



**ADITIVO AO CONTRATO PARA COBERTURA DE CUSTOS  
COM ASSISTÊNCIA MÉDICA PROGRAMADA, ATRAVÉS  
DE CONTRATAÇÃO COLETIVA EMPRESARIAL**

O presente instrumento é um aditivo que altera as condições das **CLÁUSULAS CONTRATUAIS** do contrato original, adequando-as para estar em conformidade com o que determina RN 195/2009 da ANS.

**CLÁUSULA PRIMEIRA  
CARACTERÍSTICAS DO PLANO EMPRESARIAL**

1.1 Entende-se por **CONTRATO COLETIVO EMPRESARIAL** àquele destinado à população vinculada à pessoa jurídica por relação **EMPREGATÍCIA** ou **ESTATUTÁRIA**.

1.2 O presente instrumento terá regras distintas para um quantitativo de aderentes igual ou maior que 30 (trinta) Beneficiários e inferior a 30 (trinta) Beneficiários.

**CLÁUSULA SEGUNDA  
DAS CARÊNCIAS**

2.1 Em conformidade com a Resolução RN 195/09, alterada pela RN 200/09 que determina que poderá ser considerada a exigência de cumprimento de prazos de carência aos planos Coletivos Empresariais, o direito de atendimento dos Beneficiários deste Contrato, encontra-se vinculado, a contar da data da assinatura do Contrato, aos seguintes prazos de carência:

**a) Vinte e quatro (24) horas:** para garantia de cobertura para atendimentos decorrentes de acidentes pessoais, sem restrições, ocorridos comprovadamente a partir da vigência do Contrato, sendo que as demais condições de atendimento para urgência/emergência estão detalhadas na cláusula de Urgência Emergência, em conformidade com a Consu 13/98;

**b) Trinta (30) dias:** para cobertura a consultas médicas eletivas, exames complementares e procedimentos ambulatoriais, exceto para os descritos abaixo;

**c) Sessenta (60) dias:** para procedimentos odontológicos (para planos que possuem cobertura odontológica);

**d) Noventa (90) dias:** para a cobertura de exames de ecografias, mamografias, anatomopatológicos, cardiológicos (exceto os de hemodinâmica, previstos conforme no item e); os especializados

em: oftalmologia, otorrinolaringologia, dermatologia e urologia; e fisioterapia;

**e) Cento e oitenta (180) dias:** para internação hospitalar clínica ou cirúrgica; atendimentos na especialidade de psiquiatria; procedimentos de tomografia computadorizada, ressonância magnética, densitometria óssea, medicina nuclear, radiologia intervencionista (inclusive angiologia), neuroradiologia e mielografias, exames por videoscopia, endoscopias diagnósticas, e terapêuticas, hemodinâmica, litotripsia, escleroterapia de varizes (quando complementares à cirurgia) e cirurgias ambulatoriais.

**f) Trezentos (300) dias:** para parto a termo (para planos que possuem cobertura Obstétrica).

2.2 Em conformidade com a Resolução RN 195/09, alterada pela RN 200/09, no plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial com número de participantes igual ou superior a trinta beneficiários não poderá ser exigido o cumprimento de prazos de carência, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante.

### **CLÁUSULA TERCEIRA DAS DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES**

3.1 Quando da adesão, cada Beneficiário, ou seu representante legal, terá obrigatoriamente que preencher na Declaração de Saúde, o conhecimento de DLP - Doença ou Lesão Preexistente, à época da assinatura do contrato ou adesão contratual, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito a suspensão ou rescisão unilateral do contrato, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656, de 1998.

3.2 As doenças e lesões preexistentes são definidas como aquelas que o Beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador no momento da contratação do plano.

a) As doenças declaradas na Declaração de Saúde estarão sujeitas ao cumprimento de Cobertura Parcial Temporária – CPT, que consiste na suspensão, por um período ininterrupto de 24 (vinte e quatro) meses, da cobertura para Procedimentos de Alta Complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos.

3.3 A **CONTRATADA** poderá oferecer CPT para doenças ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, constatadas por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do beneficiário.

3.4 A **CONTRATADA** poderá comprovar o conhecimento prévio do Beneficiário sobre a sua condição de portador de doença ou lesão preexistente, durante os primeiros 24 (vinte e quatro) meses de Contrato, podendo a omissão desta informação, por parte do Beneficiário, na Declaração de Saúde, ser caracterizada como comportamento fraudulento e motivar a rescisão contratual.

3.5 Nos contratos Coletivos Empresariais, quando o número de participantes for igual ou maior que trinta, para os beneficiários que formalizarem o pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias da celebração do contrato ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante não haverá cláusula de Cobertura Parcial Temporária.

2ª Via: Cliente



## CLÁUSULA QUARTA DOS BENEFICIÁRIOS

4.1 Em conformidade com a RN 195/09, são considerados Beneficiários das coberturas do Plano de Assistência a Saúde, objeto deste Contrato, o Beneficiário Titular e o(s) Beneficiário(s) Dependente(s).

4.2 É considerado **BENEFICIÁRIO TITULAR**:

- a) aquele que possua vínculo por relação empregatícia ou estatutária, com a **CONTRATANTE**,
- b) os sócios da **CONTRATANTE**.

4.3 É considerado **BENEFICIÁRIO DEPENDENTE**, aquele que é incluído pelo **CONTRATANTE**, desde que o **TITULAR** esteja inscrito no plano, podendo ser:

- a) Cônjuge ou companheiro(a) desde que comprove esta condição legalmente;
- b) Os filhos menores, naturais ou adotivos, nos termos do art. 12, VII, da Lei 9.656/98 até 21 anos ou até 24 se estiverem cursando a Universidade.

4.4 Fica assegurado à **CONTRATADA** o direito de exigir no ato da assinatura deste Contrato ou a qualquer tempo, da **CONTRATANTE**, a comprovação da relação funcional ou de dependência, aqui especificada, mediante documentos oficialmente instituídos.

4.5 Beneficiários Dependentes, somente poderão aderir ao Plano de Assistência à Saúde se houver adesão do Beneficiário Titular ao plano.

4.6 Aos planos coletivos com vínculo empregatício é garantida a disponibilidade de plano na modalidade individual/familiar no caso de cancelamento do plano coletivo, sem necessidade de cumprimento de novos prazos de carência.

## CLÁUSULA QUINTA DA INSCRIÇÃO, INCLUSÃO E EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS

5.1 A entrada dos beneficiários ao plano se fará apenas nas seguintes condições:

- a) No ato da assinatura do contrato,
- b) Por ocasião da admissão na empresa (até 30 dias da inclusão) ou
- c) Quando ocorrer o vínculo familiar (até 30 dias do evento gerador: nascimento ou casamento).

**Parágrafo único.** A inclusão de companheiro(a) somente será acatada se preenchidas as disposições legais.

5.2 Os usuários que tiverem sua inclusão no início de vigência do contrato, somente poderão ser inscri-

tos no contrato mediante apresentação da documentação exigida pela CONTRATADA, que comprova a condição de vínculo exigida.

5.3 Fica pactuado que a **CONTRATANTE** enviará, até o dia 10 (dez) de cada mês, relação completa, bem como documentação pertinente exigida pela Contratada, para inclusão de seus beneficiários a partir do 1º (primeiro) dia do mês subsequente ao envio.

#### **CLÁUSULA SEXTA DA REMUNERAÇÃO E CONDIÇÕES DE PAGAMENTO**

6.1 É de responsabilidade da Empresa **CONTRATANTE** o pagamento de todas as contraprestações pecuniárias, per capita, dos Beneficiários que estão ou vierem a ser incluídos na cobertura deste Contrato.

#### **CLÁUSULA SÉTIMA DAS FAIXAS ETÁRIAS E SUAS VARIAÇÕES**

7.1 A Cláusula vigésima segunda fica revogada. Assim sendo, as variações percentuais das contraprestações pecuniárias em razão da idade do Beneficiário Titular e de seus dependentes, obedecerão as faixas etárias determinadas pela lei 9656/98, abaixo discriminadas:

1ª. Faixa Etária	De 00 a 18 anos de idade	00,00%
2ª. Faixa Etária	De 19 a 23 anos de idade	50,00%
3ª. Faixa Etária	De 24 a 28 anos de idade	00,00%
4ª. Faixa Etária	De 29 a 33 anos de idade	00,00%
5ª. Faixa Etária	De 34 a 38 anos de idade	00,00%
6ª. Faixa Etária	De 39 a 43 anos de idade	00,00%
7ª. Faixa Etária	De 44 a 48 anos de idade	65,00%
8ª. Faixa Etária	De 49 a 53 anos de idade	00,00%
9ª. Faixa Etária	De 54 a 58 anos de idade	00,00%
10ª. Faixa Etária	A partir de 59 anos	142,42%

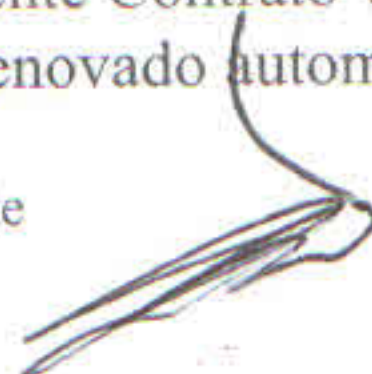
#### **CLÁUSULA OITAVA DOS PREÇOS**

8.1 Os valores foram formatados conforme perfil etário enviado para a Contratada, para atender a todos os beneficiários (Titulares e Dependentes) da **CONTRATANTE**, conforme tabela de valores anexa a este aditivo.

#### **CLÁUSULA NONA DA VIGÊNCIA E DA RESCISÃO**

9.1 O presente Contrato vigorará por 12 meses, com início a partir da assinatura do presente instrumento, sendo renovado automaticamente por prazo indeterminado, observando-se que não haverá quaisquer

2ª Via: Cliente



cobranças de taxas na renovação do contrato.

9.2 O Contrato ora aditivado só poderá ser rescindido após os 12 primeiros meses de vigência deste aditivo, mediante o cumprimento do aviso prévio de 60 (sessenta) dias.

9.3 Havendo a redução do número de usuários contratados para um quantitativo inferior a 03 (três) vidas, o contrato será cancelado.

9.4 Se o contrato for cancelado antes do prazo de 12 meses, o CONTRATANTE deverá pagar o correspondente a duas vezes o valor médio das últimas três mensalidades.

### **CLÁUSULA DÉCIMA DAS COBERTURAS PARA ACIDENTE DE TRABALHO**

10.1 Sobre a exclusão da cobertura para procedimentos relacionados com acidente de trabalho:

10.1.1 A Resolução CONSU N.º 15/99 altera o rol de procedimentos divulgado na Resolução CONSU N.º 10/98, determinado que:

*“Nos contratos de planos coletivos, não é obrigatória a cobertura para os procedimentos relacionados com os acidentes de trabalho e suas conseqüências, moléstias profissionais, assim como para os procedimentos relacionados com a saúde ocupacional, sendo opcional à contratante, se assim desejar, estabelecer, no contrato com a operadora, cláusula específica para a cobertura desses casos.”*

10.2 Sobre a relação entre as segmentações dos planos de saúde com o módulo opcional de acidente de trabalho.

10.2.1 A cobertura para os procedimentos relacionados com os acidentes de trabalho é limitada pelo tipo de segmentação do plano de saúde, conforme descrito abaixo:

**a) Plano ambulatorial:** garante-se a cobertura para os procedimentos relacionados com os acidentes de trabalho e suas conseqüências, compreendendo os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, definidos e listados no Rol de Procedimentos, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que, embora prescindam de internação, demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, ou serviços como de recuperação pós anestésica, UTI, CETIN e similares;

**b) Plano hospitalar sem obstetrícia:** garante-se a cobertura para os procedimentos relacionados com os acidentes de trabalho e suas conseqüências, compreendendo os atendimentos em unidade hospitalar definidos na Lei n.º 9.656/98, não incluindo atendimentos ambulatoriais para fins de diagnóstico, terapia ou recuperação, ressalvado os seguintes procedimentos considerados especiais cuja necessidade esteja relacionada a continuidade da assistência prestada a nível de internação hospitalar: a) hemodiálise e diálise peritonial - CAPD; b) quimioterapia; c) radioterapia incluindo radio moldagem, radio implante e braquiterapia; d) hemoterapia; e) nutrição parenteral ou enteral; f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica; g) embolizações e radiologia in-

tervencionista; h) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos; i) fisioterapia; e j) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos a transplante de Rim e Córnea, exceto medicação de manutenção;

**c) Plano hospitalar com obstetrícia:** garante-se a cobertura para os procedimentos relacionados com os acidentes de trabalho e suas conseqüências, conforme definido no item 2, acrescida dos procedimentos relativos ao pré-natal e de assistência ao parto; e

**d) Plano odontológico:** garante-se a cobertura para os procedimentos relacionados com os acidentes de trabalho e suas conseqüências, compreende todos os procedimentos realizados em consultório, incluindo Exame Clínico, Radiologia, Prevenção, Dentística, Endodontia, Periodontia e Cirurgia;

10.2.2 Os planos cuja segmentação seja definida pela junção de uma ou mais segmentações descritas acima, a exemplo da Ambulatorial com odontologia, a cobertura para acidente de trabalho será determinada pela união dos procedimentos cobertos por tais segmentações.

10.3 Os funcionários registrados na **CONTRATANTE**, devidamente inscritos na **CONTRATADA** (beneficiários do plano de saúde), terão direito a cobertura médico-hospitalar decorrente de acidente de trabalho.

10.3.1 O Atendimento citado no item 10.1 dar-se-á somente na rede própria da **CONTRATADA**.

### CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA DAS REDUÇÕES DE CARÊNCIA

11.1 Condições de isenção e redução das carências para Sócios, Funcionários com Vínculo empregatício e Dependentes:

a) Conforme quadro abaixo os beneficiários (Sócios, Funcionários com Vínculo e Dependentes), que aderirem ao plano, no ato da assinatura do contrato, por ocasião da admissão na empresa (até 30 dias da inclusão) ou quando ocorrer o vínculo familiar (até 30 dias do evento gerador: nascimento ou casamento) terão redução das carências contratuais de acordo com o porte do contrato;

b) Conforme quadro abaixo os beneficiários (Sócios, Funcionários com Vínculo e Dependentes), que aderirem ao plano, após o período citado no item "a" acima, cumprirão as carências contratuais de acordo com o porte do contrato.

PRAZO PARA REDUÇÃO DE CARÊNCIA	GRUPO DE CARÊNCIAS PORTE I (de 03 a 15 beneficiários)				
	1	2	3	4	ODONTOLOGIA
Condição de carência padrão	30 dias	90 dias	180 dias	300 dias	LIB.
a) Funcionários/Sócios e Dependentes	LIB.	60 dias	180 dias	300 dias	LIB.
b) Funcionários/Sócios e Dependentes	30 dias	90 dias	180 dias	300 dias	LIB.

PRAZO PARA REDUÇÃO DE CARÊNCIA	GRUPO DE CARÊNCIAS PORTE II (de 16 a 29 beneficiários)				
	1	2	3	4	ODONTOLOGIA
Condição de carência padrão	30 dias	90 dias	180 dias	300 dias	LIB.
a) Funcionários/Sócios e Dependentes	LIB.	LIB.	180 dias	300 dias	LIB.
b) Funcionários/Sócios e Dependentes	30 dias	90 dias	180 dias	300 dias	LIB.

PRAZO PARA REDUÇÃO DE CARÊNCIA	GRUPO DE CARÊNCIAS PORTE III (de 30 a 199 beneficiários)				
	1	2	3	4	ODONTOLOGIA
Condição de carência padrão	30 dias	90 dias	180 dias	300 dias	LIB.
a) Funcionários/Sócios e Dependentes	LIB.	LIB.	LIB.	LIB.	LIB.
b) Funcionários/Sócios e Dependentes	30 dias	90 dias	180 dias	300 dias	LIB.

c) Para Cobertura Parcial Temporária – CPT, ficam mantidas as condições dispostas na 3ª Cláusula deste aditivo.

### CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

12.1 A CONTRATANTE declara que recebeu uma cópia fiel e integral do aludido aditivo e acharam-na em tudo conforme, concordando e anuindo com todas as cláusulas e condições.

12.2 Ficam inalteradas todas as cláusulas e condições do Instrumento Contratual que não foram, direta ou indiretamente alteradas por este aditivo.



12.3 E, por estarem assim, justos e contratados, assinam o presente instrumento em 2 (duas) vias de igual teor e forma, na presença de 2 (duas) testemunhas.

NATAL

LOCAL

29/06/2010

DATA

Contratante:

Nome:

CPF:



Janduir Oliveira da Nóbrega  
Presidente

Assinatura do **CONTRATANTE** ou Responsável Legal

**CONTRATADA: HAPVIDA ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA.**



Assinatura do Representante Autorizado

2ª Via: Cliente

