação, sob pena de seu processo de reembolso não ter a análise concluída ou, caso já tenha sido concluída e paga, ter o Segurado a obrigação de devolver o valor à Seguradora.

3.12 O valor reembolsado não será, sob nenhuma hipótese, superior ao valor efetivamente pago pelo segurado pelas respectivas despesas.

3.13 É facultado ao Segurado Titular solicitar a revisão dos valores de reembolso em até 180 (cento e oitenta) dias de seu efetivo pagamento pela Seguradora.

3.14 O prazo máximo para a apresentação dos pedidos de reembolso será de 1 (um) ano a contar da data da realização dos eventos cobertos.

4. Rede Referenciada

A Rede Referenciada está definida de acordo com o plano Direto REC II na acomodação apartamento com localização restrita aos municípios descritos na área de atuação no item 1 acima.

5. Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa Etária

5.1 Os prêmios serão readequados quando os Segurados mudarem de faixa etária, conforme percentuais indicados na Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa.

Faixa Etária	Percentuais
0 a 18 anos	0,00%
19 a 23 anos	25,00%
24 a 28 anos	24,00%
29 a 33 anos	11,00%
34 a 38 anos	7,00%
39 a 43 anos	16,00%
44 a 48 anos	19,54%
49 a 53 anos	17,20%
54 a 58 anos	19,05%
59 anos ou +	68,45%

6. Benefícios Adicionais

Serão disponibilizados aos segurados do SulAmérica Saúde plano Direto REC II, os benefícios adicionais a seguir, os quais estão descritos no Caderno de Benefícios Adicionais

6.1 Orientação Médica Telefônica - Consiste exclusivamente no item 1 “a” do Caderno de Benefícios Adicionais, conforme transcrito abaixo, não abrangendo em hipótese alguma o atendimento domiciliar e remoção deste benefício.

a) Profissionais da área da saúde à disposição do segurado 24 (vinte e quatro) horas por dia, para orientação ao segurado por telefone sobre a melhor providência a ser tomada em situações de urgência e emergência, esclarecimento de dúvidas sobre dosagens de medicamentos, interpretação de exames, orientação sobre a especialidade médica a ser consultada de acordo com a necessidade do segurado, entre outros.

6.2 Atendimento de Urgência e Emergência fora da Região de Abrangência Geográfica do Plano Contratado - item 8 do Caderno de Benefícios Adicionais

7. Coparticipação

7.1 A coparticipação ocorre quando o Segurado realiza consultas, atendimento em pronto socorro, exames complementares e terapias, conforme descrito na Tabela de Coparticipação PME disponível no site www.sulamerica.com.br. A relação dos procedimentos constantes na Tabela de Coparticipação podem sofrer alteração.

7.2 A coparticipação será calculada de acordo com o percentual de 30% (trinta por cento) sobre o valor pago à rede, ou sobre o reembolso. Em qualquer dos casos, a coparticipação será limitada ao valor máximo pré-definido, conforme disposto na tabela abaixo.

7.3 Tabela de valor máximo pré-definido de Coparticipação:

Classificação dos procedimentos	Direto REC II
Atendimento em Pronto Socorro	R$ 42,00
Consulta Eletiva	R$ 21,00
Exames Complementares - A	R$ 17,00
Exames Complementares - B	R$ 80,00
Terapias não Médicas	R$ 13,00

7.3.1 Os valores máximos pré definidos em reais poderão ser reajustados a cada aniversário do contrato, na forma prevista na cláusula 27.1.3. O percentual a ser aplicado será o resultado do IVCMH (índice de Variação de Custos Médicos Hospitalares).

7.4 Os valores referentes à coparticipação dos segurados na rede referenciada serão pagos à Seguradora e cobrados do Estipulante na mesma fatura do **Prêmio Mensal.**

7.5 Quando houver solicitação de reembolso nas situações previstas neste contrato, o valor de coparticipação dos segurados será descontado do valor a ser reembolsado ao Segurado Titular.

7.6 A coparticipação não é considerada como contribuição para os fins previstos nos artigos 30 e 31 da lei n.º 9.656/98.

7.7 O Estipulante será responsável pelo pagamento da coparticipação dos atendimentos realizados na vigência do seguro, independente do cancelamento do contrato e/ou desligamento do Segurado.

8. Permanecem válidas as demais condições estabelecidas nas Condições Gerais.

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Direto Rio II Quarto Coletivo com Coparticipação

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

Este documento é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde, firmado com o Estipulante indicado na proposta de seguro por ocasião da contratação e ratifica as características essenciais do plano contratado.

1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS: Direto Rio II Empresarial Trad.15 AHO QC COP

Acomodação Hospitalar: Quarto Coletivo

Número do Registro na ANS: 483148199

Abrangência Geográfica: Grupo de Municípios

Área de Atuação: Rio de Janeiro, Belford Roxo, Duque de Caxias, Japeri, Magé, Mesquita, Nilópolis, Nova Iguaçu, Queimados, São João de Meriti, Itaguaí, Niterói e São Gonçalo.

2. Tutela da Saúde

A tutela da saúde dos Segurados é parte integrante e indissociável do plano Direto Rio II, composto pela gestão de cuidado médico aderente às necessidades dos Segurados, observados os termos do Rol de Procedimentos e Eventos de Saúde, editado pela ANS, vigente à época do evento, conectando os profissionais de saúde envolvidos na gestão do plano, em ações de promoção e acompanhamento de saúde e bem estar dos Segurados, com o objetivo de facilitar, aprimorar e tornar mais resolutiva a assistência à saúde. Para isso, os DADOS PESSOAIS SENSÍVEIS dos Segurados são centralizados em uma plataforma digital administrada pela Seguradora e compartilhada com os profissionais de saúde vinculados ao plano e/ou à estipulante, como parte integrante da execução do contrato de seguro saúde, valendo a aceitação deste Contrato como concordância com a finalidade prevista nesta cláusula.

3 Reembolso

Exclusivo em Terapias não Médicas. Terapias não Médicas são aquelas realizadas por profissionais que não sejam Médicos, desde que registrados em seus respectivos conselhos (CRP, CRFa, CRN, CREFITO).

3.1 O Segurado Titular e seus Dependentes poderão solicitar o reembolso EXCLUSIVAMENTE das terapias não médicas relacionadas na cláusula 3.1.1, solicitadas pelo médico assistente nos limites previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, comprovadamente pagas, desde que realizadas dentro da área geográfica de abrangência e área de atuação do plano.

3.1.1 Terapias Reembolsáveis não Médicas

a) Fisioterapia;

b) Nutrição;

c) Psicoterapia;

d) Fonoaudiologia;

e) Terapia Ocupacional.

f) Acupuntura

3.1.2 As terapias acima só serão cobertas se solicitadas ao Segurado por Profissional Médico registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM.

3.2 Documentação para solicitação de reembolso

3.2.1 Fisioterapia e Acupuntura.

Enviar Relatório Médico, datado**, contendo** nome completo do paciente, diagnóstico, tempo de existência da doença e quadro clínico atual do paciente, descrição e justificativa para a terapia indicada, planejamento terapêutico (quantidade de sessões programadas e período de tempo), assinatura do profissional que realizou a terapia e laudo do exame de Imagem realizado relacionado à patologia, se houver e,

a) nota Fiscal original contendo razão social e CNPJ do estabelecimento, nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do Prestador de Serviço, CPF e CREFITO e assinatura do profissional que realizou a terapia, ou

b) recibo original, em formulário próprio do prestador de serviço contendo nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do prestador de serviço, CPF e CREFITO e assinatura do profissional que realizou a terapia.

3.2.2 Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Psicoterapia e Nutrição

Enviar relatório médico, datado, com indicação para o tratamento com o terapeuta, contendo nome completo do paciente, diagnóstico e quadro clínico atual do paciente, descrição e justificativa para a terapia indicada e,

a) enviar nota fiscal original contendo razão social e CNPJ do estabelecimento, nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do

prestador de serviço, CPFe número de inscrição no respectivo conselho regional, CRP/CRM, CRFa, CRN e assinatura do profissional que realizou a terapia; ou

b) enviar recibo original em formulário próprio do prestador de serviço contendo nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do prestador de serviço, CPF e número de inscrição no respectivo conselho regional, CRP, CRFa, CRN e assinatura do profissional que realizou a terapia.

3.3 O reembolso das **terapias não médicas** descritas na cláusula **3.1.1** eventualmente apresentadas pelo Segurado será realizado desde que possua cobertura e desde que o prestador utilizado pelo Segurado esteja devidamente registrado nos órgãos governamentais e de classe para a prestação dos serviços realizados.

3.4 Os valores a serem reembolsados não têm qualquer vínculo com os preços negociados pelo Segurado diretamente com **os profissionais ou clínicas** não pertencentes à rede referenciada, não havendo obrigatoriedade contratual de reembolso integral.

3.4.1. Não haverá reembolso quando a Seguradora identificar que houve o envio de mais de um recibo ou nota fiscal relacionado ao mesmo atendimento, com valores diferentes do que efetivamente foram pagos por cada procedimento, na medida em que se constitui crime previsto no art. 304 do Código Penal Brasileiro.

3.5 Tabela SulAmérica Saúde

A Tabela SulAmérica Saúde Direto contempla as **terapias não médicas,** e a relação dos códigos reembolsáveis estão relacionados nesta tabela.

3.5.1 A Tabela SulAmérica Saúde Direto está devidamente registrada no Cartório do 10º Oficial de Registro de Títulos e Documentos da Capital - SP, e disponível a todos os Segurados na sede do Estipulante, e no website sulamerica.com.br/saudeonline para realização download.

3.6 Para o cálculo de reembolso serão necessários os dados descritos a seguir:

3.6.1 Unidade de Serviço (US): É o quantitativo definido para **cada terapia não médica**, que está **contemplada** na Tabela SulAmérica Saúde Direto. A quantidade de Unidade de Serviço - US poderá ser alterada, visando mantê-la compatível com os valores praticados no mercado.

3.6.2 Múltiplos de Reembolso - São os coeficientes a serem aplicados sobre a quantidade de US apresentada na Tabela SulAmérica Saúde Direto e estão demonstrados na cláusula 3.8 - Múltiplo de Reembolso.

3.6.3 Unidade de Serviço de Reembolso (USR) - É o coeficiente expresso em moeda corrente nacional, definido no momento da contratação do seguro.

O valor inicial da USR é de R$ 0,50 (cinquenta centavos), o qual também está expresso na Proposta de Seguro.

3.6.3.1 O valor da USR de reembolso poderá, eventualmente, ser reajustado mediante livre negociação entre a Operadora e a Contratante, em periodicidade não inferior a 12 meses, respeitando sempre o previsto na Resolução CONSU nº 8, alterada pela Resolução CONSU nº 15, que determina que o valor do reembolso não será inferior ao praticado na rede referenciada.

3.6.3.2 O reajuste do valor da USR deverá considerar, exclusivamente, a variação dos custos médicos e hospitalares dos procedimentos cobertos pelo presente contrato, não estando de qualquer forma vinculado ao índice de reajuste financeiro ou técnico do contrato.

3.7 O valor do reembolso será efetuado em moeda corrente nacional e calculado conforme fórmula abaixo:

VR = Quantidade de US* x Múltiplo de Reembolso x Valor da USR**

* Prevista na Tabela SulAmérica Saúde para o procedimento realizado
** Vigente na data de atendimento médico e/ou hospitalar

3.8 Múltiplo de Reembolso

Terapia não Médica	Múltiplo de Reembolso
Fisioterapia	1,10
Nutrição	1,10
Psicoterapia	1,10
Fonoaudiologia	1,10
Terapia Ocupacional	1,10
Acupuntura	1,10

3.9 O valor correspondente à coparticipação previsto na cobertura do seguro será deduzido do valor a ser reembolsado ao Segurado Titular.

3.10 O reembolso será efetuado diretamente ao Segurado Titular, em até 30 (trinta) dias contados a partir da data do recebimento da solicitação do reembolso acompanhada de todos os documentos específicos para cada procedimento.

3.11 A Seguradora manterá em seu poder somente a guarda dos recibos e notas fiscais originais referentes às despesas ressarcidas total ou parcialmente, quando recebidos fisicamente em suas vias originais.

3.11.1 Será de responsabilidade do Segurado guardar os recibos e notas fiscais originais relacionados ao procedimento, quando a solicitação de reembolso for enviada à Seguradora de forma eletrônica, por no mínimo 05 (cinco) anos.

3.11.2 O Segurado deverá enviar a Seguradora os documentos originais, sempre que solicitado em até 05 (cinco) dias úteis, contados da data da solicitação, sob pena de seu processo de reembolso não ter a análise concluída ou, caso já tenha sido concluída e paga, ter o Segurado a obrigação de devolver o valor à Seguradora.

3.12 O valor reembolsado não será, sob nenhuma hipótese, superior ao valor efetivamente pago pelo segurado pelas respectivas despesas.

3.13 É facultado ao Segurado Titular solicitar a revisão dos valores de reembolso em até 180 (cento e oitenta) dias de seu efetivo pagamento pela Seguradora.

3.14 O prazo máximo para a apresentação dos pedidos de reembolso será de 1 (um) ano a contar da data da realização dos eventos cobertos.

4. Rede Referenciada

A Rede Referenciada está definida de acordo com o plano Direto Rio II na acomodação quarto coletivo com localização restrita aos municípios descritos na área de atuação no item 1 acima.

5. Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa Etária

5.1 Os prêmios serão readequados quando os Segurados mudarem de faixa etária, conforme percentuais indicados na Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa.

Faixa Etária	Percentuais
0 a 18 anos	0,00%
19 a 23 anos	25,00%
24 a 28 anos	24,00%
29 a 33 anos	11,00%
34 a 38 anos	7,00%
39 a 43 anos	16,00%
44 a 48 anos	19,54%
49 a 53 anos	17,20%
54 a 58 anos	19,05%
59 anos ou +	68,45%

6. Benefícios Adicionais

Serão disponibilizados aos segurados do SulAmérica Saúde plano Direto Rio II, os benefícios adicionais a seguir, os quais estão descritos no Caderno de Benefícios Adicionais

6.1 Orientação Médica Telefônica - item 1 do Caderno de Benefícios Adicionais, respeitada a abrangência geográfica e área de atuação deste plano.

6.2 Atendimento de Urgência e Emergência fora da Região de Abrangência Geográfica do Plano Contratado - item 8 do Caderno de Benefícios Adicionais

7. Coparticipação

7.1 A coparticipação ocorre quando o Segurado realiza consultas, atendimento em pronto socorro, exames complementares e terapias, conforme descrito na Tabela de Coparticipação PME disponível no site www.sulamerica.com.br. A relação dos procedimentos constantes na Tabela de Coparticipação podem sofrer alteração.

7.2 A coparticipação será calculada de acordo com o percentual de 30% (trinta por cento) sobre o valor pago à rede, ou sobre o reembolso. Em qualquer dos casos, a coparticipação será limitada ao valor máximo pré-definido, conforme disposto na tabela abaixo.

7.3 Tabela de valor máximo pré-definido de Coparticipação:

Classificação dos procedimentos	Direto Rio II
Atendimento em Pronto Socorro	R$ 42,00
Consulta Eletiva	R$ 21,00
Exames Complementares - A	R$ 17,00
Exames Complementares - B	R$ 80,00
Terapias não Médicas	R$ 13,00

7.3.1 Os valores máximos pré definidos em reais poderão ser reajustados a cada aniversário do contrato, na forma prevista na cláusula 27.1.3. O percentual a ser aplicado será o resultado do IVCMH (índice de Variação de Custos Médicos Hospitalares).

7.4 Os valores referentes à coparticipação dos segurados na rede referenciada serão pagos à Seguradora e cobrados do Estipulante na mesma fatura do **Prêmio Mensal.**

7.5 Quando houver solicitação de reembolso nas situações previstas neste contrato, o valor de coparticipação dos segurados será descontado do valor a ser reembolsado ao Segurado Titular.

7.6 A coparticipação não é considerada como contribuição para os fins previstos nos artigos 30 e 31 da lei n.º 9.656/98.

7.7 O Estipulante será responsável pelo pagamento da coparticipação dos atendimentos realizados na vigência do seguro, independente do cancelamento do contrato e/ou desligamento do Segurado.

8. Permanecem válidas as demais condições estabelecidas nas Condições Gerais.

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Direto Rio II Apartamento com Coparticipação

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

Este documento é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde, firmado com o Estipulante indicado na proposta de seguro por ocasião da contratação e ratifica as características essenciais do plano contratado.

1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS: Direto Rio II Empresarial Trad.15 AHO QP COP

Acomodação Hospitalar: Apartamento

Número do Registro na ANS: 483145194

Abrangência Geográfica: Grupo de Municípios

Área de Atuação: Rio de Janeiro, Belford Roxo, Duque de Caxias, Japeri, Magé, Mesquita, Nilópolis, Nova Iguaçu, Queimados, São João de Meriti, Itaguaí, Niterói e São Gonçalo.

2. Tutela da Saúde

A tutela da saúde dos Segurados é parte integrante e indissociável do plano Direto Rio II, composto pela gestão de cuidado médico aderente às necessidades dos Segurados, observados os termos do Rol de Procedimentos e Eventos de Saúde, editado pela ANS, vigente à época do evento, conectando os profissionais de saúde envolvidos na gestão do plano, em ações de promoção e acompanhamento de saúde e bem estar dos Segurados, com o objetivo de facilitar, aprimorar e tornar mais resolutiva a assistência à saúde. Para isso, os DADOS PESSOAIS SENSÍVEIS dos Segurados são centralizados em uma plataforma digital administrada pela Seguradora e compartilhada com os profissionais de saúde vinculados ao plano e/ou à estipulante, como parte integrante da execução do contrato de seguro saúde, valendo a aceitação deste Contrato como concordância com a finalidade prevista nesta cláusula.

3. Reembolso

Exclusivo em Terapias não Médicas**.** Terapias não Médicas são aquelas realizadas por profissionais que não sejam Médicos, desde que registrados em seus respectivos conselhos (CRP, CRFa, CRN, CREFITO).

3.1 O Segurado Titular e seus Dependentes poderão solicitar o reembolso EXCLUSIVAMENTE das terapias não médicas relacionadas na cláusula 3.1.1, solicitadas pelo médico assistente nos limites previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, comprovadamente pagas, desde que realizadas dentro da área geográfica de abrangência e área de atuação do plano.

3.1.1 Terapias Reembolsáveis não Médicas

a) Fisioterapia;

b) Nutrição;

c) Psicoterapia;

d) Fonoaudiologia;

e) Terapia Ocupacional.

f) Acupuntura

3.1.2 As terapias acima só serão cobertas se solicitadas ao Segurado por Profissional Médico registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM.

3.2 Documentação para solicitação de reembolso

3.2.1 Fisioterapia e Acupuntura

Enviar Relatório Médico, datado**, contendo** nome completo do paciente, diagnóstico, tempo de existência da doença e quadro clínico atual do paciente, descrição e justificativa para a terapia indicada, planejamento terapêutico (quantidade de sessões programadas e período de tempo), assinatura do profissional que realizou a terapia e laudo do exame de Imagem realizado relacionado à patologia, se houver e,

a) nota Fiscal original contendo razão social e CNPJ do estabelecimento, nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do Prestador de Serviço, CPF e CREFITO e assinatura do profissional que realizou a terapia, ou

b) recibo original, em formulário próprio do prestador de serviço contendo nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do prestador de serviço, CPF e CREFITO e assinatura do profissional que realizou a terapia.

3.2.2 Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Psicoterapia e Nutrição

Enviar relatório médico, datado, com indicação para o tratamento com o terapeuta, contendo nome completo do paciente, diagnóstico e quadro clínico atual do paciente, descrição e justificativa para a terapia indicada e,

a) enviar nota fiscal original contendo razão social e CNPJ do estabelecimento, nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do

prestador de serviço, CPFe número de inscrição no respectivo conselho regional, CRP, CRFa, CRN e assinatura do profissional que realizou a terapia; ou

b) enviar recibo original em formulário próprio do prestador de serviço contendo nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do prestador de serviço, CPF e número de inscrição no respectivo conselho regional, CRP, CRFa, CRN e assinatura do profissional que realizou a terapia.

3.3 O reembolso das **terapias não médicas** descritas na cláusula **3.1.1** eventualmente apresentadas pelo Segurado será realizado desde que possua cobertura e desde que o prestador utilizado pelo Segurado esteja devidamente registrado nos órgãos governamentais e de classe para a prestação dos serviços realizados.

3.4 Os valores a serem reembolsados não têm qualquer vínculo com os preços negociados pelo Segurado diretamente com **os profissionais ou clínicas** não pertencentes à rede referenciada, não havendo obrigatoriedade contratual de reembolso integral.

3.4.1. Não haverá reembolso quando a Seguradora identificar que houve o envio de mais de um recibo ou nota fiscal relacionado ao mesmo atendimento, com valores diferentes do que efetivamente foram pagos por cada procedimento, na medida em que se constitui crime previsto no art. 304 do Código Penal Brasileiro.

3.5 Tabela SulAmérica Saúde

A Tabela SulAmérica Saúde Direto contempla as **terapias não médicas,** e a relação dos códigos reembolsáveis estão relacionados nesta tabela.

3.5.1 A Tabela SulAmérica Saúde Direto está devidamente registrada no Cartório do 10º Oficial de Registro de Títulos e Documentos da Capital - SP, e disponível a todos os Segurados na sede do Estipulante, e no website sulamerica.com.br/saudeonline para realização download.

3.6 Para o cálculo de reembolso serão necessários os dados descritos a seguir:

3.6.1 Unidade de Serviço (US): É o quantitativo definido para **cada terapia não médica**, que está **contemplada** na Tabela SulAmérica Saúde Direto. A quantidade de Unidade de Serviço - US poderá ser alterada, visando mantê-la compatível com os valores praticados no mercado.

3.6.2 Múltiplos de Reembolso - São os coeficientes a serem aplicados sobre a quantidade de US apresentada na Tabela SulAmérica Saúde e estão demonstrados na cláusula 3.8 - Múltiplo de Reembolso.

3.6.3 Unidade de Serviço de Reembolso (USR) - É o coeficiente expresso em moeda corrente nacional, definido no momento da contratação do seguro.

O valor inicial da USR é de R$ 0,50 (cinquenta centavos), o qual também está expresso na Proposta de Seguro.

3.6.3.1 O valor da USR de reembolso poderá, eventualmente, ser reajustado mediante livre negociação entre a Operadora e a Contratante, em periodicidade não inferior a 12 meses, respeitando sempre o previsto na Resolução CONSU nº 8, alterada pela Resolução CONSU nº 15, que determina que o valor do reembolso não será inferior ao praticado na rede referenciada.

3.6.3.2 O reajuste do valor da USR deverá considerar, exclusivamente, a variação dos custos médicos e hospitalares dos procedimentos cobertos pelo presente contrato, não estando de qualquer forma vinculado ao índice de reajuste financeiro ou técnico do contrato.

3.7 O valor do reembolso será efetuado em moeda corrente nacional e calculado conforme fórmula abaixo:

VR = Quantidade de US* x Múltiplo de Reembolso x Valor da USR**

* Prevista na Tabela SulAmérica Saúde Direto para o procedimento realizado
** Vigente na data de atendimento médico e/ou hospitalar

3.8 Múltiplo de Reembolso

Terapia não Médica	Múltiplo de Reembolso
Fisioterapia	1,10
Nutrição	1,10
Psicoterapia	1,10
Fonoaudiologia	1,10
Terapia Ocupacional	1,10
Acupuntura	1,10

3.9 O valor correspondente à coparticipação previsto na cobertura do seguro será deduzido do valor a ser reembolsado ao Segurado Titular.

3.10 O reembolso será efetuado diretamente ao Segurado Titular, em até 30 (trinta) dias contados a partir da data do recebimento da solicitação do reembolso acompanhada de todos os documentos específicos para cada procedimento.

3.11 A Seguradora manterá em seu poder somente a guarda dos recibos e notas fiscais originais referentes às despesas ressarcidas total ou parcialmente, quando recebidos fisicamente em suas vias originais.

3.11.1 Será de responsabilidade do Segurado guardar os recibos e notas fiscais originais relacionados ao procedimento, quando a solicitação de reembolso for enviada à Seguradora de forma eletrônica, por no mínimo 05 (cinco) anos.

3.11.2 O Segurado deverá enviar a Seguradora os documentos originais, sempre que solicitado em até 05 (cinco) dias úteis, contados da data da solicitação, sob pena de seu processo de reembolso não ter a análise concluída ou, caso já tenha sido concluída e paga, ter o Segurado a obrigação de devolver o valor à Seguradora.

3.12 O valor reembolsado não será, sob nenhuma hipótese, superior ao valor efetivamente pago pelo segurado pelas respectivas despesas.

3.13 É facultado ao Segurado Titular solicitar a revisão dos valores de reembolso em até 180 (cento e oitenta) dias de seu efetivo pagamento pela Seguradora.

3.14 O prazo máximo para a apresentação dos pedidos de reembolso será de 1 (um) ano a contar da data da realização dos eventos cobertos.

4. Rede Referenciada

A Rede Referenciada está definida de acordo com o plano Direto Rio II na acomodação apartamento com localização restrita aos municípios descritos na área de atuação no item 1 acima.

5. Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa Etária

5.1 Os prêmios serão readequados quando os Segurados mudarem de faixa etária, conforme percentuais indicados na Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa.

Faixa Etária	Percentuais
0 a 18 anos	0,00%
19 a 23 anos	25,00%
24 a 28 anos	24,00%
29 a 33 anos	11,00%
34 a 38 anos	7,00%
39 a 43 anos	16,00%
44 a 48 anos	19,54%
49 a 53 anos	17,20%
54 a 58 anos	19,05%
59 anos ou +	68,45%

6. Benefícios Adicionais

Serão disponibilizados aos segurados do SulAmérica Saúde plano Direto Rio II, os benefícios adicionais a seguir, os quais estão descritos no Caderno de Benefícios Adicionais

6.1 Orientação Médica Telefônica - item 1 do Caderno de Benefícios Adicionais, respeitada a abrangência geográfica e área de atuação deste plano.

6.2 Atendimento de Urgência e Emergência fora da Região de Abrangência Geográfica do Plano Contratado - item 8 do Caderno de Benefícios Adicionais

7. Coparticipação

7.1 A coparticipação ocorre quando o Segurado realiza consultas, atendimento em pronto socorro, exames complementares e terapias, conforme descrito na Tabela de Coparticipação PME disponível no site www.sulamerica.com.br. A relação dos procedimentos constantes na Tabela de Coparticipação podem sofrer alteração.

7.2 A coparticipação será calculada de acordo com o percentual de 30% (trinta por cento) sobre o valor pago à rede, ou sobre o reembolso. Em qualquer dos casos, a coparticipação será limitada ao valor máximo pré-definido, conforme disposto na tabela abaixo.

7.3 Tabela de valor máximo pré-definido de Coparticipação:

Classificação dos procedimentos	Direto Rio II
Atendimento em Pronto Socorro	R$ 42,00
Consulta Eletiva	R$ 21,00
Exames Complementares - A	R$ 17,00
Exames Complementares - B	R$ 80,00
Terapias não Médicas	R$ 13,00

7.3.1 Os valores máximos pré definidos em reais poderão ser reajustados a cada aniversário do contrato, na forma prevista na cláusula 27.1.3. O percentual a ser aplicado será o resultado do IVCMH (índice de Variação de Custos Médicos Hospitalares).

7.4 Os valores referentes à coparticipação dos segurados na rede referenciada serão pagos à Seguradora e cobrados do Estipulante na mesma fatura do **Prêmio Mensal.**

7.5 Quando houver solicitação de reembolso nas situações previstas neste contrato, o valor de coparticipação dos segurados será descontado do valor a ser reembolsado ao Segurado Titular.

7.6 A coparticipação não é considerada como contribuição para os fins previstos nos artigos 30 e 31 da lei n.º 9.656/98.

7.7 O Estipulante será responsável pelo pagamento da coparticipação dos atendimentos realizados na vigência do seguro, independente do cancelamento do contrato e/ou desligamento do Segurado.

8. Permanecem válidas as demais condições estabelecidas nas Condições Gerais.

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Direto SP BCx Quarto Coletivo com Coparticipação

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME
Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

Este documento é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde, firmado com o Estipulante indicado na proposta de seguro por ocasião da contratação e ratifica as características essenciais do plano contratado.

1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS: Direto SP BCx Empresarial Trad.15 AHO QC COP

Acomodação Hospitalar: Quarto Coletivo

Número do Registro na ANS: 483581196

Abrangência Geográfica: Grupo de Municípios

Área de Atuação: São Paulo, Barueri, Diadema, Guarulhos, Mauá, Osasco, Santo André, São Bernardo, São Caetano e Taboão da Serra.

2. Tutela da Saúde

A tutela da saúde dos Segurados é parte integrante e indissociável do plano Direto SP BCx, composto pela gestão de cuidado médico aderente às necessidades dos Segurados, observados os termos do Rol de Procedimentos e Eventos de Saúde, editado pela ANS, vigente à época do evento, conectando os profissionais de saúde envolvidos na gestão do plano, em ações de promoção e acompanhamento de saúde e bem estar dos Segurados, com o objetivo de facilitar, aprimorar e tornar mais resolutiva a assistência à saúde. Para isso, os DADOS PESSOAIS SENSÍVEIS dos Segurados são centralizados em uma plataforma digital administrada pela Seguradora e compartilhada com os profissionais de saúde vinculados ao plano e/ou à estipulante, como parte integrante da execução do contrato de seguro saúde, valendo a aceitação deste Contrato como concordância com a finalidade prevista nesta cláusula.

3. Reembolso

Exclusivo em Terapias não Médicas. Terapias não Médicas são aquelas realizadas por profissionais que não sejam Médicos, desde que registrados em seus respectivos conselhos (CRP, CRFa, CRN, CREFITO).

3.1 O Segurado Titular e seus Dependentes poderão solicitar o reembolso EXCLUSIVAMENTE das terapias não médicas relacionadas na cláusula 3.1.1, solicitadas pelo médico assistente nos limites previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, comprovadamente pagas, desde que realizadas dentro da área geográfica de abrangência e área de atuação do plano.

3.1.1 Terapias Reembolsáveis não Médicas

a) Fisioterapia;

b) Nutrição;

c) Psicoterapia;

d) Fonoaudiologia;

e) Terapia Ocupacional.

f) Acupuntura

3.1.2 As terapias acima só serão cobertas se solicitadas ao Segurado por Profissional Médico registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM.

3.2 Documentação para solicitação de reembolso

3.2.1 Fisioterapia e Acupuntura.

Enviar Relatório Médico, datado**, contendo** nome completo do paciente, diagnóstico, tempo de existência da doença e quadro clínico atual do paciente, descrição e justificativa para a terapia indicada, planejamento terapêutico (quantidade de sessões programadas e período de tempo), assinatura do profissional que realizou a terapia e laudo do exame de Imagem realizado relacionado à patologia, se houver e,

a) nota Fiscal original contendo razão social e CNPJ do estabelecimento, nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do Prestador de Serviço, CPF e CREFITO e assinatura do profissional que realizou a terapia, ou

b) recibo original, em formulário próprio do prestador de serviço contendo nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do prestador de serviço, CPF e CREFITO e assinatura do profissional que realizou a terapia.

3.2.2 Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Psicoterapia e Nutrição

Enviar relatório médico, datado, com indicação para o tratamento com o terapeuta, contendo nome completo do paciente, diagnóstico e quadro clínico atual do paciente, descrição e justificativa para a terapia indicada e,

a) enviar nota fiscal original contendo razão social e CNPJ do estabelecimento, nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do

prestador de serviço, CPF e número de inscrição no respectivo conselho regional, CRP, CRFa, CRN e assinatura do profissional que realizou a terapia; ou

b) enviar recibo original em formulário próprio do prestador de serviço contendo nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do prestador de serviço, CPF e número de inscrição no respectivo conselho regional, CRP, CRFa, CRN e assinatura do profissional que realizou a terapia.

3.3 O reembolso das **terapias não médicas** descritas na cláusula **3.1.1** eventualmente apresentadas pelo Segurado será realizado desde que possua cobertura e desde que o prestador utilizado pelo Segurado esteja devidamente registrado nos órgãos governamentais e de classe para a prestação dos serviços realizados.

3.4 Os valores a serem reembolsados não têm qualquer vínculo com os preços negociados pelo Segurado diretamente com **os profissionais ou clínicas** não pertencentes à rede referenciada, não havendo obrigatoriedade contratual de reembolso integral.

3.4.1. Não haverá reembolso quando a Seguradora identificar que houve o envio de mais de um recibo ou nota fiscal relacionado ao mesmo atendimento, com valores diferentes do que efetivamente foram pagos por cada procedimento, na medida em que se constitui crime previsto no art. 304 do Código Penal Brasileiro.

3.5 Tabela SulAmérica Saúde

A Tabela SulAmérica Saúde Direto contempla as **terapias não médicas,** e a relação dos códigos reembolsáveis estão relacionados nesta tabela.

3.5.1 A Tabela SulAmérica Saúde Direto está devidamente registrada no Cartório do 10º Oficial de Registro de Títulos e Documentos da Capital - SP, e disponível a todos os Segurados na sede do Estipulante, e no website sulamerica.com.br/saudeonline para realização download.

3.6 Para o cálculo de reembolso serão necessários os dados descritos a seguir:

3.6.1 Unidade de Serviço (US): É o quantitativo definido para **cada terapia não médica**, que está **contemplada** na Tabela SulAmérica Saúde Direto. A quantidade de Unidade de Serviço - US poderá ser alterada, visando mantê-la compatível com os valores praticados no mercado.

3.6.2 Múltiplos de Reembolso - São os coeficientes a serem aplicados sobre a quantidade de US apresentada na Tabela SulAmérica Saúde Direto e estão demonstrados na cláusula 3.8 - Múltiplo de Reembolso.

3.6.3 Unidade de Serviço de Reembolso (USR) - É o coeficiente expresso em moeda corrente nacional, definido no momento da contratação do seguro.

O valor inicial da USR é de R$ 0,50 (cinquenta centavos), o qual também está expresso na Proposta de Seguro.

3.6.3.1 O valor da USR de reembolso poderá, eventualmente, ser reajustado mediante livre negociação entre a Operadora e a Contratante, em periodicidade não inferior a 12 meses, respeitando sempre o previsto na Resolução CONSU nº 8, alterada pela Resolução CONSU nº 15, que determina que o valor do reembolso não será inferior ao praticado na rede referenciada.

3.6.3.2 O reajuste do valor da USR deverá considerar, exclusivamente, a variação dos custos médicos e hospitalares dos procedimentos cobertos pelo presente contrato, não estando de qualquer forma vinculado ao índice de reajuste financeiro ou técnico do contrato.

3.7 O valor do reembolso será efetuado em moeda corrente nacional e calculado conforme fórmula abaixo:

VR = Quantidade de US* x Múltiplo de Reembolso x Valor da USR**

* Prevista na Tabela SulAmérica Saúde para o procedimento realizado
** Vigente na data de atendimento médico e/ou hospitalar

3.8 Múltiplo de Reembolso

Terapia não Médica	Múltiplo de Reembolso
Fisioterapia	1,10
Nutrição	1,10
Psicoterapia	1,10
Fonoaudiologia	1,10
Terapia Ocupacional	1,10
Acupuntura	1,10

3.9 O valor correspondente à coparticipação previsto na cobertura do seguro será deduzido do valor a ser reembolsado ao Segurado Titular.

3.10 O reembolso será efetuado diretamente ao Segurado Titular, em até 30 (trinta) dias contados a partir da data do recebimento da solicitação do reembolso acompanhada de todos os documentos específicos para cada procedimento.

3.11 A Seguradora manterá em seu poder somente a guarda dos recibos e notas fiscais originais referentes às despesas ressarcidas total ou parcialmente, quando recebidos fisicamente em suas vias originais.

3.11.1 Será de responsabilidade do Segurado guardar os recibos e notas fiscais originais relacionados ao procedimento, quando a solicitação de reembolso for enviada à Seguradora de forma eletrônica, por no mínimo 05 (cinco) anos.

3.11.2 O Segurado deverá enviar a Seguradora os documentos originais, sempre que solicitado em até 05 (cinco) dias úteis, contados da data da solicitação, sob pena de seu processo de reembolso não ter a análise concluída ou, caso já tenha sido concluída e paga, ter o Segurado a obrigação de devolver o valor à Seguradora.

3.12 O valor reembolsado não será, sob nenhuma hipótese, superior ao valor efetivamente pago pelo segurado pelas respectivas despesas.

3.13 É facultado ao Segurado Titular solicitar a revisão dos valores de reembolso em até 180 (cento e oitenta) dias de seu efetivo pagamento pela Seguradora.

3.14 O prazo máximo para a apresentação dos pedidos de reembolso será de 1 (um) ano a contar da data da realização dos eventos cobertos.

4. Rede Referenciada

A Rede Referenciada está definida de acordo com o plano Direto SP BCx na acomodação quarto coletivo com localização restrita aos municípios descritos na área de atuação no item 1 acima.

4.1 A rede referenciada está disponibilizada por especialidade médica.

4.2 Os atendimentos ambulatoriais realizados nas clínicas especializadas e que necessitem de avaliação cirúrgica serão direcionados para a equipe clínica do Hospital Referenciado para a especialidade que dará continuidade ao tratamento.

4.2.1 Os casos de internação clínica serão direcionados para a equipe clínica do Hospital Referenciado para a especialidade, a qual dará continuidade ao tratamento.

5. Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa Etária

5.1 Os prêmios serão readequados quando os Segurados mudarem de faixa etária, conforme percentuais indicados abaixo na Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa.

Faixa Etária	Percentuais
0 a 18 anos	0,00%
19 a 23 anos	25,00%
24 a 28 anos	24,00%
29 a 33 anos	11,00%
34 a 38 anos	7,00%
39 a 43 anos	16,00%
44 a 48 anos	19,54%
49 a 53 anos	17,20%
54 a 58 anos	19,05%
59 anos ou +	68,45%

6. Benefícios Adicionais

Serão disponibilizados aos segurados do SulAmérica Saúde plano Direto SP BCx, os benefícios adicionais a seguir, os quais estão descritos no Caderno de Benefícios Adicionais

6.2 Atendimento de Urgência e Emergência fora da Região de Abrangência Geográfica do Plano Contratado - item 8 do Caderno de Benefícios Adicionais

6.1 Orientação Médica Telefônica - Consiste exclusivamente no item 1 "a" do Caderno de Benefícios Adicionais, conforme transcrito abaixo, não abrangendo em hipótese alguma o atendimento domiciliar e remoção deste benefício.

a) Profissionais da área da saúde à disposição do segurado 24 (vinte e quatro) horas por dia, para orientação ao segurado por telefone sobre a melhor providência a ser tomada em situações de urgência e emergência, esclarecimento de dúvidas sobre dosagens de medicamentos, interpretação de exames, orientação sobre a especialidade médica a ser consultada de acordo com a necessidade do segurado, entre outros.

7. Coparticipação

7.1 A coparticipação ocorre quando o Segurado realiza consultas, atendimento em pronto socorro, exames complementares e terapias, conforme descrito na Tabela de Coparticipação PME disponível no site www.sulamerica.com.br. A relação dos procedimentos constantes na Tabela de Coparticipação podem sofrer alteração.

7.2 A coparticipação será calculada de acordo com o percentual de 30% (trinta por cento) sobre o valor pago à rede, ou sobre o reembolso. Em qualquer dos casos, a coparticipação será limitada ao valor máximo pré-definido, conforme disposto na tabela abaixo.

7.3 Tabela de valor máximo pré-definido de Coparticipação:

Classificação dos procedimentos	Direto SP BCx
Atendimento em Pronto Socorro	R$ 42,00
Consulta Eletiva	R$ 21,00
Exames Complementares - A	R$ 17,00
Exames Complementares - B	R$ 80,00
Terapias não Médicas	R$ 13,00

7.3.1 Os valores máximos pré definidos em reais poderão ser reajustados a cada aniversário do contrato, na forma prevista na cláusula 27.1.3. O percentual a ser aplicado será o resultado do IVCMH (índice de Variação de Custos Médicos Hospitalares).

7.4 Os valores referentes à coparticipação dos segurados na rede referenciada serão pagos à Seguradora e cobrados do Estipulante na mesma fatura do **Prêmio Mensal.**

7.5 Quando houver solicitação de reembolso nas situações previstas neste contrato, o valor de coparticipação dos segurados será descontado do valor a ser reembolsado ao Segurado Titular.

7.6 A coparticipação não é considerada como contribuição para os fins previstos nos artigos 30 e 31 da lei n.º 9.656/98.

7.7 O Estipulante será responsável pelo pagamento da coparticipação dos atendimentos realizados na vigência do seguro, independente do cancelamento do contrato e/ou desligamento do Segurado.

8. Permanecem válidas as demais condições estabelecidas nas Condições Gerais.

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Direto SP BCx Apartamento com Coparticipação

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME
Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

Este documento é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde, firmado com o Estipulante indicado na proposta de seguro por ocasião da contratação e ratifica as características essenciais do plano contratado.

1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS: Direto SP BCx Empresarial Trad.15 AHO QP COP

Acomodação Hospitalar: Apartamento

Número do Registro na ANS: 483579194

Abrangência Geográfica: Grupo de Municípios

Área de Atuação: São Paulo, Barueri, Diadema, Guarulhos, Mauá, Osasco, Santo André, São Bernardo, São Caetano e Taboão da Serra.

2. Tutela da Saúde

A tutela da saúde dos Segurados é parte integrante e indissociável do plano Direto SP BCx, composto pela gestão de cuidado médico aderente às necessidades dos Segurados, observados os termos do Rol de Procedimentos e Eventos de Saúde, editado pela ANS, vigente à época do evento, conectando os profissionais de saúde envolvidos na gestão do plano, em ações de promoção e acompanhamento de saúde e bem estar dos Segurados, com o objetivo de facilitar, aprimorar e tornar mais resolutiva a assistência à saúde. Para isso, os DADOS PESSOAIS SENSÍVEIS dos Segurados são centralizados em uma plataforma digital administrada pela Seguradora e compartilhada com os profissionais de saúde vinculados ao plano e/ou à estipulante, como parte integrante da execução do contrato de seguro saúde, valendo a aceitação deste Contrato como concordância com a finalidade prevista nesta cláusula.

3. Reembolso

Exclusivo em Terapias não Médicas. Terapias não Médicas são aquelas realizadas por profissionais que não sejam Médicos, desde que registrados em seus respectivos conselhos (CRP, CRFa, CRN, CREFITO).

3.1 O Segurado Titular e seus Dependentes poderão solicitar o reembolso EXCLUSIVAMENTE das terapias não médicas relacionadas na cláusula 3.1.1,

solicitadas pelo médico assistente nos limites previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, comprovadamente pagas, desde que realizadas dentro da área geográfica de abrangência e área de atuação do plano.

3.1.1 Terapias Reembolsáveis não Médicas

a) Fisioterapia;

b) Nutrição;

c) Psicoterapia;

d) Fonoaudiologia;

e) Terapia Ocupacional.

f) Acupuntura

3.1.2 As terapias acima só serão cobertas se solicitadas ao Segurado por Profissional Médico registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM.

3.2 Documentação para solicitação de reembolso

3.2.1 Fisioterapia e Acupuntura.

Enviar Relatório Médico, datado**, contendo** nome completo do paciente, diagnóstico, tempo de existência da doença e quadro clínico atual do paciente, descrição e justificativa para a terapia indicada, planejamento terapêutico (quantidade de sessões programadas e período de tempo), assinatura do profissional que realizou a terapia e laudo do exame de Imagem realizado relacionado à patologia, se houver e,

a) nota Fiscal original contendo razão social e CNPJ do estabelecimento, nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do Prestador de Serviço, CPF e CREFITO e assinatura do profissional que realizou a terapia, ou

b) recibo original, em formulário próprio do prestador de serviço contendo nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do prestador de serviço, CPF e CREFITO e assinatura do profissional que realizou a terapia.

3.2.2 Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Psicoterapia e Nutrição

Enviar relatório médico, datado, com indicação para o tratamento com o terapeuta, contendo nome completo do paciente, diagnóstico e quadro clínico atual do paciente, descrição e justificativa para a terapia indicada e,

a) enviar nota fiscal original contendo razão social e CNPJ do estabelecimento, nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do prestador de serviço, CPF e número de inscrição no respectivo

conselho regional, CRP, CRFa, CRN e assinatura do profissional que realizou a terapia; ou

b) enviar recibo original em formulário próprio do prestador de serviço contendo nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do prestador de serviço, CPF e número de inscrição no respectivo conselho regional, CRP, CRFa, CRN e assinatura do profissional que realizou a terapia.

3.3 O reembolso das **terapias não médicas** descritas na cláusula **3.1.1** eventualmente apresentadas pelo Segurado será realizado desde que possua cobertura e desde que o prestador utilizado pelo Segurado esteja devidamente registrado nos órgãos governamentais e de classe para a prestação dos serviços realizados.

3.4 Os valores a serem reembolsados não têm qualquer vínculo com os preços negociados pelo Segurado diretamente com **os profissionais ou clínicas** não pertencentes à rede referenciada, não havendo obrigatoriedade contratual de reembolso integral.

3.4.1. Não haverá reembolso quando a Seguradora identificar que houve o envio de mais de um recibo ou nota fiscal relacionado ao mesmo atendimento, com valores diferentes do que efetivamente foram pagos por cada procedimento, na medida em que se constitui crime previsto no art. 304 do Código Penal Brasileiro.

3.5 Tabela SulAmérica Saúde

A Tabela SulAmérica Saúde Direto contempla as **terapias não médicas,** e a relação dos códigos reembolsáveis estão relacionados nesta tabela.

3.5.1 A Tabela SulAmérica Saúde Direto está devidamente registrada no Cartório do 10º Oficial de Registro de Títulos e Documentos da Capital - SP, e disponível a todos os Segurados na sede do Estipulante, e no website sulamerica.com.br/saudeonline para realização download.

3.6 Para o cálculo de reembolso serão necessários os dados descritos a seguir:

3.6.1 Unidade de Serviço (US): É o quantitativo definido para **cada terapia não médica**, que está **contemplada** na Tabela SulAmérica Saúde Direto. A quantidade de Unidade de Serviço - US poderá ser alterada, visando mantê-la compatível com os valores praticados no mercado.

3.6.2 Múltiplos de Reembolso - São os coeficientes a serem aplicados sobre a quantidade de US apresentada na Tabela SulAmérica Saúde Direto e estão demonstrados na cláusula 3.8 - Múltiplo de Reembolso.

3.6.3 Unidade de Serviço de Reembolso (USR) - É o coeficiente expresso em moeda corrente nacional, definido no momento da contratação do seguro. O valor inicial da USR é de R$ 0,50 (cinquenta centavos), o qual também está expresso na Proposta de Seguro.

3.6.3.1 O valor da USR de reembolso poderá, eventualmente, ser reajustado mediante livre negociação entre a Operadora e a Contratante, em periodicidade não inferior a 12 meses, respeitando sempre o previsto na Resolução CONSU nº 8, alterada pela Resolução CONSU nº 15, que determina que o valor do reembolso não será inferior ao praticado na rede referenciada.

3.6.3.2 O reajuste do valor da USR deverá considerar, exclusivamente, a variação dos custos médicos e hospitalares dos procedimentos cobertos pelo presente contrato, não estando de qualquer forma vinculado ao índice de reajuste financeiro ou técnico do contrato.

3.7 O valor do reembolso será efetuado em moeda corrente nacional e calculado conforme fórmula abaixo:

* Prevista na Tabela SulAmérica Saúde para o procedimento realizado
** Vigente na data de atendimento médico e/ou hospitalar

3.8 Múltiplo de Reembolso

Terapia não Médica	Múltiplo de Reembolso
Fisioterapia	1,10
Nutrição	1,10
Psicoterapia	1,10
Fonoaudiologia	1,10
Terapia Ocupacional	1,10
Acupuntura	1,10

3.9 O valor correspondente à coparticipação previsto na cobertura do seguro será deduzido do valor a ser reembolsado ao Segurado Titular.

3.10 O reembolso será efetuado diretamente ao Segurado Titular, em até 30 (trinta) dias contados a partir da data do recebimento da solicitação do reembolso acompanhada de todos os documentos específicos para cada procedimento.

3.11 A Seguradora manterá em seu poder somente a guarda dos recibos e notas fiscais originais referentes às despesas ressarcidas total ou parcialmente, quando recebidos fisicamente em suas vias originais.

3.11.1 Será de responsabilidade do Segurado guardar os recibos e notas fiscais originais relacionados ao procedimento, quando a solicitação de reembolso for enviada à Seguradora de forma eletrônica, por no mínimo 05 (cinco) anos.

3.11.2 O Segurado deverá enviar a Seguradora os documentos originais, sempre que solicitado em até 05 (cinco) dias úteis, contados da data da solicitação, sob pena de seu processo de reembolso não ter a análise concluída ou, caso já tenha sido concluída e paga, ter o Segurado a obrigação de devolver o valor à Seguradora.

3.12 O valor reembolsado não será, sob nenhuma hipótese, superior ao valor efetivamente pago pelo segurado pelas respectivas despesas.

3.13 É facultado ao Segurado Titular solicitar a revisão dos valores de reembolso em até 180 (cento e oitenta) dias de seu efetivo pagamento pela Seguradora.

3.14 O prazo máximo para a apresentação dos pedidos de reembolso será de 1 (um) ano a contar da data da realização dos eventos cobertos.

4. Rede Referenciada

A Rede Referenciada está definida de acordo com o plano Direto SP BCx na acomodação apartamento com localização restrita aos municípios descritos na área de atuação no item 1 acima.

4.1 A rede referenciada está disponibilizada por especialidade médica.

4.2 Os atendimentos ambulatoriais realizados nas clínicas especializadas e que necessitem de avaliação cirúrgica serão direcionados para a equipe clínica do Hospital Referenciado para a especialidade que dará continuidade ao tratamento.

4.2.1 Os casos de internação clínica serão direcionados para a equipe clínica do Hospital Referenciado para a especialidade, a qual dará continuidade ao tratamento.

5. Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa Etária

5.1 Os prêmios serão readequados quando os Segurados mudarem de faixa etária, conforme percentuais indicados abaixo na Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa.

Faixa Etária	Percentuais
0 a 18 anos	0,00%
19 a 23 anos	25,00%
24 a 28 anos	24,00%
29 a 33 anos	11,00%
34 a 38 anos	7,00%
39 a 43 anos	16,00%
44 a 48 anos	19,54%
49 a 53 anos	17,20%
54 a 58 anos	19,05%
59 anos ou +	68,45%

6. Benefícios Adicionais

Serão disponibilizados aos segurados do SulAmérica Saúde plano Direto SP BCx, os benefícios adicionais a seguir, os quais estão descritos no Caderno de Benefícios Adicionais

6.1 **Orientação Médica Telefônica** - Consiste exclusivamente no item 1 “a” do Caderno de Benefícios Adicionais, conforme transcrito abaixo, não abrangendo em hipótese alguma o atendimento domiciliar e remoção deste benefício.

a) Profissionais da área da saúde à disposição do segurado 24 (vinte e quatro) horas por dia, para orientação ao segurado por telefone sobre a melhor providência a ser tomada em situações de urgência e emergência, esclarecimento de dúvidas sobre dosagens de medicamentos, interpretação de exames, orientação sobre a especialidade médica a ser consultada de acordo com a necessidade do segurado, entre outros.

6.2 **Atendimento de Urgência e Emergência fora da Região de Abrangência Geográfica do Plano Contratado -** item 8 do Caderno de Benefícios Adicionais

7. Coparticipação

7.1 A coparticipação ocorre quando o Segurado realiza consultas, atendimento em pronto socorro, exames complementares e terapias, conforme descrito na Tabela de Coparticipação PME disponível no site www.sulamerica.com.br. A relação dos procedimentos constantes na Tabela de Coparticipação podem sofrer alteração.

7.2 A coparticipação será calculada de acordo com o percentual de 30% (trinta por cento) sobre o valor pago à rede, ou sobre o reembolso. Em qualquer dos casos, a coparticipação será limitada ao valor máximo pré-definido, conforme disposto na tabela abaixo.

7.3 Tabela de valor máximo pré-definido de Coparticipação:

Classificação dos procedimentos	Direto SP BCx
Atendimento em Pronto Socorro	R$ 42,00
Consulta Eletiva	R$ 21,00
Exames Complementares - A	R$ 17,00
Exames Complementares - B	R$ 80,00
Terapias não Médicas	R$ 13,00

7.3.1 Os valores máximos pré definidos em reais poderão ser reajustados a cada aniversário do contrato, na forma prevista na cláusula 27.1.3. O percentual a ser aplicado será o resultado do IVCMH (índice de Variação de Custos Médicos Hospitalares).

7.4 Os valores referentes à coparticipação dos segurados na rede referenciada serão pagos à Seguradora e cobrados do Estipulante na mesma fatura do **Prêmio Mensal.**

7.5 Quando houver solicitação de reembolso nas situações previstas neste contrato, o valor de coparticipação dos segurados será descontado do valor a ser reembolsado ao Segurado Titular.

7.6 A coparticipação não é considerada como contribuição para os fins previstos nos artigos 30 e 31 da lei n.º 9.656/98.

7.7 O Estipulante será responsável pelo pagamento da coparticipação dos atendimentos realizados na vigência do seguro, independente do cancelamento do contrato e/ou desligamento do Segurado.

8. Permanecem válidas as demais condições estabelecidas nas Condições Gerais.

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Direto SP II Quarto Coletivo com Coparticipação

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

Este documento é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde, firmado com o Estipulante indicado na proposta de seguro por ocasião da contratação e ratifica as características essenciais do plano contratado.

1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS: Direto SP II Empresarial Trad.15 AHO QC COP

Acomodação Hospitalar: Quarto Coletivo

Número do Registro na ANS: 485639202

Abrangência Geográfica: Grupo de Municípios

Área de Atuação: São Paulo, Barueri, Carapicuíba, Diadema, Guarulhos, Mauá, Osasco, Ribeirão Pires, Santo André, São Bernardo, São Caetano do Sul e Taboão da Serra.

2. Tutela da Saúde

A tutela da saúde dos Segurados é parte integrante e indissociável do plano Direto SP II, composto pela gestão de cuidado médico aderente às necessidades dos Segurados, observados os termos do Rol de Procedimentos e Eventos de Saúde, editado pela ANS, vigente à época do evento, conectando os profissionais de saúde envolvidos na gestão do plano, em ações de promoção e acompanhamento de saúde e bem estar dos Segurados, com o objetivo de facilitar, aprimorar e tornar mais resolutiva a assistência à saúde. Para isso, os DADOS PESSOAIS SENSÍVEIS dos Segurados são centralizados em uma plataforma digital administrada pela Seguradora e compartilhada com os profissionais de saúde vinculados ao plano e/ou à estipulante, como parte integrante da execução do contrato de seguro saúde, valendo a aceitação deste Contrato como concordância com a finalidade prevista nesta cláusula.

3. Reembolso

Exclusivo em Terapias não Médicas. Terapias não Médicas são aquelas realizadas por profissionais que não sejam Médicos, desde que registrados em seus respectivos conselhos (CRP, CRFa, CRN, CREFITO).

3.1 O Segurado Titular e seus Dependentes poderão solicitar o reembolso EXCLUSIVAMENTE das terapias não médicas relacionadas na cláusula 3.1.1, solicitadas pelo médico assistente nos limites previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, comprovadamente pagas, desde que realizadas dentro da área geográfica de abrangência e área de atuação do plano.

3.1.1 Terapias Reembolsáveis não Médicas

a) Fisioterapia;

b) Nutrição;

c) Psicoterapia;

d) Fonoaudiologia;

e) Terapia Ocupacional.

f) Acupuntura

3.1.2 As terapias acima só serão cobertas se solicitadas ao Segurado por Profissional Médico registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM.

3.2 Documentação para solicitação de reembolso

3.2.1 Fisioterapia e Acupuntura.

Enviar Relatório Médico, datado**, contendo** nome completo do paciente, diagnóstico, tempo de existência da doença e quadro clínico atual do paciente, descrição e justificativa para a terapia indicada, planejamento terapêutico (quantidade de sessões programadas e período de tempo), assinatura do profissional que realizou a terapia e laudo do exame de Imagem realizado relacionado à patologia, se houver e,

a) nota Fiscal original contendo razão social e CNPJ do estabelecimento, nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do Prestador de Serviço, CPF e CREFITO e assinatura do profissional que realizou a terapia, ou

b) recibo original, em formulário próprio do prestador de serviço contendo nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do prestador de serviço, CPF e CREFITO e assinatura do profissional que realizou a terapia.

3.2.2 Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Psicoterapia e Nutrição

Enviar relatório médico, datado, com indicação para o tratamento com o terapeuta, contendo nome completo do paciente, diagnóstico e quadro clínico atual do paciente, descrição e justificativa para a terapia indicada e,

a) enviar nota fiscal original contendo razão social e CNPJ do estabelecimento, nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do

prestador de serviço, CPF e número de inscrição no respectivo conselho regional, CRP, CRFa, CRN e assinatura do profissional que realizou a terapia; ou

b) enviar recibo original em formulário próprio do prestador de serviço contendo nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do prestador de serviço, CPF e número de inscrição no respectivo conselho regional, CRP, CRFa, CRN e assinatura do profissional que realizou a terapia.

3.3 O reembolso das **terapias não médicas** descritas na cláusula **3.1.1** eventualmente apresentadas pelo Segurado será realizado desde que possua cobertura e desde que o prestador utilizado pelo Segurado esteja devidamente registrado nos órgãos governamentais e de classe para a prestação dos serviços realizados.

3.4 Os valores a serem reembolsados não têm qualquer vínculo com os preços negociados pelo Segurado diretamente com **os profissionais ou clínicas** não pertencentes à rede referenciada, não havendo obrigatoriedade contratual de reembolso integral.

3.4.1. Não haverá reembolso quando a Seguradora identificar que houve o envio de mais de um recibo ou nota fiscal relacionado ao mesmo atendimento, com valores diferentes do que efetivamente foram pagos por cada procedimento, na medida em que se constitui crime previsto no art. 304 do Código Penal Brasileiro.

3.5 Tabela SulAmérica Saúde

A Tabela SulAmérica Saúde Direto contempla as **terapias não médicas,** e a relação dos códigos reembolsáveis estão relacionados nesta tabela.

3.5.1 A Tabela SulAmérica Saúde Direto está devidamente registrada no Cartório do 10º Oficial de Registro de Títulos e Documentos da Capital - SP, e disponível a todos os Segurados na sede do Estipulante, e no website sulamerica.com.br/saudeonline para realização download.

3.6 Para o cálculo de reembolso serão necessários os dados descritos a seguir:

3.6.1 Unidade de Serviço (US): É o quantitativo definido para **cada terapia não médica**, que está **contemplada** na Tabela SulAmérica Saúde Direto. A quantidade de Unidade de Serviço - US poderá ser alterada, visando mantê-la compatível com os valores praticados no mercado.

3.6.2 Múltiplos de Reembolso - São os coeficientes a serem aplicados sobre a quantidade de US apresentada na Tabela SulAmérica Saúde Direto e estão demonstrados na cláusula 3.8 - Múltiplo de Reembolso.

3.6.3 Unidade de Serviço de Reembolso (USR) - É o coeficiente expresso em moeda corrente nacional, definido no momento da contratação do seguro.

O valor inicial da USR é de R$ 0,50 (cinquenta centavos), o qual também está expresso na Proposta de Seguro.

3.6.3.1 O valor da USR de reembolso poderá, eventualmente, ser reajustado mediante livre negociação entre a Operadora e a Contratante, em periodicidade não inferior a 12 meses, respeitando sempre o previsto na Resolução CONSU nº 8, alterada pela Resolução CONSU nº 15, que determina que o valor do reembolso não será inferior ao praticado na rede referenciada.

3.6.3.2 O reajuste do valor da USR deverá considerar, exclusivamente, a variação dos custos médicos e hospitalares dos procedimentos cobertos pelo presente contrato, não estando de qualquer forma vinculado ao índice de reajuste financeiro ou técnico do contrato.

3.7 O valor do reembolso será efetuado em moeda corrente nacional e calculado conforme fórmula abaixo:

VR = Quantidade de US* x Múltiplo de Reembolso x Valor da USR**

* Prevista na Tabela SulAmérica Saúde para o procedimento realizado
** Vigente na data de atendimento médico e/ou hospitalar

3.8 Múltiplo de Reembolso

Terapia não Médica	Múltiplo de Reembolso
Fisioterapia	1,10
Nutrição	1,10
Psicoterapia	1,10
Fonoaudiologia	1,10
Terapia Ocupacional	1,10
Acupuntura	1,10

3.9 O valor correspondente à coparticipação previsto na cobertura do seguro será deduzido do valor a ser reembolsado ao Segurado Titular.

3.10 O reembolso será efetuado diretamente ao Segurado Titular, em até 30 (trinta) dias contados a partir da data do recebimento da solicitação do reembolso acompanhada de todos os documentos específicos para cada procedimento.

3.11 A Seguradora manterá em seu poder somente a guarda dos recibos e notas fiscais originais referentes às despesas ressarcidas total ou parcialmente, quando recebidos fisicamente em suas vias originais.

3.11.1 Será de responsabilidade do Segurado guardar os recibos e notas fiscais originais relacionados ao procedimento, quando a solicitação de reembolso for enviada à Seguradora de forma eletrônica, por no mínimo 05 (cinco) anos.

3.11.2 O Segurado deverá enviar a Seguradora os documentos originais, sempre que solicitado em até 05 (cinco) dias úteis, contados da data da solicitação, sob pena de seu processo de reembolso não ter a análise concluída ou, caso já tenha sido concluída e paga, ter o Segurado a obrigação de devolver o valor à Seguradora.

3.12 O valor reembolsado não será, sob nenhuma hipótese, superior ao valor efetivamente pago pelo segurado pelas respectivas despesas.

3.13 É facultado ao Segurado Titular solicitar a revisão dos valores de reembolso em até 180 (cento e oitenta) dias de seu efetivo pagamento pela Seguradora.

3.14 O prazo máximo para a apresentação dos pedidos de reembolso será de 1 (um) ano a contar da data da realização dos eventos cobertos.

4. Rede Referenciada

A Rede Referenciada está definida de acordo com o plano Direto SP II na acomodação quarto coletivo com localização restrita aos municípios descritos na área de atuação no item 1 acima.

5. Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa Etária

5.1 Os prêmios serão readequados quando os Segurados mudarem de faixa etária, conforme percentuais indicados abaixo na Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa.

Faixa Etária	Percentuais
0 a 18 anos	0,00%
19 a 23 anos	25,00%
24 a 28 anos	24,00%
29 a 33 anos	11,00%
34 a 38 anos	7,00%
39 a 43 anos	16,00%
44 a 48 anos	19,54%
49 a 53 anos	17,20%
54 a 58 anos	19,05%
59 anos ou +	68,45%

6. Benefícios Adicionais

Serão disponibilizados aos segurados do SulAmérica Saúde plano Direto SP II, os benefícios adicionais a seguir, os quais estão descritos no Caderno de Benefícios Adicionais

6.1 Orientação Médica Telefônica - Consiste exclusivamente no item 1 “a” do Caderno de Benefícios Adicionais, conforme transcrito abaixo, não abrangendo em hipótese alguma o atendimento domiciliar e remoção deste benefício.

a) Profissionais da área da saúde à disposição do segurado 24 (vinte e quatro) horas por dia, para orientação ao segurado por telefone sobre a melhor

providência a ser tomada em situações de urgência e emergência, esclarecimento de dúvidas sobre dosagens de medicamentos, interpretação de exames, orientação sobre a especialidade médica a ser consultada de acordo com a necessidade do segurado, entre outros.

6.2 Atendimento de Urgência e Emergência fora da Região de Abrangência Geográfica do Plano Contratado - item 8 do Caderno de Benefícios Adicionais

7. Coparticipação

7.1 A coparticipação ocorre quando o Segurado realiza consultas, atendimento em pronto socorro, exames complementares e terapias, conforme descrito na Tabela de Coparticipação PME disponível no site www.sulamerica.com.br. A relação dos procedimentos constantes na Tabela de Coparticipação podem sofrer alteração.

7.2 A coparticipação será calculada de acordo com o percentual de 30% (trinta por cento) sobre o valor pago à rede, ou sobre o reembolso. Em qualquer dos casos, a coparticipação será limitada ao valor máximo pré-definido, conforme disposto na tabela abaixo.

7.3 Tabela de valor máximo pré-definido de Coparticipação:

Classificação dos procedimentos	Direto SP II
Atendimento em Pronto Socorro	R$ 42,00
Consulta Eletiva	R$ 21,00
Exames Complementares - A	R$ 17,00
Exames Complementares - B	R$ 80,00
Terapias não Médicas	R$ 13,00

7.3.1 Os valores máximos pré definidos em reais poderão ser reajustados a cada aniversário do contrato, na forma prevista na cláusula 27.1.3. O percentual a ser aplicado será o resultado do IVCMH (índice de Variação de Custos Médicos Hospitalares).

7.4 Os valores referentes à coparticipação dos segurados na rede referenciada serão pagos à Seguradora e cobrados do Estipulante na mesma fatura do **Prêmio Mensal.**

7.5 Quando houver solicitação de reembolso nas situações previstas neste contrato, o valor de coparticipação dos segurados será descontado do valor a ser reembolsado ao Segurado Titular.

7.6 A coparticipação não é considerada como contribuição para os fins previstos nos artigos 30 e 31 da lei n.º 9.656/98.

7.7 O Estipulante será responsável pelo pagamento da coparticipação dos atendimentos realizados na vigência do seguro, independente do cancelamento do contrato e/ou desligamento do Segurado.

8. Permanecem válidas as demais condições estabelecidas nas Condições Gerais.

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Direto SP II Apartamento com Coparticipação

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

Este documento é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde, firmado com o Estipulante indicado na proposta de seguro por ocasião da contratação e ratifica as características essenciais do plano contratado.

1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS: Direto SP II Empresarial Trad.15 AHO QP COP

Acomodação Hospitalar: Apartamento

Número do Registro na ANS: 485638204

Abrangência Geográfica: Grupo de Municípios

Área de Atuação: São Paulo, Barueri, Carapicuíba, Diadema, Guarulhos, Mauá, Osasco, Ribeirão Pires, Santo André, São Bernardo, São Caetano do Sul e Taboão da Serra.

2. Tutela da Saúde

A tutela da saúde dos Segurados é parte integrante e indissociável do plano Direto SP II, composto pela gestão de cuidado médico aderente às necessidades dos Segurados, observados os termos do Rol de Procedimentos e Eventos de Saúde, editado pela ANS, vigente à época do evento, conectando os profissionais de saúde envolvidos na gestão do plano, em ações de promoção e acompanhamento de saúde e bem estar dos Segurados, com o objetivo de facilitar, aprimorar e tornar mais resolutiva a assistência à saúde. Para isso, os DADOS PESSOAIS SENSÍVEIS dos Segurados são centralizados em uma plataforma digital administrada pela Seguradora e compartilhada com os profissionais de saúde vinculados ao plano e/ou à estipulante, como parte integrante da execução do contrato de seguro saúde, valendo a aceitação deste Contrato como concordância com a finalidade prevista nesta cláusula.

3. Reembolso

Exclusivo em Terapias não Médicas. Terapias não Médicas são aquelas realizadas por profissionais que não sejam Médicos, desde que registrados em seus respectivos conselhos (CRP, CRFa, CRN, CREFITO).

3.1 O Segurado Titular e seus Dependentes poderão solicitar o reembolso EXCLUSIVAMENTE das terapias não médicas relacionadas na cláusula 3.1.1, solicitadas pelo médico assistente nos limites previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, comprovadamente pagas, desde que realizadas dentro da área geográfica de abrangência e área de atuação do plano.

3.1.1 Terapias Reembolsáveis não Médicas

a) Fisioterapia;

b) Nutrição;

c) Psicoterapia;

d) Fonoaudiologia;

e) Terapia Ocupacional.

f) Acupuntura

3.1.2 As terapias acima só serão cobertas se solicitadas ao Segurado por Profissional Médico registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM.

3.2 Documentação para solicitação de reembolso

3.2.1 Fisioterapia e Acupuntura.

Enviar Relatório Médico, datado**, contendo** nome completo do paciente, diagnóstico, tempo de existência da doença e quadro clínico atual do paciente, descrição e justificativa para a terapia indicada, planejamento terapêutico (quantidade de sessões programadas e período de tempo), assinatura do profissional que realizou a terapia e laudo do exame de Imagem realizado relacionado à patologia, se houver e,

a) nota Fiscal original contendo razão social e CNPJ do estabelecimento, nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do Prestador de Serviço, CPF e CREFITO e assinatura do profissional que realizou a terapia, ou

b) recibo original, em formulário próprio do prestador de serviço contendo nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do prestador de serviço, CPF e CREFITO e assinatura do profissional que realizou a terapia.

3.2.2 Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Psicoterapia e Nutrição

Enviar relatório médico, datado, com indicação para o tratamento com o terapeuta, contendo nome completo do paciente, diagnóstico e quadro clínico atual do paciente, descrição e justificativa para a terapia indicada e,

a) enviar nota fiscal original contendo razão social e CNPJ do estabelecimento, nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do

prestador de serviço, CPF e número de inscrição no respectivo conselho regional, CRP, CRFa, CRN e assinatura do profissional que realizou a terapia; ou

b) enviar recibo original em formulário próprio do prestador de serviço contendo nome completo e CPF do paciente atendido, endereço completo e telefone do local de atendimento, datas, quantidades e valores individuais das sessões, nome completo do prestador de serviço, CPF e número de inscrição no respectivo conselho regional, CRP, CRFa, CRN e assinatura do profissional que realizou a terapia.

3.3 O reembolso das **terapias não médicas** descritas na cláusula **3.1.1** eventualmente apresentadas pelo Segurado será realizado desde que possua cobertura e desde que o prestador utilizado pelo Segurado esteja devidamente registrado nos órgãos governamentais e de classe para a prestação dos serviços realizados.

3.4 Os valores a serem reembolsados não têm qualquer vínculo com os preços negociados pelo Segurado diretamente com **os profissionais ou clínicas** não pertencentes à rede referenciada, não havendo obrigatoriedade contratual de reembolso integral.

3.4.1. Não haverá reembolso quando a Seguradora identificar que houve o envio de mais de um recibo ou nota fiscal relacionado ao mesmo atendimento, com valores diferentes do que efetivamente foram pagos por cada procedimento, na medida em que se constitui crime previsto no art. 304 do Código Penal Brasileiro.

3.5 Tabela SulAmérica Saúde

A Tabela SulAmérica Saúde Direto contempla as **terapias não médicas,** e a relação dos códigos reembolsáveis estão relacionados nesta tabela.

3.5.1 A Tabela SulAmérica Saúde Direto está devidamente registrada no Cartório do 10º Oficial de Registro de Títulos e Documentos da Capital - SP, e disponível a todos os Segurados na sede do Estipulante, e no website sulamerica.com.br/saudeonline para realização download.

3.6 Para o cálculo de reembolso serão necessários os dados descritos a seguir:

3.6.1 Unidade de Serviço (US): É o quantitativo definido para **cada terapia não médica**, que está **contemplada** na Tabela SulAmérica Saúde Direto. A quantidade de Unidade de Serviço - US poderá ser alterada, visando mantê-la compatível com os valores praticados no mercado.

3.6.2 Múltiplos de Reembolso - São os coeficientes a serem aplicados sobre a quantidade de US apresentada na Tabela SulAmérica Saúde Direto e estão demonstrados na cláusula 3.8 - Múltiplo de Reembolso.

3.6.3 Unidade de Serviço de Reembolso (USR) - É o coeficiente expresso em moeda corrente nacional, definido no momento da contratação do seguro.

O valor inicial da USR é de R$ 0,50 (cinquenta centavos), o qual também está expresso na Proposta de Seguro.

3.6.3.1 O valor da USR de reembolso poderá, eventualmente, ser reajustado mediante livre negociação entre a Operadora e a Contratante, em periodicidade não inferior a 12 meses, respeitando sempre o previsto na Resolução CONSU nº 8, alterada pela Resolução CONSU nº 15, que determina que o valor do reembolso não será inferior ao praticado na rede referenciada.

3.6.3.2 O reajuste do valor da USR deverá considerar, exclusivamente, a variação dos custos médicos e hospitalares dos procedimentos cobertos pelo presente contrato, não estando de qualquer forma vinculado ao índice de reajuste financeiro ou técnico do contrato.

3.7 O valor do reembolso será efetuado em moeda corrente nacional e calculado conforme fórmula abaixo:

* Prevista na Tabela SulAmérica Saúde para o procedimento realizado
** Vigente na data de atendimento médico e/ou hospitalar

3.8 Múltiplo de Reembolso

Terapia não Médica	Múltiplo de Reembolso
Fisioterapia	1,10
Nutrição	1,10
Psicoterapia	1,10
Fonoaudiologia	1,10
Terapia Ocupacional	1,10
Acupuntura	1,10

3.9 O valor correspondente à coparticipação previsto na cobertura do seguro será deduzido do valor a ser reembolsado ao Segurado Titular.

3.10 O reembolso será efetuado diretamente ao Segurado Titular, em até 30 (trinta) dias contados a partir da data do recebimento da solicitação do reembolso acompanhada de todos os documentos específicos para cada procedimento.

3.11 A Seguradora manterá em seu poder somente a guarda dos recibos e notas fiscais originais referentes às despesas ressarcidas total ou parcialmente, quando recebidos fisicamente em suas vias originais.

3.11.1 Será de responsabilidade do Segurado guardar os recibos e notas fiscais originais relacionados ao procedimento, quando a solicitação de reembolso for enviada à Seguradora de forma eletrônica, por no mínimo 05 (cinco) anos.

3.11.2 O Segurado deverá enviar a Seguradora os documentos originais, sempre que solicitado em até 05 (cinco) dias úteis, contados da data da solicitação, sob pena de seu processo de reembolso não ter a análise concluída ou,

caso já tenha sido concluída e paga, ter o Segurado a obrigação de devolver o valor à Seguradora.

3.12 O valor reembolsado não será, sob nenhuma hipótese, superior ao valor efetivamente pago pelo segurado pelas respectivas despesas.

3.13 É facultado ao Segurado Titular solicitar a revisão dos valores de reembolso em até 180 (cento e oitenta) dias de seu efetivo pagamento pela Seguradora.

3.14 O prazo máximo para a apresentação dos pedidos de reembolso será de 1 (um) ano a contar da data da realização dos eventos cobertos.

4. Rede Referenciada

A Rede Referenciada está definida de acordo com o plano Direto SP II na acomodação quarto coletivo com localização restrita aos municípios descritos na área de atuação no item 1 acima.

5. Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa Etária

5.1 Os prêmios serão readequados quando os Segurados mudarem de faixa etária, conforme percentuais indicados abaixo na Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa.

Faixa Etária	Percentuais
0 a 18 anos	0,00%
19 a 23 anos	25,00%
24 a 28 anos	24,00%
29 a 33 anos	11,00%
34 a 38 anos	7,00%
39 a 43 anos	16,00%
44 a 48 anos	19,54%
49 a 53 anos	17,20%
54 a 58 anos	19,05%
59 anos ou +	68,45%

6. Benefícios Adicionais

Serão disponibilizados aos segurados do SulAmérica Saúde plano Direto SP II, os benefícios adicionais a seguir, os quais estão descritos no Caderno de Benefícios Adicionais

6.1 Orientação Médica Telefônica - Consiste exclusivamente no item 1 “a” do Caderno de Benefícios Adicionais, conforme transcrito abaixo, não abrangendo em hipótese alguma o atendimento domiciliar e remoção deste benefício.

a) Profissionais da área da saúde à disposição do segurado 24 (vinte e quatro) horas por dia, para orientação ao segurado por telefone sobre a melhor providência a ser tomada em situações de urgência e emergência,

esclarecimento de dúvidas sobre dosagens de medicamentos, interpretação de exames, orientação sobre a especialidade médica a ser consultada de acordo com a necessidade do segurado, entre outros.

6.2 Atendimento de Urgência e Emergência fora da Região de Abrangência Geográfica do Plano Contratado - item 8 do Caderno de Benefícios Adicionais

7. Coparticipação

7.1 A coparticipação ocorre quando o Segurado realiza consultas, atendimento em pronto socorro, exames complementares e terapias, conforme descrito na Tabela de Coparticipação PME disponível no site www.sulamerica.com.br. A relação dos procedimentos constantes na Tabela de Coparticipação podem sofrer alteração.

7.2 A coparticipação será calculada de acordo com o percentual de 30% (trinta por cento) sobre o valor pago à rede, ou sobre o reembolso. Em qualquer dos casos, a coparticipação será limitada ao valor máximo pré-definido, conforme disposto na tabela abaixo.

7.3 Tabela de valor máximo pré-definido de Coparticipação:

Classificação dos procedimentos	Direto SP II
Atendimento em Pronto Socorro	R$ 42,00
Consulta Eletiva	R$ 21,00
Exames Complementares - A	R$ 17,00
Exames Complementares - B	R$ 80,00
Terapias não Médicas	R$ 13,00

7.3.1 Os valores máximos pré definidos em reais poderão ser reajustados a cada aniversário do contrato, na forma prevista na cláusula 27.1.3. O percentual a ser aplicado será o resultado do IVCMH (índice de Variação de Custos Médicos Hospitalares).

7.4 Os valores referentes à coparticipação dos segurados na rede referenciada serão pagos à Seguradora e cobrados do Estipulante na mesma fatura do **Prêmio Mensal.**

7.5 Quando houver solicitação de reembolso nas situações previstas neste contrato, o valor de coparticipação dos segurados será descontado do valor a ser reembolsado ao Segurado Titular.

7.6 A coparticipação não é considerada como contribuição para os fins previstos nos artigos 30 e 31 da lei n.º 9.656/98.

7.7 O Estipulante será responsável pelo pagamento da coparticipação dos atendimentos realizados na vigência do seguro, independente do cancelamento do contrato e/ou desligamento do Segurado.

8. Permanecem válidas as demais condições estabelecidas nas Condições Gerais.

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Exato Quarto Coletivo com Coparticipação

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

Este documento é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde, firmado com o Estipulante indicado na proposta de seguro por ocasião da contratação.

1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS: Exato Empresarial/PME Trad.15 AHO QC COP

Acomodação Hospitalar: Quarto Coletivo

Número do Registro na ANS: 473965155

Abrangência Geográfica: Nacional

2. Reembolso

2.1 O Segurado Titular e seus Dependentes poderão solicitar o reembolso das despesas médicas e hospitalares cobertas, comprovadamente pagas, às quais serão reembolsadas de acordo com o plano de seguro contratado e a Tabela SulAmérica Saúde, quando optarem por não utilizar a rede referenciada.

2.1.1 O reembolso também será garantido nos casos em que não for possível o atendimento de urgência e emergência na rede referenciada, de acordo com o plano contratado.

2.2 O reembolso das despesas médico-hospitalares eventualmente apresentadas pelo Segurado será realizado desde que possua cobertura pelo plano contratado e desde que o prestador utilizado pelo Segurado esteja devidamente registrado nos órgãos governamentais e de classe para a prestação dos serviços realizados.

2.3 Para garantir o reembolso das despesas cobertas, o Segurado deverá solicitar com antecedência à realização do evento, a validação prévia da Seguradora, exceto para urgência e emergência.

2.4 Os valores a serem reembolsados não têm qualquer vínculo com os preços negociados pelo Segurado diretamente com os médicos ou instituições médicas não pertencentes à rede referenciada, não havendo obrigatoriedade contratual de reembolso integral.

2.4.1 Não haverá reembolso quando a Seguradora identificar que houve o envio de mais de um recibo ou nota fiscal relacionado ao mesmo atendimento, com valores diferentes do que efetivamente foram pagos por cada procedimento, na medida em que se constitui crime previsto no art. 304 do Código Penal Brasileiro

2.5 Diárias Hospitalares: para efeito de reembolso as diárias hospitalares de UTI e de parto incluem:

a) diárias hospitalares incluem : registros hospitalares, alojamento, alimentação do paciente, alimentação do acompanhante de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, banho no leito, administração de medicamentos e todos os outros serviços de enfermagem;

b) diárias de UTI incluem: além dos serviços da diária normal, a monitorização cardiorespiratória e toda a assistência respiratória;

c) partos incluem: a permanência da parturiente e do recém-nascido em instalações adequadas e todos os cuidados necessários durante o trabalho de parto.

2.6 Taxas de Sala: para efeito de reembolso são consideradas taxas de sala:

a) As taxas de sala cirúrgica, previstas na Tabela SulAmérica Saúde, só serão cobertas quando a cirurgia for realizada em centro cirúrgico devidamente instalado e equipado;

b) As taxas de sala cirúrgica incluem: assepsia, utilização das instalações, dos equipamentos, do instrumental cirúrgico e de roupas, além da esterilização do material e os serviços de enfermagem;

c) As demais taxas de sala (observação, recuperação pós-anestésica, cirurgia ambulatorial, gesso e exames/tratamentos especializados) serão pagas de acordo com o constante na Tabela SulAmérica Saúde para o procedimento realizado;

d) As taxas de sala são pagas conforme a cirurgia, baseando-se no porte anestésico apresentado na Tabela SulAmérica Saúde. Porte anestésico zero significa a não participação do anestesista, caso em que a taxa de sala não é devida;

e) Quando dois ou mais atos cirúrgicos forem realizados simultaneamente, pela mesma equipe cirúrgica, ou por equipes distintas, é devida somente uma taxa de sala, correspondente à cirurgia de maior porte.

2.7 Medicamentos e Materiais

O reembolso de medicamentos e materiais cirúrgicos será efetuado com base nos preços negociados na rede referenciada do plano, vigentes na data de sua utilização, de forma a garantir o que determina a Resolução CONSU 08, alterada pela Resolução CONSU 15.

2.8 Serão reembolsadas as Consultas, Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia, Honorários Profissionais de Atendimento Ambulatorial e Internações Hospitalares.

2.8.1 O reembolso de honorários profissionais será efetuado com base na Tabela SulAmérica Saúde, obedecida à quantidade de auxiliares e o porte anestésico, previstos para cada procedimento.

2.9 Tabela SulAmérica Saúde

Os procedimentos médicos estão contemplados na Tabela SulAmérica Saúde que está em conformidade com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e poderá ser atualizada com inclusões e/ou exclusões, além das coberturas adicionais definidas pela Seguradora.

2.9.1 A Tabela SulAmérica Saúde está devidamente registrada no Cartório do 10º Oficial de Registro de Títulos e Documentos da Capital - SP, e disponível a todos os Segurados na sede do Estipulante, e no website sulamerica.com.br/ saudeonline de acordo com a segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia, disponibilizada para realizar download.

2.10 Para o cálculo de reembolso serão necessários os dados descritos a seguir:

2.10.1 Unidade de Serviço (US): É o quantitativo definido para cada procedimento, que está descrito na Tabela SulAmérica Saúde. A quantidade de Unidade de Serviço - US de determinados procedimentos poderá ser alterada, visando mantê-las compatíveis com os valores praticados no mercado.

2.10.2 Múltiplos de Reembolso - São os coeficientes a serem aplicados sobre a quantidade de US apresentadas na Tabela SulAmérica Saúde e estão demonstrados na cláusula 2.12 - Múltiplo de Reembolso.

2.10.3 Unidade de Serviço de Reembolso (USR) - É o coeficiente expresso em moeda corrente nacional, definido no momento da contratação do seguro. **O valor inicial da USR é de R$ 0,50 (cinquenta centavos), o qual também está expresso na Proposta de Seguro.**

2.10.3.1 O valor da USR de reembolso poderá, eventualmente, ser reajustado em periodicidade não inferior a 12 (doze) 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 referenciada.

2.10.3.2 O reajuste do valor da USR deverá considerar exclusivamente a variação dos custos médicos e hospitalares dos procedimentos cobertos pelo presente contrato, não estando de qualquer forma vinculado ao índice de reajuste financeiro ou técnico do contrato.

2.11 O valor do reembolso será efetuado em moeda corrente nacional e calculado conforme fórmula abaixo:

VR = Quantidade de US* x Múltiplo de Reembolso x Valor da USR**

* Prevista na Tabela SulAmérica Saúde para o procedimento realizado
** Vigente na data de atendimento médico e/ou hospitalar

2.12 Múltiplo de Reembolso

Segurado não Internado		**Segurado Internado**		
Consultas	**Exames/Terapias e Demais Procedimentos Ambulatoriais**	**Honorários Médicos**	**Diárias / Despesas Hospitalares**	**SADT***
1,8	0,6	0,6	0,6	0,6

* SADT = Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia

2.13 O valor correspondente à coparticipação previsto na cobertura do seguro será deduzido do valor a ser reembolsado ao Segurado Titular.

2.14 O reembolso será efetuado diretamente ao Segurado Titular, em até 30 (trinta) dias contados a partir da data do recebimento da solicitação do reembolso acompanhada de todos os documentos específicos para cada procedimento.

2.15 A Seguradora somente manterá em seu poder a guarda dos recibos e notas fiscais originais referentes às despesas ressarcidas total ou parcialmente, quando recebidos fisicamente em suas vias originais.

2.15.1 Será de responsabilidade do Segurado guardar os recibos e notas fiscais originais relacionados ao procedimento, quando a solicitação de reembolso for enviada à Seguradora de forma eletrônica, por no mínimo 05 (cinco) anos.

2.15.2 O Segurado deverá enviar à Seguradora os documentos originais, em até 05 (cinco) dias úteis, contados da data da solicitação, sob pena de seu processo de reembolso não ter a análise concluída ou, caso já tenha sido concluída e paga ter o Segurado a obrigação de devolver o valor à Seguradora.

2.16 O valor reembolsado não será, sob nenhuma hipótese, superior ao valor efetivamente pago pelo segurado pelas respectivas despesas.

2.17 É facultado ao Segurado Titular solicitar a revisão dos valores de reembolso em até 180 (cento e oitenta) dias de seu efetivo pagamento pela Seguradora.

2.18 Antes do recebimento do Cartão SulAmérica Saúde para acesso à Rede Referenciada, será garantido ao Segurado, o reembolso das despesas cobertas realizadas, de acordo com o plano contratado.

2.19 O prazo máximo para a apresentação dos pedidos de reembolso será de 1 (um) ano a contar da data da realização dos eventos cobertos.

2.20 Para solicitação do reembolso das despesas médicas e/ou hospitalares serão necessários os seguintes documentos:

a) Cópia do cartão de identificação;

b) Recibo original em formulário próprio do prestador de serviços com CPF e endereço e/ou nota fiscal original, constando:

- Relatório médico informando diagnóstico, tratamento realizado, tempo de existência da doença, etiologia e laudo de exames, inclusive biopsia e anatomopatológico, se houver;
- Descrição do serviço realizado, quantidade com valor unitário, datas de atendimento, especialidade e CRM do médico;
- Descrição de materiais e medicamentos com valor unitário, e laudos de exames, se necessário, a critério da Seguradora;

c) Para os casos de solicitação de reembolso dos serviços de remoção, na nota fiscal deverá constar o total de quilômetros rodados, hospital de origem e destino, especificação do tipo de ambulância (UTI ou simples) e relatório do médico assistente justificando a necessidade da remoção.

d) Para os casos de solicitação de reembolso de parto, deverá ser apresentado o partograma ou relatório médico detalhado.

2.20.1 Se os documentos apresentados não possibilitarem a comprovação de despesas específicas e analise técnica necessária para o reembolso das despesas médico-hospitalares realizadas, a Seguradora solicitará documentos ou informações complementares, o que acarretará a recontagem do prazo estabelecido nestas condições gerais.

2.20.2 Além dos recibos e notas fiscais a Seguradora poderá solicitar outros comprovantes que demonstrem o efetivo desembolso, como por exemplo, microfilmagem de cheque e demonstrativo bancário.

3. Rede Referenciada

A Rede Referenciada está definida de acordo com o plano Exato na acomodação quarto coletivo e disponível no território nacional.

4. Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa Etária

Faixa Etária	Percentuais
0 a 18 anos	0,00%
19 a 23 anos	25,00%
24 a 28 anos	24,00%
29 a 33 anos	11,00%
34 a 38 anos	7,00%
39 a 43 anos	16,00%
44 a 48 anos	19,54%
49 a 53 anos	17,20%
54 a 58 anos	19,05%
59 anos ou +	68,45%

5. Coberturas Adicionais

Será garantida aos segurados do SulAmérica Saúde plano Exato a cobertura para os itens a seguir conforme descrito no Termo de Coberturas Adicionais que é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde.

5.1 Terapias - cláusula 1 do Termo de Coberturas Adicionais.

5.2 Transplantes de órgãos - cláusula 2 do Termo de Coberturas Adicionais.

6. Benefícios Adicionais

Será disponibilizado aos segurados do SulAmérica Saúde plano Exato os Benefícios Adicionais a seguir, os quais estão descritos no Caderno de Benefícios Adicionais.

6.1 Orientação Médica Telefônica - item 1 do Caderno de Benefícios Adicionais.

6.2 Seguro Viagem Nacional – item 7.3.1 do Caderno de Benefícios Adicionais**.**

7. Coparticipação

7.1 A coparticipação ocorre quando o Segurado realiza consultas, atendimento em pronto socorro, exames complementares e terapias, conforme descrito na Tabela de Coparticipação PME disponível no site www.sulamerica.com.br. A relação dos procedimentos constantes na Tabela de Coparticipação podem sofrer alteração.

7.2 A coparticipação será calculada de acordo com o percentual de 30% (trinta por cento) sobre o valor pago à rede, ou sobre o reembolso. Em qualquer dos casos, a coparticipação será limitada ao valor máximo pré-definido, conforme disposto na tabela abaixo.

7.3 Tabela de valor máximo pré-definido de Coparticipação:

Classificação dos procedimentos	Exato Quarto Coletivo
Atendimento em Pronto Socorro	R$ 51,00
Consulta Eletiva	R$ 25,00
Exames Complementares – A	R$ 21,00
Exames Complementares – B	R$ 88,00
Terapias não Médicas	R$ 17,00

7.3.1 Os valores máximos pré-definidos em reais poderão ser reajustados a cada aniversário do contrato, na forma prevista na cláusula 27.1.3. O percentual a ser aplicado será o resultado do IVCMH (índice de Variação de Custos Médicos Hospitalares).

7.4 Os valores referentes à coparticipação dos segurados na rede referenciada serão pagos à Seguradora e cobrados do Estipulante na mesma fatura do **Prêmio Mensal.**

7.5 Quando houver solicitação de reembolso nas situações previstas neste contrato, o valor de coparticipação dos segurados será descontado do valor a ser reembolsado ao Segurado Titular.

7.6 A coparticipação não é considerada como contribuição para os fins previstos nos artigos 30 e 31 da lei n.º 9.656/98.

7.7 O Estipulante será responsável pelo pagamento da coparticipação dos atendimentos realizados na vigência do seguro, independente do cancelamento do contrato e/ou desligamento do Segurado.

8. Permanecem válidas as demais condições estabelecidas nas Condições Gerais.

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Exato Apartamento com Coparticipação

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

Este documento é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde, firmado com o Estipulante indicado na proposta de seguro por ocasião da contratação.

1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS: Exato Empresarial/PME Trad.15 AHO QP COP

Acomodação Hospitalar: Apartamento

Número do Registro na ANS: 473967151

Abrangência Geográfica: Nacional

2. Reembolso

2.1 O Segurado Titular e seus Dependentes poderão solicitar o reembolso das despesas médicas e hospitalares cobertas, comprovadamente pagas, às quais serão reembolsadas de acordo com o plano de seguro contratado e a Tabela SulAmérica Saúde, quando optarem por não utilizar a rede referenciada.

2.1.1 O reembolso também será garantido nos casos em que não for possível o atendimento de urgência e emergência na rede referenciada, de acordo com o plano contratado.

2.2 O reembolso das despesas médico-hospitalares eventualmente apresentadas pelo Segurado será realizado desde que possua cobertura pelo plano contratado e desde que o prestador utilizado pelo Segurado esteja devidamente registrado nos órgãos governamentais e de classe para a prestação dos serviços realizados.

2.3 Para garantir o reembolso das despesas cobertas, o Segurado deverá solicitar com antecedência à realização do evento, a validação prévia da Seguradora, exceto para urgência e emergência.

2.4 Os valores a serem reembolsados não têm qualquer vínculo com os preços negociados pelo Segurado diretamente com os médicos ou instituições médicas não pertencentes à rede referenciada, não havendo obrigatoriedade contratual de reembolso integral.

2.4.1 Não haverá reembolso quando a Seguradora identificar que houve o envio de mais de um recibo ou nota fiscal relacionado ao mesmo atendimento, com valores diferentes do que efetivamente foram pagos por cada procedimento, na medida em que se constitui crime previsto no art. 304 do Código Penal Brasileiro

2.5 Diárias Hospitalares: para efeito de reembolso as diárias hospitalares de UTI e de parto incluem:

a) diárias hospitalares incluem : registros hospitalares, alojamento, alimentação do paciente, alimentação do acompanhante de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, banho no leito, administração de medicamentos e todos os outros serviços de enfermagem;

b) diárias de UTI incluem: além dos serviços da diária normal, a monitorização cardiorespiratória e toda a assistência respiratória;

c) partos incluem: a permanência da parturiente e do recém-nascido em instalações adequadas e todos os cuidados necessários durante o trabalho de parto.

2.6 Taxas de Sala: para efeito de reembolso são consideradas taxas de sala:

a) As taxas de sala cirúrgica, previstas na Tabela SulAmérica Saúde, só serão cobertas quando a cirurgia for realizada em centro cirúrgico devidamente instalado e equipado;

b) As taxas de sala cirúrgica incluem: assepsia, utilização das instalações, dos equipamentos, do instrumental cirúrgico e de roupas, além da esterilização do material e os serviços de enfermagem;

c) As demais taxas de sala (observação, recuperação pós-anestésica, cirurgia ambulatorial, gesso e exames/tratamentos especializados) serão pagas de acordo com o constante na Tabela SulAmérica Saúde para o procedimento realizado;

d) As taxas de sala são pagas conforme a cirurgia, baseando-se no porte anestésico apresentado na Tabela SulAmérica Saúde. Porte anestésico zero significa a não participação do anestesista, caso em que a taxa de sala não é devida;

e) Quando dois ou mais atos cirúrgicos forem realizados simultaneamente, pela mesma equipe cirúrgica, ou por equipes distintas, é devida somente uma taxa de sala, correspondente à cirurgia de maior porte.

2.7 Medicamentos e Materiais

O reembolso de medicamentos e materiais cirúrgicos será efetuado com base nos preços negociados na rede referenciada do plano, vigentes na data de sua utilização, de forma a garantir o que determina a Resolução CONSU 08, alterada pela Resolução CONSU 15.

2.8 Serão reembolsadas as Consultas, Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia, Honorários Profissionais de Atendimento Ambulatorial e Internações Hospitalares.

2.8.1 O reembolso de honorários profissionais será efetuado com base na Tabela SulAmérica Saúde, obedecida à quantidade de auxiliares e o porte anestésico, previstos para cada procedimento.

2.9 Tabela SulAmérica Saúde

Os procedimentos médicos estão contemplados na Tabela SulAmérica Saúde que está em conformidade com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e poderá ser atualizada com inclusões e/ou exclusões, além das coberturas adicionais definidas pela Seguradora.

2.9.1 A Tabela SulAmérica Saúde está devidamente registrada no Cartório do 10º Oficial de Registro de Títulos e Documentos da Capital - SP, e disponível a todos os Segurados na sede do Estipulante, e no website sulamerica.com.br/ saudeonline de acordo com a segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia, disponibilizada para realizar download.

2.10 Para o cálculo de reembolso serão necessários os dados descritos a seguir:

2.10.1 Unidade de Serviço (US): É o quantitativo definido para cada procedimento, que está descrito na Tabela SulAmérica Saúde. A quantidade de Unidade de Serviço - US de determinados procedimentos poderá ser alterada, visando mantê-las compatíveis com os valores praticados no mercado.

2.10.2 Múltiplos de Reembolso - São os coeficientes a serem aplicados sobre a quantidade de US apresentadas na Tabela SulAmérica Saúde e estão demonstrados na cláusula 2.12 - Múltiplo de Reembolso.

2.10.3 Unidade de Serviço de Reembolso (USR) - É o coeficiente expresso em moeda corrente nacional, definido no momento da contratação do seguro. **O valor inicial da USR é de R$ 0,50 (cinquenta centavos), o qual também está expresso na Proposta de Seguro.**

2.10.3.1 O valor da USR de reembolso poderá, eventualmente, ser reajustado em periodicidade não inferior a 12 (doze) 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 referenciada.

2.10.3.2 O reajuste do valor da USR deverá considerar exclusivamente a variação dos custos médicos e hospitalares dos procedimentos cobertos pelo presente contrato, não estando de qualquer forma vinculado ao índice de reajuste financeiro ou técnico do contrato.

2.11 O valor do reembolso será efetuado em moeda corrente nacional e calculado conforme fórmula abaixo:

VR = Quantidade de US* x Múltiplo de Reembolso x Valor da USR**

* Prevista na Tabela SulAmérica Saúde para o procedimento realizado
** Vigente na data de atendimento médico e/ou hospitalar

2.12 Múltiplo de Reembolso

Segurado não Internado		Segurado Internado		
Consultas	**Exames/Terapias e Demais Procedimentos Ambulatoriais**	**Honorários Médicos**	**Diárias / Despesas Hospitalares**	**SADT***
1,8	0,6	1,2	0,6	0,6

* SADT = Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia

2.13 O valor correspondente à coparticipação previsto na cobertura do seguro será deduzido do valor a ser reembolsado ao Segurado Titular.

2.14 O reembolso será efetuado diretamente ao Segurado Titular, em até 30 (trinta) dias contados a partir da data do recebimento da solicitação do reembolso acompanhada de todos os documentos específicos para cada procedimento.

2.15 A Seguradora somente manterá em seu poder a guarda dos recibos e notas fiscais originais referentes às despesas ressarcidas total ou parcialmente, quando recebidos fisicamente em suas vias originais.

2.15.1 Será de responsabilidade do Segurado guardar os recibos e notas fiscais originais relacionados ao procedimento, quando a solicitação de reembolso for enviada à Seguradora de forma eletrônica, por no mínimo 05 (cinco) anos.

2.15.2. O Segurado deverá enviar à Seguradora os documentos originais, em até 05 (cinco) dias úteis, contados da data da solicitação, sob pena de seu processo de reembolso não ter a análise concluída ou, caso já tenha sido concluída e paga ter o Segurado a obrigação de devolver o valor à Seguradora.

2.16 O valor reembolsado não será, sob nenhuma hipótese, superior ao valor efetivamente pago pelo segurado pelas respectivas despesas.

2.17 É facultado ao Segurado Titular solicitar a revisão dos valores de reembolso em até 180 (cento e oitenta) dias de seu efetivo pagamento pela Seguradora.

2.18 Antes do recebimento do Cartão SulAmérica Saúde para acesso à Rede Referenciada, será garantido ao Segurado, o reembolso das despesas cobertas realizadas, de acordo com o plano contratado.

2.19 O prazo máximo para a apresentação dos pedidos de reembolso será de 1 (um) ano a contar da data da realização dos eventos cobertos.

2.20 Para solicitação do reembolso das despesas médicas e/ou hospitalares serão necessários os seguintes documentos:

a) Cópia do cartão de identificação;

b) Recibo original em formulário próprio do prestador de serviços com CPF e endereço e/ou nota fiscal original, constando:

- Relatório médico informando diagnóstico, tratamento realizado, tempo de existência da doença, etiologia e laudo de exames, inclusive biopsia e anatomopatológico, se houver;
- Descrição do serviço realizado, quantidade com valor unitário, datas de atendimento, especialidade e CRM do médico;
- Descrição de materiais e medicamentos com valor unitário, e laudos de exames, se necessário, a critério da Seguradora;

c) Para os casos de solicitação de reembolso dos serviços de remoção, na nota fiscal deverá constar o total de quilômetros rodados, hospital de origem e destino, especificação do tipo de ambulância (UTI ou simples) e relatório do médico assistente justificando a necessidade da remoção.

d) Para os casos de solicitação de reembolso de parto, deverá ser apresentado o partograma ou relatório médico detalhado.

2.20.1 Se os documentos apresentados não possibilitarem a comprovação de despesas específicas e analise técnica necessária para o reembolso das despesas médico-hospitalares realizadas, a Seguradora solicitará documentos ou informações complementares, o que acarretará a recontagem do prazo estabelecido nestas condições gerais.

2.20.2 Além dos recibos e notas fiscais a Seguradora poderá solicitar outros comprovantes que demonstrem o efetivo desembolso, como por exemplo, microfilmagem de cheque e demonstrativo bancário.

3. Rede Referenciada

A Rede Referenciada está definida de acordo com o plano Exato na acomodação apartamento e disponível no território nacional.

4. Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa Etária

Faixa Etária	Percentuais
0 a 18 anos	0,00%
19 a 23 anos	25,00%
24 a 28 anos	24,00%
29 a 33 anos	11,00%
34 a 38 anos	7,00%
39 a 43 anos	16,00%
44 a 48 anos	19,54%
49 a 53 anos	17,20%
54 a 58 anos	19,05%
59 anos ou +	68,45%

5. Coberturas Adicionais

Será garantida aos segurados do SulAmérica Saúde plano Exato a cobertura para os itens a seguir conforme descrito no Termo de Coberturas Adicionais que é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde.

5.1 Terapias - cláusula 1 do Termo de Coberturas Adicionais

5.2 Transplantes de órgãos - cláusula 2 do Termo de Coberturas Adicionais

6. Benefícios Adicionais

Será disponibilizado aos segurados do SulAmérica Saúde plano Exato os Benefícios Adicionais a seguir, os quais estão descritos no Caderno de Benefícios Adicionais.

6.1 Orientação Médica Telefônica - item 1 do Caderno de Benefícios Adicionais.

6.2 Seguro Viagem Nacional - item 7.3.1 do Caderno de Benefícios Adicionais

7. Coparticipação

7.1 A coparticipação ocorre quando o Segurado realiza consultas, atendimento em pronto socorro, exames complementares e terapias, conforme descrito na Tabela de Coparticipação PME disponível no site www.sulamerica.com.br. A relação dos procedimentos constantes na Tabela de Coparticipação podem sofrer alteração.

7.2 A coparticipação será calculada de acordo com o percentual de 30% (trinta por cento) sobre o valor pago à rede, ou sobre o reembolso. Em qualquer dos casos, a coparticipação será limitada ao valor máximo pré-definido, conforme disposto na tabela abaixo.

7.3 Tabela de valor máximo pré-definido de Coparticipação:

Classificação dos procedimentos	Exato Apartamento
Atendimento em Pronto Socorro	R$ 51,00
Consulta Eletiva	R$ 25,00
Exames Complementares - A	R$ 21,00
Exames Complementares - B	R$ 88,00
Terapias não Médicas	R$ 17,00

7.3.1 Os valores máximos pré-definidos em reais poderão ser reajustados a cada aniversário do contrato, na forma prevista na cláusula 27.1.3. O percentual a ser aplicado será o resultado do IVCMH (índice de Variação de Custos Médicos Hospitalares).

7.4 Os valores referentes à coparticipação dos segurados na rede referenciada serão pagos à Seguradora e cobrados do Estipulante na mesma fatura do **Prêmio Mensal.**

7.5 Quando houver solicitação de reembolso nas situações previstas neste contrato, o valor de coparticipação dos segurados será descontado do valor a ser reembolsado ao Segurado Titular.

7.6 A coparticipação não é considerada como contribuição para os fins previstos nos artigos 30 e 31 da lei n.º 9.656/98.

7.7 O Estipulante será responsável pelo pagamento da coparticipação dos atendimentos realizados na vigência do seguro, independente do cancelamento do contrato e/ou desligamento do Segurado.

8. Permanecem válidas as demais condições estabelecidas nas Condições Gerais.

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Clássico Quarto Coletivo com Coparticipação

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

Este documento é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde, firmado com o Estipulante indicado na proposta de seguro por ocasião da contratação.

1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS: Clássico/Básico 10 Empresarial/PME Trad.15 AHO QC COP

Acomodação Hospitalar: Quarto Coletivo

Número do Registro na ANS: 473969158

Abrangência Geográfica: Nacional

2. Reembolso

2.1 O Segurado Titular e seus Dependentes poderão solicitar o reembolso das despesas médicas e hospitalares cobertas, comprovadamente pagas, às quais serão reembolsadas de acordo com o plano de seguro contratado e a Tabela SulAmérica Saúde, quando optarem por não utilizar a rede referenciada.

2.1.1 O reembolso também será garantido nos casos em que não for possível o atendimento de urgência e emergência na rede referenciada, de acordo com o plano contratado.

2.2 O reembolso das despesas médico-hospitalares eventualmente apresentadas pelo Segurado será realizado desde que possua cobertura pelo plano contratado e desde que o prestador utilizado pelo Segurado esteja devidamente registrado nos órgãos governamentais e de classe para a prestação dos serviços realizados.

2.3 Para garantir o reembolso das despesas cobertas, o Segurado deverá solicitar com antecedência à realização do evento, a validação prévia da Seguradora, exceto para urgência e emergência.

2.4 Os valores a serem reembolsados não têm qualquer vínculo com os preços negociados pelo Segurado diretamente com os médicos ou instituições médicas não pertencentes à rede referenciada, não havendo obrigatoriedade contratual de

reembolso integral.

2.4.1 Não haverá reembolso quando a Seguradora identificar que houve o envio de mais de um recibo ou nota fiscal relacionado ao mesmo atendimento, com valores diferentes do que efetivamente foram pagos por cada procedimento, na medida em que se constitui crime previsto no art. 304 do Código Penal Brasileiro

2.5 Diárias Hospitalares: para efeito de reembolso as diárias hospitalares de UTI e de parto incluem:

a) diárias hospitalares incluem : registros hospitalares, alojamento, alimentação do paciente, alimentação do acompanhante de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, banho no leito, administração de medicamentos e todos os outros serviços de enfermagem;

b) diárias de UTI incluem: além dos serviços da diária normal, a monitorização cardiorespiratória e toda a assistência respiratória;

c) partos incluem: a permanência da parturiente e do recém-nascido em instalações adequadas e todos os cuidados necessários durante o trabalho de parto.

2.6 Taxas de Sala: para efeito de reembolso são consideradas taxas de sala:

a) As taxas de sala cirúrgica, previstas na Tabela SulAmérica Saúde, só serão cobertas quando a cirurgia for realizada em centro cirúrgico devidamente instalado e equipado;

b) As taxas de sala cirúrgica incluem: assepsia, utilização das instalações, dos equipamentos, do instrumental cirúrgico e de roupas, além da esterilização do material e os serviços de enfermagem;

c) As demais taxas de sala (observação, recuperação pós-anestésica, cirurgia ambulatorial, gesso e exames/tratamentos especializados) serão pagas de acordo com o constante na Tabela SulAmérica Saúde para o procedimento realizado;

d) As taxas de sala são pagas conforme a cirurgia, baseando-se no porte anestésico apresentado na Tabela SulAmérica Saúde. Porte anestésico zero significa a não participação do anestesista, caso em que a taxa de sala não é devida;

e) Quando dois ou mais atos cirúrgicos forem realizados simultaneamente, pela mesma equipe cirúrgica, ou por equipes distintas, é devida somente uma taxa de sala, correspondente à cirurgia de maior porte.

2.7 Medicamentos e Materiais

O reembolso de medicamentos e materiais cirúrgicos será efetuado com base nos preços negociados na rede referenciada do plano, vigentes na data de sua

utilização, de forma a garantir o que determina a Resolução CONSU 08, alterada pela Resolução CONSU 15.

2.8 Serão reembolsadas as Consultas, Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia, Honorários Profissionais de Atendimento Ambulatorial e Internações Hospitalares.

2.8.1 O reembolso de honorários profissionais será efetuado com base na Tabela SulAmérica Saúde, obedecida à quantidade de auxiliares e o porte anestésico, previstos para cada procedimento.

2.9 Tabela SulAmérica Saúde

Os procedimentos médicos estão contemplados na Tabela SulAmérica Saúde que está em conformidade com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e poderá ser atualizada com inclusões e/ou exclusões, além das coberturas adicionais definidas pela Seguradora.

2.9.1 A Tabela SulAmérica Saúde está devidamente registrada no Cartório do 10º Oficial de Registro de Títulos e Documentos da Capital - SP, e disponível a todos os Segurados na sede do Estipulante, e no website sulamerica.com.br/ saudeonline de acordo com a segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia, disponibilizada para realizar download.

2.10 Para o cálculo de reembolso serão necessários os dados descritos a seguir:

2.10.1 Unidade de Serviço (US): É o quantitativo definido para cada procedimento, que está descrito na Tabela SulAmérica Saúde. A quantidade de Unidade de Serviço - US de determinados procedimentos poderá ser alterada, visando mantê-las compatíveis com os valores praticados no mercado.

2.10.2 Múltiplos de Reembolso - São os coeficientes a serem aplicados sobre a quantidade de US apresentadas na Tabela SulAmérica Saúde e estão demonstrados na cláusula 2.12 – Múltiplo de Reembolso.

2.10.3 Unidade de Serviço de Reembolso (USR) - É o coeficiente expresso em moeda corrente nacional, definido no momento da contratação do seguro. **O valor inicial da USR é de R$ 0,50 (cinquenta centavos), o qual também está expresso na Proposta de Seguro.**

2.10.3.1 O valor da USR de reembolso poderá, eventualmente, ser reajustado em periodicidade não inferior a 12 (doze) 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 referenciada.

2.10.3.2 O reajuste do valor da USR deverá considerar exclusivamente a variação dos custos médicos e hospitalares dos procedimentos

cobertos pelo presente contrato, não estando de qualquer forma vinculado ao índice de reajuste financeiro ou técnico do contrato.

2.11 O valor do reembolso será efetuado em moeda corrente nacional e calculado conforme fórmula abaixo:

VR = Quantidade de US* x Múltiplo de Reembolso x Valor da USR**

* Prevista na Tabela SulAmérica Saúde para o procedimento realizado
** Vigente na data de atendimento médico e/ou hospitalar

2.12 Múltiplo de Reembolso

Segurado não Internado		Segurado Internado		
Consultas	**Exames/Terapias e Demais Procedimentos Ambulatoriais**	**Honorários Médicos**	**Diárias / Despesas Hospitalares**	**SADT***
2,3	0,6	0,6	0,6	0,6

* SADT = Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia

2.13 O valor correspondente à coparticipação previsto na cobertura do seguro será deduzido do valor a ser reembolsado ao Segurado Titular.

2.14 O reembolso será efetuado diretamente ao Segurado Titular, em até 30 (trinta) dias contados a partir da data do recebimento da solicitação do reembolso acompanhada de todos os documentos específicos para cada procedimento.

2.15 A Seguradora somente manterá em seu poder a guarda dos recibos e notas fiscais originais referentes às despesas ressarcidas total ou parcialmente, quando recebidos fisicamente em suas vias originais.

2.15.1 Será de responsabilidade do Segurado guardar os recibos e notas fiscais originais relacionados ao procedimento, quando a solicitação de reembolso for enviada à Seguradora de forma eletrônica, por no mínimo 05 (cinco) anos.

2.15.2 O Segurado deverá enviar à Seguradora os documentos originais, em até 05 (cinco) dias úteis, contados da data da solicitação, sob pena de seu processo de reembolso não ter a análise concluída ou, caso já tenha sido concluída e paga ter o Segurado a obrigação de devolver o valor à Seguradora.

2.16 O valor reembolsado não será, sob nenhuma hipótese, superior ao valor efetivamente pago pelo segurado pelas respectivas despesas.

2.17 É facultado ao Segurado Titular solicitar a revisão dos valores de reembolso em até 180 (cento e oitenta) dias de seu efetivo pagamento pela Seguradora.

2.18 Antes do recebimento do Cartão SulAmérica Saúde para acesso à Rede Referenciada, será garantido ao Segurado, o reembolso das despesas cobertas realizadas, de acordo com o plano contratado.

2.19 Será garantido aos Segurados do SulAmérica Saúde plano Clássico o reembolso das despesas médicas e hospitalares cobertas, realizadas no exterior, de acordo com o plano de seguro contratado e a Tabela SulAmérica Saúde, limitado aos custos médios praticados pelos hospitais constantes na rede referenciada do plano Clássico Quarto Coletivo.

2.19.1 O reembolso das despesas médicas hospitalares, comprovadamente pagas, realizadas no Exterior, será feito em moeda corrente nacional. Para a conversão será utilizada a taxa de câmbio oficial de venda, vigente na data da quitação do atendimento realizado.

2.20 O prazo máximo para a apresentação dos pedidos de reembolso será de 1 (um) ano para os serviços realizados no Brasil e de 2 (dois) anos para os serviços realizados no Exterior, a contar da data da realização dos eventos cobertos.

2.21 Para solicitação do reembolso das despesas médicas e/ou hospitalares serão necessários os seguintes documentos:

a) Cópia do cartão de identificação;

b) Recibo original em formulário próprio do prestador de serviços com CPF e endereço e/ou nota fiscal original, constando:

- Relatório médico informando diagnóstico, tratamento realizado, tempo de existência da doença, etiologia e laudo de exames, inclusive biopsia e anatomopatológico, se houver;
- Descrição do serviço realizado, quantidade com valor unitário, datas de atendimento, especialidade e CRM do médico;
- Descrição de materiais e medicamentos com valor unitário, e laudos de exames, se necessário, a critério da Seguradora;

c) Para os casos de solicitação de reembolso dos serviços de remoção, na nota fiscal deverá constar o total de quilômetros rodados, hospital de origem e destino, especificação do tipo de ambulância (UTI ou simples) e relatório do médico assistente justificando a necessidade da remoção.

d) Para os casos de solicitação de reembolso de parto, deverá ser apresentado o partograma ou relatório médico detalhado.

2.21.1 Se os documentos apresentados não possibilitarem a comprovação de despesas específicas e analise técnica necessária para o reembolso das despesas médico-hospitalares realizadas, a Seguradora solicitará documentos ou informações complementares, o que acarretará a recontagem do prazo estabelecido nestas condições gerais.

2.21.2 Além dos recibos e notas fiscais a Seguradora poderá solicitar outros comprovantes que demonstrem o efetivo desembolso, como por exemplo, microfilmagem de cheque e demonstrativo bancário.

3. Rede Referenciada

A Rede Referenciada está definida de acordo com o plano Clássico na acomodação apartamento e disponível no território nacional.

4. Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa Etária

Faixa Etária	Percentuais
0 a 18 anos	0,00%
19 a 23 anos	25,00%
24 a 28 anos	24,00%
29 a 33 anos	11,00%
34 a 38 anos	7,00%
39 a 43 anos	16,00%
44 a 48 anos	19,54%
49 a 53 anos	17,20%
54 a 58 anos	19,05%
59 anos ou +	68,45%

5. Coberturas Adicionais

Será garantida aos segurados do SulAmérica Saúde plano Clássico a cobertura para os itens a seguir conforme descrito no Termo de Coberturas Adicionais que é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde.

5.1 Terapias - cláusula 1 do Termo de Coberturas Adicionais

5.2 Transplantes de órgãos - cláusula 2 do Termo de Coberturas Adicionais

6. Benefícios Adicionais

Será disponibilizado aos segurados do SulAmérica Saúde plano Clássico os Benefícios Adicionais a seguir, os quais estão descritos no Caderno de Benefícios Adicionais.

6.1 Orientação Médica Telefônica - item 1 do Caderno de Benefícios Adicionais.

6.2 Seguro Viagem Nacional – item 7.3.1 do Caderno de Benefícios Adicionais

7. Coparticipação

7.1 A coparticipação ocorre quando o Segurado realiza consultas, atendimento em pronto socorro, exames complementares e terapias, conforme descrito na Tabela de Coparticipação PME disponível no site www.sulamerica.com.br. A relação dos procedimentos constantes na Tabela de Coparticipação podem sofrer alteração.

7.2 A coparticipação será calculada de acordo com o percentual de 30% (trinta por cento) sobre o valor pago à rede, ou sobre o reembolso. Em qualquer dos casos, a

coparticipação será limitada ao valor máximo pré-definido, conforme disposto na tabela abaixo.

7.3 Tabela de valor máximo pré-definido de Coparticipação:

Classificação dos procedimentos	Clássico Quarto Coletivo
Atendimento em Pronto Socorro	R$ 51,00
Consulta Eletiva	R$ 25,00
Exames Complementares - A	R$ 25,00
Exames Complementares - B	R$ 96,00
Terapias não Médicas	R$ 17,00

7.3.1 Os valores máximos pré definidos em reais poderão ser reajustados a cada aniversário do contrato, na forma prevista na cláusula 27.1.3. O percentual a ser aplicado será o resultado do IVCMH (índice de Variação de Custos Médicos Hospitalares).

7.4 Os valores referentes à coparticipação dos segurados na rede referenciada serão pagos à Seguradora e cobrados do Estipulante na mesma fatura do **Prêmio Mensal.**

7.5 Quando houver solicitação de reembolso nas situações previstas neste contrato, o valor de coparticipação dos segurados será descontado do valor a ser reembolsado ao Segurado Titular.

7.6 A coparticipação não é considerada como contribuição para os fins previstos nos artigos 30 e 31 da lei n.º 9.656/98.

7.7 O Estipulante será responsável pelo pagamento da coparticipação dos atendimentos realizados na vigência do seguro, independente do cancelamento do contrato e/ou desligamento do Segurado.

8. Permanecem válidas as demais condições estabelecidas nas Condições Gerais.

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Clássico Apartamento com Coparticipação

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

Este documento é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde, firmado com o Estipulante indicado na proposta de seguro por ocasião da contratação.

1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS: Clássico Empresarial/PME Trad.15 AHO QP COP
Acomodação Hospitalar: Apartamento
Número do Registro na ANS: 473971150
Abrangência Geográfica: Nacional

2. Reembolso

2.1 O Segurado Titular e seus Dependentes poderão solicitar o reembolso das despesas médicas e hospitalares cobertas, comprovadamente pagas, às quais serão reembolsadas de acordo com o plano de seguro contratado e a Tabela SulAmérica Saúde, quando optarem por não utilizar a rede referenciada.

2.1.1 O reembolso também será garantido nos casos em que não for possível o atendimento de urgência e emergência na rede referenciada, de acordo com o plano contratado.

2.2 O reembolso das despesas médico-hospitalares eventualmente apresentadas pelo Segurado será realizado desde que possua cobertura pelo plano contratado e desde que o prestador utilizado pelo Segurado esteja devidamente registrado nos órgãos governamentais e de classe para a prestação dos serviços realizados.

2.3 Para garantir o reembolso das despesas cobertas, o Segurado deverá solicitar com antecedência à realização do evento, a validação prévia da Seguradora, exceto para urgência e emergência.

2.4 Os valores a serem reembolsados não têm qualquer vínculo com os preços negociados pelo Segurado diretamente com os médicos ou instituições médicas não pertencentes à rede referenciada, não havendo obrigatoriedade contratual de

reembolso integral.

2.4.1 Não haverá reembolso quando a Seguradora identificar que houve o envio de mais de um recibo ou nota fiscal relacionado ao mesmo atendimento, com valores diferentes do que efetivamente foram pagos por cada procedimento, na medida em que se constitui crime previsto no art. 304 do Código Penal Brasileiro

2.5 Diárias Hospitalares: para efeito de reembolso as diárias hospitalares de UTI e de parto incluem:

a) diárias hospitalares incluem : registros hospitalares, alojamento, alimentação do paciente, alimentação do acompanhante de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, banho no leito, administração de medicamentos e todos os outros serviços de enfermagem;

b) diárias de UTI incluem: além dos serviços da diária normal, a monitorização cardiorespiratória e toda a assistência respiratória;

c) partos incluem: a permanência da parturiente e do recém-nascido em instalações adequadas e todos os cuidados necessários durante o trabalho de parto.

2.6 Taxas de Sala: para efeito de reembolso são consideradas taxas de sala:

a) As taxas de sala cirúrgica, previstas na Tabela SulAmérica Saúde, só serão cobertas quando a cirurgia for realizada em centro cirúrgico devidamente instalado e equipado;

b) As taxas de sala cirúrgica incluem: assepsia, utilização das instalações, dos equipamentos, do instrumental cirúrgico e de roupas, além da esterilização do material e os serviços de enfermagem;

c) As demais taxas de sala (observação, recuperação pós-anestésica, cirurgia ambulatorial, gesso e exames/tratamentos especializados) serão pagas de acordo com o constante na Tabela SulAmérica Saúde para o procedimento realizado;

d) As taxas de sala são pagas conforme a cirurgia, baseando-se no porte anestésico apresentado na Tabela SulAmérica Saúde. Porte anestésico zero significa a não participação do anestesista, caso em que a taxa de sala não é devida;

e) Quando dois ou mais atos cirúrgicos forem realizados simultaneamente, pela mesma equipe cirúrgica, ou por equipes distintas, é devida somente uma taxa de sala, correspondente à cirurgia de maior porte.

2.7 Medicamentos e Materiais

O reembolso de medicamentos e materiais cirúrgicos será efetuado com base nos preços negociados na rede referenciada do plano, vigentes na data de sua

utilização, de forma a garantir o que determina a Resolução CONSU 08, alterada pela Resolução CONSU 15.

2.8 Serão reembolsadas as Consultas, Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia, Honorários Profissionais de Atendimento Ambulatorial e Internações Hospitalares.

2.8.1 O reembolso de honorários profissionais será efetuado com base na Tabela SulAmérica Saúde, obedecida à quantidade de auxiliares e o porte anestésico, previstos para cada procedimento.

2.9 Tabela SulAmérica Saúde

Os procedimentos médicos estão contemplados na Tabela SulAmérica Saúde que está em conformidade com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e poderá ser atualizada com inclusões e/ou exclusões, além das coberturas adicionais definidas pela Seguradora.

2.9.1 A Tabela SulAmérica Saúde está devidamente registrada no Cartório do 10º Oficial de Registro de Títulos e Documentos da Capital - SP, e disponível a todos os Segurados na sede do Estipulante, e no website sulamerica.com.br/ saudeonline de acordo com a segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia, disponibilizada para realizar download.

2.10 Para o cálculo de reembolso serão necessários os dados descritos a seguir:

2.10.1 Unidade de Serviço (US): É o quantitativo definido para cada procedimento, que está descrito na Tabela SulAmérica Saúde. A quantidade de Unidade de Serviço - US de determinados procedimentos poderá ser alterada, visando mantê-las compatíveis com os valores praticados no mercado.

2.10.2 Múltiplos de Reembolso - São os coeficientes a serem aplicados sobre a quantidade de US apresentadas na Tabela SulAmérica Saúde e estão demonstrados na cláusula 2.12 – Múltiplo de Reembolso.

2.10.3 Unidade de Serviço de Reembolso (USR) - É o coeficiente expresso em moeda corrente nacional, definido no momento da contratação do seguro. **O valor inicial da USR é de R$ 0,50 (cinquenta centavos), o qual também está expresso na Proposta de Seguro.**

2.10.3.1 O valor da USR de reembolso poderá, eventualmente, ser reajustado em periodicidade não inferior a 12 (doze) 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 referenciada.

2.10.3.2 O reajuste do valor da USR deverá considerar exclusivamente a variação dos custos médicos e hospitalares dos procedimentos

cobertos pelo presente contrato, não estando de qualquer forma vinculado ao índice de reajuste financeiro ou técnico do contrato.

2.11 O valor do reembolso será efetuado em moeda corrente nacional e calculado conforme fórmula abaixo:

VR = Quantidade de US* x Múltiplo de Reembolso x Valor da USR**

* Prevista na Tabela SulAmérica Saúde para o procedimento realizado
** Vigente na data de atendimento médico e/ou hospitalar

2.12 Múltiplo de Reembolso

Segurado não Internado		Segurado Internado		
Consultas	**Exames/Terapias e Demais Procedimentos Ambulatoriais**	**Honorários Médicos**	**Diárias / Despesas Hospitalares**	**SADT***
2,3	0,6	1,2	0,6	0,6

* SADT = Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia

2.13 O valor correspondente à coparticipação previsto na cobertura do seguro será deduzido do valor a ser reembolsado ao Segurado Titular.

2.14 O reembolso será efetuado diretamente ao Segurado Titular, em até 30 (trinta) dias contados a partir da data do recebimento da solicitação do reembolso acompanhada de todos os documentos específicos para cada procedimento.

2.15 A Seguradora somente manterá em seu poder a guarda dos recibos e notas fiscais originais referentes às despesas ressarcidas total ou parcialmente, quando recebidos fisicamente em suas vias originais.

2.15.1 Será de responsabilidade do Segurado guardar os recibos e notas fiscais originais relacionados ao procedimento, quando a solicitação de reembolso for enviada à Seguradora de forma eletrônica, por no mínimo 05 (cinco) anos.

2.15.2. O Segurado deverá enviar à Seguradora os documentos originais, em até 05 (cinco) dias úteis, contados da data da solicitação, sob pena de seu processo de reembolso não ter a análise concluída ou, caso já tenha sido concluída e paga ter o Segurado a obrigação de devolver o valor à Seguradora.

2.16 O valor reembolsado não será, sob nenhuma hipótese, superior ao valor efetivamente pago pelo segurado pelas respectivas despesas.

2.17 É facultado ao Segurado Titular solicitar a revisão dos valores de reembolso em até 180 (cento e oitenta) dias de seu efetivo pagamento pela Seguradora.

2.18 Antes do recebimento do Cartão SulAmérica Saúde para acesso à Rede Referenciada, será garantido ao Segurado, o reembolso das despesas cobertas realizadas, de acordo com o plano contratado.

2.19 Será garantido aos Segurados do SulAmérica Saúde plano Clássico o reembolso das despesas médicas e hospitalares cobertas, realizadas no exterior, de acordo com o plano de seguro contratado e a Tabela SulAmérica Saúde, limitado aos custos médios praticados pelos hospitais constantes na rede referenciada do plano Clássico Apartamento.

2.19.1 O reembolso das despesas médicas hospitalares, comprovadamente pagas, realizadas no Exterior, será feito em moeda corrente nacional. Para a conversão será utilizada a taxa de câmbio oficial de venda, vigente na data da quitação do atendimento realizado.

2.20 O prazo máximo para a apresentação dos pedidos de reembolso será de 1 (um) ano para os serviços realizados no Brasil e de 2 (dois) anos para os serviços realizados no Exterior, a contar da data da realização dos eventos cobertos.

2.21 Para solicitação do reembolso das despesas médicas e/ou hospitalares serão necessários os seguintes documentos:

a) Cópia do cartão de identificação;

b) Recibo original em formulário próprio do prestador de serviços com CPF e endereço e/ou nota fiscal original, constando:

- Relatório médico informando diagnóstico, tratamento realizado, tempo de existência da doença, etiologia e laudo de exames, inclusive biopsia e anatomopatológico, se houver;
- Descrição do serviço realizado, quantidade com valor unitário, datas de atendimento, especialidade e CRM do médico;
- Descrição de materiais e medicamentos com valor unitário, e laudos de exames, se necessário, a critério da Seguradora;

c) Para os casos de solicitação de reembolso dos serviços de remoção, na nota fiscal deverá constar o total de quilômetros rodados, hospital de origem e destino, especificação do tipo de ambulância (UTI ou simples) e relatório do médico assistente justificando a necessidade da remoção.

d) Para os casos de solicitação de reembolso de parto, deverá ser apresentado o partograma ou relatório médico detalhado.

2.21.1 Se os documentos apresentados não possibilitarem a comprovação de despesas específicas e analise técnica necessária para o reembolso das despesas médico-hospitalares realizadas, a Seguradora solicitará documentos ou informações complementares, o que acarretará a recontagem do prazo estabelecido nestas condições gerais.

2.21.2 Além dos recibos e notas fiscais a Seguradora poderá solicitar outros comprovantes que demonstrem o efetivo desembolso, como por exemplo, microfilmagem de cheque e demonstrativo bancário.

3. Rede Referenciada

A Rede Referenciada está definida de acordo com o plano Clássico na acomodação apartamento e disponível no território nacional.

4. Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa Etária

Faixa Etária	Percentuais
0 a 18 anos	0,00%
19 a 23 anos	25,00%
24 a 28 anos	24,00%
29 a 33 anos	11,00%
34 a 38 anos	7,00%
39 a 43 anos	16,00%
44 a 48 anos	19,54%
49 a 53 anos	17,20%
54 a 58 anos	19,05%
59 anos ou +	68,45%

5. Coberturas Adicionais

Será garantida aos segurados do SulAmérica Saúde plano Clássico a cobertura para os itens a seguir conforme descrito no Termo de Coberturas Adicionais que é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde.

5.1 Terapias - cláusula 1 do Termo de Coberturas Adicionais

5.2 Transplantes de órgãos - cláusula 2 do Termo de Coberturas Adicionais

6. Benefícios Adicionais

Será disponibilizado aos segurados do SulAmérica Saúde plano Clássico os Benefícios Adicionais a seguir, os quais estão descritos no Caderno de Benefícios Adicionais.

6.1 Orientação Médica Telefônica - item 1 do Caderno de Benefícios Adicionais.

6.2 Seguro Viagem Nacional – item 7.3.1 do Caderno de Benefícios Adicionais

7. Coparticipação

7.1 A coparticipação ocorre quando o Segurado realiza consultas, atendimento em pronto socorro, exames complementares e terapias, conforme descrito na Tabela de Coparticipação PME disponível no site www.sulamerica.com.br. A relação dos procedimentos constantes na Tabela de Coparticipação pode sofrer alteração.

7.2 A coparticipação será calculada de acordo com o percentual de 30% (trinta por cento) sobre o valor pago à rede, ou sobre o reembolso. Em qualquer dos casos, a

coparticipação será limitada ao valor máximo pré-definido, conforme disposto na tabela abaixo.

7.3 Tabela de valor máximo pré-definido de Coparticipação:

Classificação dos procedimentos	Clássico Apartamento
Atendimento em Pronto Socorro	R$ 51,00
Consulta Eletiva	R$ 25,00
Exames Complementares - A	R$ 25,00
Exames Complementares - B	R$ 96,00
Terapias não Médicas	R$ 17,00

7.3.1 Os valores máximos pré-definidos em reais poderão ser reajustados a cada aniversário do contrato, na forma prevista na cláusula 27.1.3. O percentual a ser aplicado será o resultado do IVCMH (índice de Variação de Custos Médicos Hospitalares).

7.4 Os valores referentes à coparticipação dos segurados na rede referenciada serão pagos à Seguradora e cobrados do Estipulante na mesma fatura do **Prêmio Mensal.**

7.5 Quando houver solicitação de reembolso nas situações previstas neste contrato, o valor de coparticipação dos segurados será descontado do valor a ser reembolsado ao Segurado Titular.

7.6 A coparticipação não é considerada como contribuição para os fins previstos nos artigos 30 e 31 da lei n.º 9.656/98.

7.7 O Estipulante será responsável pelo pagamento da coparticipação dos atendimentos realizados na vigência do seguro, independente do cancelamento do contrato e/ou desligamento do Segurado.

8. Permanecem válidas as demais condições estabelecidas nas Condições Gerais.

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Especial 100
com Coparticipação

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

Este documento é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde, firmado com o Estipulante indicado na proposta de seguro por ocasião da contratação.

1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS: Especial 100 Empresarial/PME Trad.15 AHO QP COP
Acomodação Hospitalar: Apartamento
Número do Registro na ANS: 473973156
Abrangência Geográfica: Nacional

2. Reembolso

2.1 O Segurado Titular e seus Dependentes poderão solicitar o reembolso das despesas médicas e hospitalares cobertas, comprovadamente pagas, às quais serão reembolsadas de acordo com o plano de seguro contratado e a Tabela SulAmérica Saúde, quando optarem por não utilizar a rede referenciada.

2.1.1 O reembolso também será garantido nos casos em que não for possível o atendimento de urgência e emergência na rede referenciada, de acordo com o plano contratado.

2.2 O reembolso das despesas médico-hospitalares eventualmente apresentadas pelo Segurado será realizado desde que possua cobertura pelo plano contratado e desde que o prestador utilizado pelo Segurado esteja devidamente registrado nos órgãos governamentais e de classe para a prestação dos serviços realizados.

2.3 Para garantir o reembolso das despesas cobertas, o Segurado deverá solicitar com antecedência à realização do evento, a validação prévia da Seguradora, exceto para urgência e emergência.

2.4 Os valores a serem reembolsados não têm qualquer vínculo com os preços negociados pelo Segurado diretamente com os médicos ou instituições médicas não pertencentes à rede referenciada, não havendo obrigatoriedade contratual de reembolso integral.

2.4.1 Não haverá reembolso quando a Seguradora identificar que houve o envio de mais de um recibo ou nota fiscal relacionado ao mesmo atendimento, com valores diferentes do que efetivamente foram pagos por cada procedimento, na medida em que se constitui crime previsto no art. 304 do Código Penal Brasileiro

2.5 Diárias Hospitalares: para efeito de reembolso as diárias hospitalares de UTI e de parto incluem:

a) diárias hospitalares incluem : registros hospitalares, alojamento, alimentação do paciente, alimentação do acompanhante de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, banho no leito, administração de medicamentos e todos os outros serviços de enfermagem;

b) diárias de UTI incluem: além dos serviços da diária normal, a monitorização cardiorespiratória e toda a assistência respiratória;

c) partos incluem: a permanência da parturiente e do recém-nascido em instalações adequadas e todos os cuidados necessários durante o trabalho de parto.

2.6 Taxas de Sala: para efeito de reembolso são consideradas taxas de sala:

a) As taxas de sala cirúrgica, previstas na Tabela SulAmérica Saúde, só serão cobertas quando a cirurgia for realizada em centro cirúrgico devidamente instalado e equipado;

b) As taxas de sala cirúrgica incluem: assepsia, utilização das instalações, dos equipamentos, do instrumental cirúrgico e de roupas, além da esterilização do material e os serviços de enfermagem;

c) As demais taxas de sala (observação, recuperação pós-anestésica, cirurgia ambulatorial, gesso e exames/tratamentos especializados) serão pagas de acordo com o constante na Tabela SulAmérica Saúde para o procedimento realizado;

d) As taxas de sala são pagas conforme a cirurgia, baseando-se no porte anestésico apresentado na Tabela SulAmérica Saúde. Porte anestésico zero significa a não participação do anestesista, caso em que a taxa de sala não é devida;

e) Quando dois ou mais atos cirúrgicos forem realizados simultaneamente, pela mesma equipe cirúrgica, ou por equipes distintas, é devida somente uma taxa de sala, correspondente à cirurgia de maior porte.

2.7 Medicamentos e Materiais

O reembolso de medicamentos e materiais cirúrgicos será efetuado com base nos preços negociados na rede referenciada do plano, vigentes na data de sua utilização, de forma a garantir o que determina a Resolução CONSU 08, alterada pela Resolução CONSU 15.

2.8 Serão reembolsadas as Consultas, Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia, Honorários Profissionais de Atendimento Ambulatorial e Internações Hospitalares.

2.8.1 O reembolso de honorários profissionais será efetuado com base na Tabela SulAmérica Saúde, obedecida à quantidade de auxiliares e o porte anestésico, previstos para cada procedimento.

2.9 Tabela SulAmérica Saúde

Os procedimentos médicos estão contemplados na Tabela SulAmérica Saúde que está em conformidade com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e poderá ser atualizada com inclusões e/ou exclusões, além das coberturas adicionais definidas pela Seguradora.

2.9.1 A Tabela SulAmérica Saúde está devidamente registrada no Cartório do 10º Oficial de Registro de Títulos e Documentos da Capital - SP, e disponível a todos os Segurados na sede do Estipulante, e no website sulamerica.com.br/ saudeonline de acordo com a segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia, disponibilizada para realizar download.

2.10 Para o cálculo de reembolso serão necessários os dados descritos a seguir:

2.10.1 Unidade de Serviço (US): É o quantitativo definido para cada procedimento, que está descrito na Tabela SulAmérica Saúde. A quantidade de Unidade de Serviço - US de determinados procedimentos poderá ser alterada, visando mantê-las compatíveis com os valores praticados no mercado.

2.10.2 Múltiplos de Reembolso - São os coeficientes a serem aplicados sobre a quantidade de US apresentadas na Tabela SulAmérica Saúde e estão demonstrados na cláusula 2.12 - Múltiplo de Reembolso..

2.10.3 Unidade de Serviço de Reembolso (USR) - É o coeficiente expresso em moeda corrente nacional, definido no momento da contratação do seguro. **O valor inicial da USR é de R$ 0,50 (cinquenta centavos), o qual também está expresso na Proposta de Seguro.**

2.10.3.1 O valor da USR de reembolso poderá, eventualmente, ser reajustado em periodicidade não inferior a 12 (doze) 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 referenciada.

2.10.3.2 O reajuste do valor da USR deverá considerar exclusivamente a variação dos custos médicos e hospitalares dos procedimentos cobertos pelo presente contrato, não estando de qualquer forma vinculado ao índice de reajuste financeiro ou técnico do contrato.

2.11 O valor do reembolso será efetuado em moeda corrente nacional e calculado conforme fórmula abaixo:

VR = Quantidade de US* x Múltiplo de Reembolso x Valor da USR**

* Prevista na Tabela SulAmérica Saúde para o procedimento realizado
** Vigente na data de atendimento médico e/ou hospitalar

2.12 Múltiplo de Reembolso

Opções de Reembolso	Segurado não Internado		Segurado Internado		
	Consultas Médicas	Diagnose/Terapia e Demais Procedimentos Ambulatoriais	Honorários Médicos	Diárias e Despesas Hospitalares	SADT*
R1	3,4	1,0	2,0	1,0	1,0
R2	4,7	1,0	3,6	1,0	1,0
R3	6,7	3,0	5,3	1,0	3,0

* SADT = Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia

2.12.1 O Estipulante poderá escolher uma das opções de reembolso disponíveis acima no momento da contratação, e deverá assinalar na proposta de seguro.

2.12.2 A opção do reembolso definida para o Segurado titular, será a mesma para os Segurados dependentes.

2.13 O valor correspondente à coparticipação previsto na cobertura do seguro será deduzido do valor a ser reembolsado ao Segurado Titular.

2.14 O reembolso será efetuado diretamente ao Segurado Titular, em até 30 (trinta) dias contados a partir da data do recebimento da solicitação do reembolso acompanhada de todos os documentos específicos para cada procedimento.

2.15 A Seguradora somente manterá em seu poder a guarda dos recibos e notas fiscais originais referentes às despesas ressarcidas total ou parcialmente, quando recebidos fisicamente em suas vias originais.

2.15.1 Será de responsabilidade do Segurado guardar os recibos e notas fiscais originais relacionados ao procedimento, quando a solicitação de reembolso for enviada à Seguradora de forma eletrônica, por no mínimo 05 (cinco) anos.

2.15.2. Segurado deverá enviar à Seguradora os documentos originais, em até 05 (cinco) dias úteis, contados da data da solicitação, sob pena de seu processo de reembolso não ter a análise concluída ou, caso já tenha sido concluída e paga ter o Segurado a obrigação de devolver o valor à Seguradora.

2.16 O valor reembolsado não será, sob nenhuma hipótese, superior ao valor efetivamente pago pelo segurado pelas respectivas despesas.

2.17 É facultado ao Segurado Titular solicitar a revisão dos valores de reembolso em até 180 (cento e oitenta) dias de seu efetivo pagamento pela Seguradora.

2.18 Antes do recebimento do Cartão SulAmérica Saúde para acesso à Rede Referenciada, será garantido ao Segurado, o reembolso das despesas cobertas realizadas, de acordo com o plano contratado.

2.19 Será garantido aos Segurados do SulAmérica Saúde plano Especial 100 o reembolso das despesas médicas e hospitalares cobertas, realizadas no exterior, de acordo com o plano de seguro contratado e a Tabela SulAmérica Saúde, limitado aos custos médios praticados pelos hospitais constantes na rede referenciada do plano Especial 100.

2.19.1 O reembolso das despesas médicas hospitalares, comprovadamente pagas, realizadas no Exterior, será feito em moeda corrente nacional. Para a conversão será utilizada a taxa de câmbio oficial de venda, vigente na data da quitação do atendimento realizado.

2.20 O prazo máximo para a apresentação dos pedidos de reembolso será de 1 (um) ano para os serviços realizados no Brasil e de 2 (dois) anos para os serviços realizados no Exterior, a contar da data da realização dos eventos cobertos.

2.21 Para solicitação do reembolso das despesas médicas e/ou hospitalares serão necessários os seguintes documentos:

a) Cópia do cartão de identificação;

b) Recibo original em formulário próprio do prestador de serviços com CPF e endereço e/ou nota fiscal original, constando:

- Relatório médico informando diagnóstico, tratamento realizado, tempo de existência da doença, etiologia e laudo de exames, inclusive biopsia e anatomopatológico, se houver;
- Descrição do serviço realizado, quantidade com valor unitário, datas de atendimento, especialidade e CRM do médico;
- Descrição de materiais e medicamentos com valor unitário, e laudos de exames, se necessário, a critério da Seguradora;

c) Para os casos de solicitação de reembolso dos serviços de remoção, na nota fiscal deverá constar o total de quilômetros rodados, hospital de origem e

destino, especificação do tipo de ambulância (UTI ou simples) e relatório do médico assistente justificando a necessidade da remoção.

d) Para os casos de solicitação de reembolso de parto, deverá ser apresentado o partograma ou relatório médico detalhado.

2.21.1 Se os documentos apresentados não possibilitarem a comprovação de despesas específicas e analise técnica necessária para o reembolso das despesas médico-hospitalares realizadas, a Seguradora solicitará documentos ou informações complementares, o que acarretará a recontagem do prazo estabelecido nestas condições gerais.

2.21.2 Além dos recibos e notas fiscais a Seguradora poderá solicitar outros comprovantes que demonstrem o efetivo desembolso, como por exemplo, microfilmagem de cheque e demonstrativo bancário.

3. Rede Referenciada

A Rede Referenciada está definida de acordo com o plano Especial 100 na acomodação apartamento e disponível no território nacional.

4. Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa Etária

Faixa Etária	Percentuais
0 a 18 anos	0,00%
19 a 23 anos	25,00%
24 a 28 anos	24,00%
29 a 33 anos	11,00%
34 a 38 anos	7,00%
39 a 43 anos	16,00%
44 a 48 anos	19,54%
49 a 53 anos	17,20%
54 a 58 anos	19,05%
59 anos ou +	68,45%

5. Coberturas Adicionais

Será garantida aos segurados do SulAmérica Saúde plano Especial 100 a cobertura para os itens a seguir conforme descrito no Termo de Coberturas Adicionais que é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde.

5.1 Terapias - cláusula 1 do Termo de Coberturas Adicionais

5.2 Transplantes de órgãos - cláusula 2 do Termo de Coberturas Adicionais

6. Benefícios Adicionais

Será disponibilizado aos segurados do SulAmérica Saúde plano Especial 100 os Benefícios Adicionais a seguir, os quais estão especificados no Caderno de Benefícios Adicionais.

6.1 **Orientação Médica Telefônica** - item 1 do Caderno de Benefícios Adicionais.

6.2 **Seguro Viagem Nacional** - item 7.3.1 do Caderno de Benefícios Adicionais

6.3 **Seguro Viagem Internacional** - item 7.3.2 do Caderno de Benefícios Adicionais.

6.3.1 A quantidade máxima de dias cobertos por viagem é de 45 (quarenta e cinco) dias.

7. Coparticipação

7.1 A coparticipação ocorre quando o Segurado realiza consultas, atendimento em pronto socorro, exames complementares e terapias, conforme descrito na Tabela de Coparticipação PME disponível no site www.sulamerica.com.br. A relação dos procedimentos constantes na Tabela de Coparticipação podem sofrer alteração.

7.2 A coparticipação será calculada de acordo com o percentual de 30% (trinta por cento) sobre o valor pago à rede, ou sobre o reembolso. Em qualquer dos casos, a coparticipação será limitada ao valor máximo pré-definido, conforme disposto na tabela abaixo.

7.3 Tabela de valor máximo pré-definido de Coparticipação:

Classificação dos procedimentos	Especial 100
Atendimento em Pronto Socorro	R$ 68,00
Consulta Eletiva	R$ 34,00
Exames Complementares - A	R$ 34,00
Exames Complementares - B	R$ 112,00
Terapias não Médicas	R$ 30,00

7.3.1 Os valores máximos pré-definidos em reais poderão ser reajustados a cada aniversário do contrato, na forma prevista na cláusula 27.1.3. O percentual a ser aplicado será o resultado do IVCMH (índice de Variação de Custos Médicos Hospitalares).

7.4 Os valores referentes à coparticipação dos segurados na rede referenciada serão pagos à Seguradora e cobrados do Estipulante na mesma fatura do **Prêmio Mensal.**

7.5 Quando houver solicitação de reembolso nas situações previstas neste contrato, o valor de coparticipação dos segurados será descontado do valor a ser reembolsado ao Segurado Titular.

7.6 A coparticipação não é considerada como contribuição para os fins previstos nos artigos 30 e 31 da lei n.º 9.656/98.

7.7 O Estipulante será responsável pelo pagamento da coparticipação dos atendimentos realizados na vigência do seguro, independente do cancelamento do contrato e/ou desligamento do Segurado.

8. Permanecem válidas as demais condições estabelecidas nas Condições Gerais.

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Executivo com Coparticipação

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

Este documento é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde, firmado com o Estipulante indicado na proposta de seguro por ocasião da contratação.

1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS: Executivo Empresarial/PME Trad.15 AHO QP COP
Acomodação Hospitalar: Apartamento
Número do Registro na ANS: 473975152
Abrangência Geográfica: Nacional

2. Reembolso

2.1 O Segurado Titular e seus Dependentes poderão solicitar o reembolso das despesas médicas e hospitalares cobertas, comprovadamente pagas, às quais serão reembolsadas de acordo com o plano de seguro contratado e a Tabela SulAmérica Saúde, quando optarem por não utilizar a rede referenciada.

2.1.1 O reembolso também será garantido nos casos em que não for possível o atendimento de urgência e emergência na rede referenciada, de acordo com o plano contratado.

2.2 O reembolso das despesas médico-hospitalares eventualmente apresentadas pelo Segurado será realizado desde que possua cobertura pelo plano contratado e desde que o prestador utilizado pelo Segurado esteja devidamente registrado nos órgãos governamentais e de classe para a prestação dos serviços realizados.

2.3 Para garantir o reembolso das despesas cobertas, o Segurado deverá solicitar com antecedência à realização do evento, a validação prévia da Seguradora, exceto para urgência e emergência.

2.4 Os valores a serem reembolsados não têm qualquer vínculo com os preços negociados pelo Segurado diretamente com os médicos ou instituições médicas não pertencentes à rede referenciada, não havendo obrigatoriedade contratual de reembolso integral.

2.4.1 Não haverá reembolso quando a Seguradora identificar que houve o envio de mais de um recibo ou nota fiscal relacionado ao mesmo atendimento, com valores diferentes do que efetivamente foram pagos por cada procedimento, na medida em que se constitui crime previsto no art. 304 do Código Penal Brasileiro

2.5 Diárias Hospitalares: para efeito de reembolso as diárias hospitalares de UTI e de parto incluem:

a) diárias hospitalares incluem : registros hospitalares, alojamento, alimentação do paciente, alimentação do acompanhante de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, banho no leito, administração de medicamentos e todos os outros serviços de enfermagem;

b) diárias de UTI incluem: além dos serviços da diária normal, a monitorização cardiorespiratória e toda a assistência respiratória;

c) partos incluem: a permanência da parturiente e do recém-nascido em instalações adequadas e todos os cuidados necessários durante o trabalho de parto.

2.6 Taxas de Sala: para efeito de reembolso são consideradas taxas de sala:

a) As taxas de sala cirúrgica, previstas na Tabela SulAmérica Saúde, só serão cobertas quando a cirurgia for realizada em centro cirúrgico devidamente instalado e equipado;

b) As taxas de sala cirúrgica incluem: assepsia, utilização das instalações, dos equipamentos, do instrumental cirúrgico e de roupas, além da esterilização do material e os serviços de enfermagem;

c) As demais taxas de sala (observação, recuperação pós-anestésica, cirurgia ambulatorial, gesso e exames/tratamentos especializados) serão pagas de acordo com o constante na Tabela SulAmérica Saúde para o procedimento realizado;

d) As taxas de sala são pagas conforme a cirurgia, baseando-se no porte anestésico apresentado na Tabela SulAmérica Saúde. Porte anestésico zero significa a não participação do anestesista, caso em que a taxa de sala não é devida;

e) Quando dois ou mais atos cirúrgicos forem realizados simultaneamente, pela mesma equipe cirúrgica, ou por equipes distintas, é devida somente uma taxa de sala, correspondente à cirurgia de maior porte.

2.7 Medicamentos e Materiais

O reembolso de medicamentos e materiais cirúrgicos será efetuado com base nos preços negociados na rede referenciada do plano, vigentes na data de sua utilização, de forma a garantir o que determina a Resolução CONSU 08, alterada pela Resolução CONSU 15.

2.8 Serão reembolsadas as Consultas, Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia, Honorários Profissionais de Atendimento Ambulatorial e Internações Hospitalares.

2.8.1 O reembolso de honorários profissionais será efetuado com base na Tabela SulAmérica Saúde, obedecida à quantidade de auxiliares e o porte anestésico, previstos para cada procedimento.

2.9 Tabela SulAmérica Saúde

Os procedimentos médicos estão contemplados na Tabela SulAmérica Saúde que está em conformidade com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e poderá ser atualizada com inclusões e/ou exclusões, além das coberturas adicionais definidas pela Seguradora.

2.9.1 A Tabela SulAmérica Saúde está devidamente registrada no Cartório do 10º Oficial de Registro de Títulos e Documentos da Capital - SP, e disponível a todos os Segurados na sede do Estipulante, e no website sulamerica.com.br/ saudeonline de acordo com a segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia, disponibilizada para realizar download.

2.10 Para o cálculo de reembolso serão necessários os dados descritos a seguir:

2.10.1 Unidade de Serviço (US): É o quantitativo definido para cada procedimento, que está descrito na Tabela SulAmérica Saúde. A quantidade de Unidade de Serviço - US de determinados procedimentos poderá ser alterada, visando mantê-las compatíveis com os valores praticados no mercado.

2.10.2 Múltiplos de Reembolso - São os coeficientes a serem aplicados sobre a quantidade de US apresentadas na Tabela SulAmérica Saúde e estão demonstrados na cláusula 2.12 - Múltiplo de Reembolso.

2.10.3 Unidade de Serviço de Reembolso (USR) - É o coeficiente expresso em moeda corrente nacional, definido no momento da contratação do seguro. **O valor inicial da USR é de R$ 0,50 (cinquenta centavos), o qual também está expresso na Proposta de Seguro.**

2.10.3.1 O valor da USR de reembolso poderá, eventualmente, ser reajustado em periodicidade não inferior a 12 (doze) 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 referenciada.

2.10.3.2 O reajuste do valor da USR deverá considerar exclusivamente a variação dos custos médicos e hospitalares dos procedimentos cobertos pelo presente contrato, não estando de qualquer forma vinculado ao índice de reajuste financeiro ou técnico do contrato.

2.11 O valor do reembolso será efetuado em moeda corrente nacional e calculado conforme fórmula abaixo:

VR = Quantidade de US* x Múltiplo de Reembolso x Valor da USR**

* Prevista na Tabela SulAmérica Saúde para o procedimento realizado
** Vigente na data de atendimento médico e/ou hospitalar

2.12 Múltiplo de Reembolso

Opções de Reembolso	Segurado não Internado		Segurado Internado		
	Consultas Médicas	Diagnose/Terapia e Demais Procedimentos Ambulatoriais	Honorários Médicos	Diárias e Despesas Hospitalares	SADT*
R1	7,5	3,0	5,3	4,0	3,0
R2	9,5	3,0	10,6	4,0	3,0
R3	12,7	4,0	12,7	4,0	4,0

* SADT = Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia

2.12.1 O Estipulante poderá escolher uma das opções de reembolso disponíveis acima no momento da contratação, e deverá assinalar na proposta de seguro.

2.12.2 A opção do reembolso definida para o Segurado titular, será a mesma para os Segurados dependentes.

2.13 O valor correspondente à coparticipação previsto na cobertura do seguro será deduzido do valor a ser reembolsado ao Segurado Titular.

2.14 O reembolso será efetuado diretamente ao Segurado Titular, em até 30 (trinta) dias contados a partir da data do recebimento da solicitação do reembolso acompanhada de todos os documentos específicos para cada procedimento.

2.15 A Seguradora somente manterá em seu poder a guarda dos recibos e notas fiscais originais referentes às despesas ressarcidas total ou parcialmente, quando recebidos fisicamente em suas vias originais.

2.15.1 Será de responsabilidade do Segurado guardar os recibos e notas fiscais originais relacionados ao procedimento, quando a solicitação de reembolso for enviada à Seguradora de forma eletrônica, por no mínimo 05 (cinco) anos.

2.15.2. O Segurado deverá enviar à Seguradora os documentos originais, em até 05 (cinco) dias úteis, contados da data da solicitação, sob pena de seu processo de reembolso não ter a análise concluída ou, caso já

tenha sido concluída e paga ter o Segurado a obrigação de devolver o valor à Seguradora.

2.16 O valor reembolsado não será, sob nenhuma hipótese, superior ao valor efetivamente pago pelo segurado pelas respectivas despesas.

2.17 É facultado ao Segurado Titular solicitar a revisão dos valores de reembolso em até 180 (cento e oitenta) dias de seu efetivo pagamento pela Seguradora.

2.18 Antes do recebimento do Cartão SulAmérica Saúde para acesso à Rede Referenciada, será garantido ao Segurado, o reembolso das despesas cobertas realizadas, de acordo com o plano contratado.

2.19 Será garantido aos Segurados do SulAmérica Saúde plano Executivo o reembolso das despesas médicas e hospitalares cobertas, realizadas no exterior, de acordo com o plano de seguro contratado e a Tabela SulAmérica Saúde, limitado aos custos médios praticados pelos hospitais constantes na rede referenciada do plano Especial 100.

2.19.1 O reembolso das despesas médicas hospitalares, comprovadamente pagas, realizadas no Exterior, será feito em moeda corrente nacional. Para a conversão será utilizada a taxa de câmbio oficial de venda, vigente na data da quitação do atendimento realizado.

2.20 O prazo máximo para a apresentação dos pedidos de reembolso será de 1 (um) ano para os serviços realizados no Brasil e de 2 (dois) anos para os serviços realizados no Exterior, a contar da data da realização dos eventos cobertos.

2.21 Para solicitação do reembolso das despesas médicas e/ou hospitalares serão necessários os seguintes documentos:

a) Cópia do cartão de identificação;

b) Recibo original em formulário próprio do prestador de serviços com CPF e endereço e/ou nota fiscal original, constando:

- Relatório médico informando diagnóstico, tratamento realizado, tempo de existência da doença, etiologia e laudo de exames, inclusive biopsia e anatomopatológico, se houver;
- Descrição do serviço realizado, quantidade com valor unitário, datas de atendimento, especialidade e CRM do médico;
- Descrição de materiais e medicamentos com valor unitário, e laudos de exames, se necessário, a critério da Seguradora;

c) Para os casos de solicitação de reembolso dos serviços de remoção, na nota fiscal deverá constar o total de quilômetros rodados, hospital de origem e destino, especificação do tipo de ambulância (UTI ou simples) e relatório do médico assistente justificando a necessidade da remoção.

d) Para os casos de solicitação de reembolso de parto, deverá ser apresentado o partograma ou relatório médico detalhado.

2.21.1 Se os documentos apresentados não possibilitarem a comprovação de despesas específicas e analise técnica necessária para o reembolso das despesas médico-hospitalares realizadas, a Seguradora solicitará documentos ou informações complementares, o que acarretará a recontagem do prazo estabelecido nestas condições gerais.

2.21.2 Além dos recibos e notas fiscais a Seguradora poderá solicitar outros comprovantes que demonstrem o efetivo desembolso, como por exemplo, microfilmagem de cheque e demonstrativo bancário.

3. Rede Referenciada

A Rede Referenciada está definida de acordo com o plano Executivo na acomodação apartamento e disponível no território nacional.

4. Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa Etária

Faixa Etária	Percentuais
0 a 18 anos	0,00%
19 a 23 anos	25,00%
24 a 28 anos	24,00%
29 a 33 anos	11,00%
34 a 38 anos	7,00%
39 a 43 anos	16,00%
44 a 48 anos	19,54%
49 a 53 anos	17,20%
54 a 58 anos	19,05%
59 anos ou +	68,45%

5. Coberturas Adicionais

Será garantida aos segurados do SulAmérica Saúde plano Executivo a cobertura para os itens a seguir conforme descrito no Termo de Coberturas Adicionais que é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde.

5.1 Terapias - cláusula 1 do Termo de Coberturas Adicionais

5.2 Transplantes de órgãos - cláusula 2 do Termo de Coberturas Adicionais

6. Benefícios Adicionais

Será disponibilizado aos segurados do SulAmérica Saúde plano Executivo os Benefícios Adicionais a seguir, os quais estão especificados no Caderno de Benefícios Adicionais.

6.1 Orientação Médica Telefônica - item 1 do Caderno de Benefícios Adicionais.

6.2 **Seguro Viagem Nacional** - item 7.3.1 do Caderno de Benefícios Adicionais

6.3 **Seguro Viagem Internacional** - item 7.3.2 do Caderno de Benefícios Adicionais.

6.3.1 A quantidade máxima de dias cobertos por viagem é de 45 (quarenta e cinco) dias.

7. Coparticipação

7.1 A coparticipação ocorre quando o Segurado realiza consultas, atendimento em pronto socorro, exames complementares e terapias, conforme descrito na Tabela de Coparticipação PME disponível no site www.sulamerica.com.br. A relação dos procedimentos constantes na Tabela de Coparticipação podem sofrer alteração.

7.2 A coparticipação será calculada de acordo com o percentual de 30% (trinta por cento) sobre o valor pago à rede, ou sobre o reembolso. Em qualquer dos casos, a coparticipação será limitada ao valor máximo pré-definido, conforme disposto na tabela abaixo.

7.3 Tabela de valor máximo pré-definido de Coparticipação:

Classificação dos procedimentos	Executivo
Atendimento em Pronto Socorro	R$ 119,00
Consulta Eletiva	R$ 59,00
Exames Complementares - A	R$ 38,00
Exames Complementares - B	R$ 120,00
Terapias não Médicas	R$ 38,00

7.3.1 Os valores máximos pré-definidos em reais poderão ser reajustados a cada aniversário do contrato, na forma prevista na cláusula 27.1.3. O percentual a ser aplicado será o resultado do IVCMH (índice de Variação de Custos Médicos Hospitalares).

7.4 Os valores referentes à coparticipação dos segurados na rede referenciada serão pagos à Seguradora e cobrados do Estipulante na mesma fatura do **Prêmio Mensal.**

7.5 Quando houver solicitação de reembolso nas situações previstas neste contrato, o valor de coparticipação dos segurados será descontado do valor a ser reembolsado ao Segurado Titular.

7.6 A coparticipação não é considerada como contribuição para os fins previstos nos artigos 30 e 31 da lei n.º 9.656/98.

7.7 O Estipulante será responsável pelo pagamento da coparticipação dos atendimentos realizados na vigência do seguro, independente do cancelamento do contrato e/ou desligamento do Segurado.

8. Permanecem válidas as demais condições estabelecidas nas Condições Gerais.

Sul América Companhia de Seguro Saúde
Registro na ANS nº 006246

Prestige
com Coparticipação

Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME

Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

Este documento é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde, firmado com o Estipulante indicado na proposta de seguro por ocasião da contratação.

1. Registro do Plano na ANS

Nome do plano registrado na ANS: Prestige Empresarial/PME AHO QP COP

Acomodação Hospitalar: Apartamento

Número do Registro na ANS: 469529131

Abrangência Geográfica: Nacional

2. Reembolso

2.1 O Segurado Titular e seus Dependentes poderão solicitar o reembolso das despesas médicas e hospitalares cobertas, comprovadamente pagas, às quais serão reembolsadas de acordo com o plano de seguro contratado e a Tabela SulAmérica Saúde, quando optarem por não utilizar a rede referenciada.

2.1.1 O reembolso também será garantido nos casos em que não for possível o atendimento de urgência e emergência na rede referenciada, de acordo com o plano contratado.

2.2 O reembolso das despesas médico-hospitalares eventualmente apresentadas pelo Segurado será realizado desde que possua cobertura pelo plano contratado e desde que o prestador utilizado pelo Segurado esteja devidamente registrado nos órgãos governamentais e de classe para a prestação dos serviços realizados.

2.3 Para garantir o reembolso das despesas cobertas, o Segurado deverá solicitar com antecedência à realização do evento, a validação prévia da Seguradora, exceto para urgência e emergência.

2.4 Os valores a serem reembolsados não têm qualquer vínculo com os preços negociados pelo Segurado diretamente com os médicos ou instituições médicas não pertencentes à rede referenciada, não havendo obrigatoriedade contratual de reembolso integral.

2.4.1 Não haverá reembolso quando a Seguradora identificar que houve o envio de mais de um recibo ou nota fiscal relacionado ao mesmo atendimento, com valores diferentes do que efetivamente foram pagos por cada procedimento, na medida em que se constitui crime previsto no art. 304 do Código Penal Brasileiro

2.5 Diárias Hospitalares: para efeito de reembolso as diárias hospitalares de UTI e de parto incluem:

a) diárias hospitalares incluem : registros hospitalares, alojamento, alimentação do paciente, alimentação do acompanhante de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, banho no leito, administração de medicamentos e todos os outros serviços de enfermagem;

b) diárias de UTI incluem: além dos serviços da diária normal, a monitorização cardiorespiratória e toda a assistência respiratória;

c) partos incluem: a permanência da parturiente e do recém-nascido em instalações adequadas e todos os cuidados necessários durante o trabalho de parto.

2.6 Taxas de Sala: para efeito de reembolso são consideradas taxas de sala:

a) As taxas de sala cirúrgica, previstas na Tabela SulAmérica Saúde, só serão cobertas quando a cirurgia for realizada em centro cirúrgico devidamente instalado e equipado;

b) As taxas de sala cirúrgica incluem: assepsia, utilização das instalações, dos equipamentos, do instrumental cirúrgico e de roupas, além da esterilização do material e os serviços de enfermagem;

c) As demais taxas de sala (observação, recuperação pós-anestésica, cirurgia ambulatorial, gesso e exames/tratamentos especializados) serão pagas de acordo com o constante na Tabela SulAmérica Saúde para o procedimento realizado;

d) As taxas de sala são pagas conforme a cirurgia, baseando-se no porte anestésico apresentado na Tabela SulAmérica Saúde. Porte anestésico zero significa a não participação do anestesista, caso em que a taxa de sala não é devida;

e) Quando dois ou mais atos cirúrgicos forem realizados simultaneamente, pela mesma equipe cirúrgica, ou por equipes distintas, é devida somente uma taxa de sala, correspondente à cirurgia de maior porte.

2.7 Medicamentos e Materiais

O reembolso de medicamentos e materiais cirúrgicos será efetuado com base nos preços negociados na rede referenciada do plano, vigentes na data de sua utilização, de forma a garantir o que determina a Resolução CONSU 08, alterada pela Resolução CONSU 15.

2.8 Serão reembolsadas as Consultas, Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia, Honorários Profissionais de Atendimento Ambulatorial e Internações Hospitalares.

2.8.1 O reembolso de honorários profissionais será efetuado com base na Tabela SulAmérica Saúde, obedecida à quantidade de auxiliares e o porte anestésico, previstos para cada procedimento.

2.9 Tabela SulAmérica Saúde

Os procedimentos médicos estão contemplados na Tabela SulAmérica Saúde que está em conformidade com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e poderá ser atualizada com inclusões e/ou exclusões, além das coberturas adicionais definidas pela Seguradora.

2.9.1 A Tabela SulAmérica Saúde está devidamente registrada no Cartório do 10º Oficial de Registro de Títulos e Documentos da Capital - SP, e disponível a todos os Segurados na sede do Estipulante, e no website sulamerica.com.br/ saudeonline de acordo com a segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia, disponibilizada para realizar download.

2.10 Para o cálculo de reembolso serão necessários os dados descritos a seguir:

2.10.1 Unidade de Serviço (US): É o quantitativo definido para cada procedimento, que está descrito na Tabela SulAmérica Saúde. A quantidade de Unidade de Serviço - US de determinados procedimentos poderá ser alterada, visando mantê-las compatíveis com os valores praticados no mercado.

2.10.2 Múltiplos de Reembolso - São os coeficientes a serem aplicados sobre a quantidade de US apresentadas na Tabela SulAmérica Saúde, e variam de acordo com o plano contratado. Os múltiplos de reembolso estão demonstrados na Tabela de Múltiplos de Reembolso, constante na cláusula de Características Essenciais do Plano SulAmérica Saúde PME Mais.

2.10.3 Unidade de Serviço de Reembolso (USR) - É o coeficiente expresso em moeda corrente nacional, definido no momento da contratação do seguro. **O valor inicial da USR é de R$ 0,50 (cinquenta centavos), o qual também está expresso na Proposta de Seguro.**

2.10.3.1 O valor da USR de reembolso poderá, eventualmente, ser reajustado em periodicidade não inferior a 12 (doze) 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 referenciada.

2.10.3.2 O reajuste do valor da USR deverá considerar exclusivamente a variação dos custos médicos e hospitalares dos procedimentos cobertos pelo presente contrato, não estando de qualquer forma vinculado ao índice de reajuste financeiro ou técnico do contrato.

2.11 O valor do reembolso será efetuado em moeda corrente nacional e calculado conforme fórmula abaixo:

VR = Quantidade de US* x Múltiplo de Reembolso x Valor da USR**

* Prevista na Tabela SulAmérica Saúde para o procedimento realizado
** Vigente na data de atendimento médico e/ou hospitalar

2.12 Múltiplo de Reembolso

Segurado não Internado		Segurado Internado		
Consultas	**Exames/Terapias e Demais Procedimentos Ambulatoriais**	**Honorários Médicos**	**Diárias / Despesas Hospitalares**	**SADT***
18,0	5,0	15,0	15,0	5,0

* SADT = Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia

2.13 O valor correspondente à coparticipação previsto na cobertura do seguro será deduzido do valor a ser reembolsado ao Segurado Titular.

2.14 O reembolso será efetuado diretamente ao Segurado Titular, em até 30 (trinta) dias contados a partir da data do recebimento da solicitação do reembolso acompanhada de todos os documentos específicos para cada procedimento.

2.15 A Seguradora somente manterá em seu poder a guarda dos recibos e notas fiscais originais referentes às despesas ressarcidas total ou parcialmente, quando recebidos fisicamente em suas vias originais.

2.15.1 Será de responsabilidade do Segurado guardar os recibos e notas fiscais originais relacionados ao procedimento, quando a solicitação de reembolso for enviada à Seguradora de forma eletrônica, por no mínimo 05 (cinco) anos.

2.15.2 O Segurado deverá enviar à Seguradora os documentos originais, em até 05 (cinco) dias úteis, contados da data da solicitação, sob pena de seu processo de reembolso não ter a análise concluída ou, caso já tenha sido concluída e paga ter o Segurado a obrigação de devolver o valor à Seguradora.

2.16 O valor reembolsado não será, sob nenhuma hipótese, superior ao valor efetivamente pago pelo segurado pelas respectivas despesas.

2.17 É facultado ao Segurado Titular solicitar a revisão dos valores de reembolso em até 180 (cento e oitenta) dias de seu efetivo pagamento pela Seguradora.

2.18 Antes do recebimento do Cartão SulAmérica Saúde para acesso à Rede Referenciada, será garantido ao Segurado, o reembolso das despesas cobertas realizadas, de acordo com o plano contratado.

2.19 Será garantido aos Segurados do SulAmérica Saúde plano Prestige o reembolso das despesas médicas e hospitalares cobertas, realizadas no exterior, de acordo com o plano de seguro contratado e a Tabela SulAmérica Saúde, limitado aos custos médios praticados pelos hospitais constantes na rede referenciada ao plano contratado.

2.19.1 O reembolso das despesas médicas hospitalares, comprovadamente pagas, realizadas no Exterior, será feito em moeda corrente nacional. Para a conversão será utilizada a taxa de câmbio oficial de venda, vigente na data da quitação do atendimento realizado.

2.20 O prazo máximo para a apresentação dos pedidos de reembolso será de 1 (um) ano para os serviços realizados no Brasil e de 2 (dois) anos para os serviços realizados no Exterior, a contar da data da realização dos eventos cobertos.

2.21 Para solicitação do reembolso das despesas médicas e/ou hospitalares serão necessários os seguintes documentos:

a) Cópia do cartão de identificação;

b) Recibo original em formulário próprio do prestador de serviços com CPF e endereço e/ou nota fiscal original, constando:

- Relatório médico informando diagnóstico, tratamento realizado, tempo de existência da doença, etiologia e laudo de exames, inclusive biopsia e anatomopatológico, se houver;
- Descrição do serviço realizado, quantidade com valor unitário, datas de atendimento, especialidade e CRM do médico;
- Descrição de materiais e medicamentos com valor unitário, e laudos de exames, se necessário, a critério da Seguradora;

c) Para os casos de solicitação de reembolso dos serviços de remoção, na nota fiscal deverá constar o total de quilômetros rodados, hospital de origem e destino, especificação do tipo de ambulância (UTI ou simples) e relatório do médico assistente justificando a necessidade da remoção.

d) Para os casos de solicitação de reembolso de parto, deverá ser apresentado o partograma ou relatório médico detalhado.

2.21.1 Se os documentos apresentados não possibilitarem a comprovação de despesas específicas e analise técnica necessária para o reembolso das despesas médico-hospitalares realizadas, a Seguradora solicitará documentos ou informações complementares, o que acarretará a recontagem do prazo estabelecido nestas condições gerais.

2.21.2 Além dos recibos e notas fiscais a Seguradora poderá solicitar outros comprovantes que demonstrem o efetivo desembolso, como por exemplo, microfilmagem de cheque e demonstrativo bancário.

3. Rede Referenciada

A Rede Referenciada está definida de acordo com o plano Prestige na acomodação apartamento e disponível no território nacional.

4. Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa Etária

Faixa Etária	Percentuais
0 a 18 anos	0,00%
19 a 23 anos	25,00%
24 a 28 anos	24,00%
29 a 33 anos	11,00%
34 a 38 anos	7,00%
39 a 43 anos	16,00%
44 a 48 anos	19,54%
49 a 53 anos	17,20%
54 a 58 anos	19,05%
59 anos ou +	68,45%

5. Coberturas Adicionais

Será garantida aos segurados do SulAmérica Saúde plano Prestige a cobertura para os itens a seguir conforme descrito no Termo de Coberturas Adicionais que é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde.

5.1 **Terapias** (Psicomotricidade, Fonoaudiologia e Escleroterapia - sem limite de sessão) - cláusula 1 do Termo de Coberturas Adicionais.

5.2 **Transplantes de órgãos** - cláusula 2 do Termo de Coberturas Adicionais.

5.3 **Consulta e Fisioterapia domiciliar** exclusivamente por reembolso nos limites do plano - cláusula 3 do Termo de Coberturas Adicionais.

5.4 **Cirurgia Refrativa** sem limite de grau - cláusula 4 do Termo de Coberturas Adicionais.

5.5 **Check-Up** - cláusula 5 do Termo de Coberturas Adicionais.

5.6 **Vacinas** - cláusula 6 do Termo de Coberturas Adicionais.

5.7 **Consulta ao Viajante** - cláusula 7 do Termo de Coberturas Adicionais.

6. Carências

Além das carências descritas na cláusula 18, ficam acrescidas as coberturas adicionais e suas respectivas carências conforme abaixo:

a) Grupo de carência 1:
15 (quinze) dias da data de vigência do segurado para vacinas e consulta do viajante.

b) Grupo de carência 2:
180 (cento e oitenta) dias da data de vigência do segurado titular para check-up.

7. Benefícios Adicionais

Será disponibilizado aos segurados do SulAmérica Saúde plano Prestige os Benefícios Adicionais a seguir, os quais estão especificados no Caderno de Benefícios Adicionais.

7.1 **Orientação Médica Telefônica** - item 1 do Caderno de Benefícios Adicionais.

7.2 **Motorista Amigo da Saúde** - item 2 do Caderno de Benefícios Adicionais

7.3 **Remoção Especial** - item 3 do Caderno de Benefícios Adicionais

7.4 **Serviços de Courier** - item 4 do Caderno de Benefícios Adicionais

7.5 **Coleta Domiciliar de Exames** - item 5 do Caderno de Benefícios Adicionais

7.6 **Concierge** - item 6 do Caderno de Benefícios Adicionais

7.7 **Seguro Viagem Nacional** - item 7.3.1 do Caderno de Benefícios Adicionais

7.8 **Seguro Viagem Internacional** - item 7.3.2 Caderno de Benefícios Adicionais.

7.8.1 A quantidade máxima de dias cobertos por viagem é de 120 (cento e vinte) dias.

8. Coparticipação

8.1 A coparticipação ocorre quando o Segurado realiza consultas, atendimento em pronto socorro, exames complementares e terapias, conforme descrito na Tabela de Coparticipação PME disponível no site www.sulamerica.com.br. A relação dos procedimentos constantes na Tabela de Coparticipação podem sofrer alteração.

8.2 A coparticipação será calculada de acordo com o percentual de 30% (trinta por cento) sobre o valor pago à rede, ou sobre o reembolso. Em qualquer dos casos, a coparticipação será limitada ao valor máximo pré-definido, conforme disposto na tabela abaixo.

8.3 Tabela de valor máximo pré-definido de Coparticipação:

Classificação dos procedimentos	Prestige
Atendimento em Pronto Socorro	R$ 170,00
Consulta Eletiva	R$ 85,00
Exames Complementares - A	R$ 42,00
Exames Complementares - B	R$ 128,00
Terapias não Médicas	R$ 42,00

8.3.1 Os valores máximos pré definidos em reais poderão ser reajustados a cada aniversário do contrato, na forma prevista na cláusula 27.1.3. O percentual a ser aplicado será o resultado do IVCMH (índice de Variação de Custos Médicos Hospitalares).

8.4 Os valores referentes à coparticipação dos segurados na rede referenciada serão pagos à Seguradora e cobrados do Estipulante na mesma fatura do **Prêmio Mensal.**

8.5 Quando houver solicitação de reembolso nas situações previstas neste contrato, o valor de coparticipação dos segurados será descontado do valor a ser reembolsado ao Segurado Titular.

8.6 A coparticipação não é considerada como contribuição para os fins previstos nos artigos 30 e 31 da lei n.º 9.656/98.

8.7 O Estipulante será responsável pelo pagamento da coparticipação dos atendimentos realizados na vigência do seguro, independente do cancelamento do contrato e/ou desligamento do Segurado.

9. Permanecem válidas as demais condições estabelecidas nas Condições Gerais.