Sumário

CLÁUSULA PRIMEIRA - QUALIFICAÇÃO DA CONTRATADA 2

CLÁUSULA SEGUNDA - QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE 2

CLÁUSULA TERCEIRA - OBJETO DO CONTRATO 2

CLÁUSULA QUARTA - NATUREZA DO CONTRATO 2

CLÁUSULA QUINTA - ÁREA DE ABRANGÊNCIA E NOME COMERCIAL DO PRODUTO 3

CLÁUSULA SEXTA - TIPO DE CONTRATAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE 3

CLÁUSULA SÉTIMA - TIPOS DE SEGMENTAÇÕES ASSISTENCIAIS DOS PLANOS DE SAÚDE ... 3

CLÁUSULA OITAVA - PADRÕES DE ACOMODAÇÕES EM INTERNAÇÃO 4

CLÁUSULA NONA - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO 4

CLÁUSULA DÉCIMA - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS 5

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - EXCLUSÕES DE COBERTURA 13

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - PERÍODOS DE CARÊNCIA 15

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES 16

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - REMOÇÃO 17

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - MECANISMOS DE REGULAÇÃO 18

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - FORMA DE PAGAMENTO 21

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA - REAJUSTE 21

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA - FAIXAS ETÁRIAS 22

CLÁUSULA DÉCIMA NONA - BENEFÍCIOS ADICIONAIS 23

CLÁUSULA VIGÉSIMA - MUDANÇA DO PLANO DE SAÚDE CONTRATADO 23

CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA - RESCISÃO 24

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA - DISPOSIÇÕES GERAIS 25

MODELO

CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCEIRA - COMPARTILHAMENTO DE DADOS 26

CLÁUSULA VIGÉSIMA QUARTA - ELEIÇÕES DE FORO 27

CLÁUSULA VIGÉSIMA QUINTA - DEFINIÇÕES 27

MODELO

A LEITURA DO MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA CONTRATAÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE PREVIAMENTE ENTREGUE NÃO SUBSTITUI A LEITURA DESTE CONTRATO NA ÍNTEGRA.

CONTRATO PREVENT SENIOR

Importante: leia com atenção!

1. Leia com atenção todas as cláusulas deste contrato, especialmente aquelas relativas às carências, antes de preencher os formulários da Proposta de Adesão.

2. Preencha corretamente a Declaração de Saúde, fornecendo as informações solicitadas, especialmente as relativas ao estado de saúde e doenças ou lesões preexistentes. **A omissão de informação de condição sabida de doença preexistente a esta proposta fica sujeita a suspensão ou denúncia do contrato, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do artigo 13 da Lei nº 9.656/1998.**

3. Toda resposta afirmativa às indagações da Declaração de Saúde deverá ser esclarecida, informando a ocorrência, data da constatação, cirurgias e tratamentos realizados.

4. Para a regularidade e validade do contrato, é essencial que as informações fornecidas sejam precisas, guardando a mais boa-fé e veracidade, conforme o dispositivo no artigo 765 do Código Civil, sob pena de rescisão de contrato.

5. Caso o proponente tenha dificuldade para preencher a Declaração de Saúde, poderá escolher um médico para orientá-lo. Pode ainda optar pela orientação de um médico não credenciado pela operadora de saúde, desde que assuma o custo correspondente. O médico também deverá assinar o formulário e apor o carimbo contendo seu número de inscrição no Conselho Regional de Medicina (CRM).

6. As patologias informadas na Declaração de Saúde poderão, a critério do proponente, gerar Cobertura Parcial Temporária (CPT), suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, pelo período ininterrupto de 24 meses, contada a partir da data de início de vigência do contrato, conforme esclarecido na Carta de Orientação ao Beneficiário, e, dependendo do caso, a possibilidade de oferta do Agravo como opção à CPT, à critério da Operadora.

MODELO

CONDIÇÕES GERAIS DO INSTRUMENTO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Individual – Produtos com as segmentações: ambulatorial, hospitalar com e sem obstetrícia

CLÁUSULA PRIMEIRA

1. QUALIFICAÇÃO DA CONTRATADA

PREVENT SENIOR PRIVATE OPERADORA DE SAÚDE LTDA, pessoa jurídica de direito privado devidamente registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) sob o número 30.214-7, inscrita no CNPJ/MF sob o número 00.461.479/0001-63, com sede na capital do Estado de São Paulo, à Av. Brigadeiro Luis Antônio, 3521, 15º andar, Paraíso, CEP: 01401-001, doravante denominada **CONTRATADA**.

CLÁUSULA SEGUNDA

2. QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE

Será considerada CONTRATANTE a pessoa natural devidamente qualificada e indicada como titular na Proposta de Adesão, a qual faz parte integrante deste instrumento, doravante denominada **CONTRATANTE**.

CLÁUSULA TERCEIRA

3. OBJETO DO CONTRATO

Este contrato tem por objeto a prestação de assistência médica e hospitalar ao CONTRATANTE, inscrito neste contrato, sob o regime de mensalidade prefixada, abrangendo desde o atendimento preventivo até o tratamento de doenças oriundas de causas naturais e/ou acidentes pessoais. A assistência à saúde será prestada pelos meios próprios da CONTRATADA ou por seu encaminhamento a outros credenciados, nas segmentações previstas nos artigos 10 e 12, incisos I, II e III da Lei nº 9.656/1998, incluindo atendimento ambulatorial, internações hospitalares e obstétricas, quando cabível, **EXCLUSIVAMENTE NA REDE PRÓPRIA OU CREDENCIADA**, composta por médicos, clínicas, hospitais e serviços auxiliares de diagnósticos e terapia, observadas **as coberturas dos procedimentos constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e seus Anexos editados pela ANS, vigentes à época do evento**, exclusões e limites estabelecidos nestas condições gerais, tudo em conformidade com a Lei nº 9.656/1998.

CLÁUSULA QUARTA

4. NATUREZA DO CONTRATO

O presente instrumento caracteriza-se pela contratação individual, sendo de adesão bilateral e aleatória, gerando direitos e obrigações para ambas as partes, na forma do Código Civil Brasileiro, do Código de Defesa do Consumidor e da Lei nº 9.656/1998.

MODELO

CLÁUSULA QUINTA

5. ÁREA DE ABRANGÊNCIA E NOME COMERCIAL DO PRODUTO

O CONTRATANTE poderá optar entre os planos abaixo informados, observando a área de abrangência geográfica, assim estabelecido:

PLANOS	LOCAIS
Prevent Senior Safira Enfermaria (ANS 444.210/03-5)	Os municípios de São Paulo, Diadema e Guarulhos, no estado de São Paulo.
Prevent Senior Premium 1003 Apartamento (ANS 499.965/24-7)	Os municípios de São Paulo, São Bernardo do Campo, Santo André e Santos, no estado de São Paulo.
Prevent Senior Premium 1003 Enfermaria (ANS 499.966/24-5)	Os municípios de São Paulo, São Bernardo do Campo, Santo André e Santos, no estado de São Paulo.

5.1 As coberturas contidas neste instrumento serão prestadas pela Prevent Senior de acordo com as segmentações dos produtos acima identificados e **EXCLUSIVAMENTE POR MEIO DE REDE PRÓPRIA OU CREDENCIADA, NO GRUPO DE MUNICÍPIOS DA ÁREA DE COBERTURA DO PLANO CONTRATADO.**

5.2 Os planos serão comercializados na capital de São Paulo observadas as regras de cobertura dentro da área de abrangência dos produtos.

CLÁUSULA SEXTA

6. TIPO DE CONTRATAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE

O tipo de contratação é individual.

CLÁUSULA SÉTIMA

7. TIPOS DE SEGMENTAÇÕES ASSISTENCIAIS DOS PLANOS DE SAÚDE

PLANOS	SEGMENTAÇÃO
Prevent Senior Safira Enfermaria (ANS 444.210/03-5)	Referência
Prevent Senior Premium 1003 Apartamento (ANS 499.965/24-7)	Ambulatorial e Hospitalar SEM Obstetrícia
Prevent Senior Premium 1003 Enfermaria (ANS 499.966/24-5)	Ambulatorial e Hospitalar SEM Obstetrícia

MODELO

CLÁUSULA OITAVA

8. PADRÕES DE ACOMODAÇÕES EM INTERNAÇÃO

O tipo de acomodação será de acordo com o plano escolhido, sendo oferecidas as seguintes possibilidades de acomodação:

8.1 Planos Prevent Senior Safira Enfermaria e Prevent Senior Premium 1003 Enfermaria: acomodação coletiva enfermaria, exclusivamente na rede própria ou credenciada.

8.1.1 Havendo indisponibilidade de leito no estabelecimento da rede própria ou credenciada para a acomodação do plano contratado, é assegurado ao CONTRATANTE:

A) Remoção sem qualquer ônus para outro estabelecimento próprio ou credenciado, com disponibilidade de vagas e no padrão de acomodação contratado;

B) Caso não seja possível a remoção por determinação médica, será garantido acesso à acomodação superior no estabelecimento da rede própria ou credenciada, sem qualquer ônus.

8.1.2 Havendo a disponibilidade na rede própria ou credenciada, caso o CONTRATANTE manifeste a vontade pelo custeio das despesas relativas à acomodação superior, a diferença não será de responsabilidade da CONTRATADA.

8.2 Prevent Senior Premium 1003 Apartamento: acomodação individual, com direito a acompanhante nos termos estabelecidos na legislação, exclusivamente na rede própria ou credenciada.

CLÁUSULA NONA

9. CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

O CONTRATANTE deverá preencher e assinar a Proposta de Adesão, sendo responsável pelo teor das informações contidas na Declaração de Saúde.

9.1 De acordo com as normas editadas pela ANS, para efetivação da contratação, o CONTRATANTE deverá encaminhar cópia dos seguintes documentos:

A) Cópia do cartão de inscrição no CPF;

B) Cópia do comprovante de endereço;

C) Cópia do Cartão Nacional de Saúde.

9.2 Para o produto com segmentação Referência, será assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do CONTRATANTE a contratação de produto idêntico, isento do cumprimento dos períodos de carência ou Cobertura Parcial Temporária (CPT), desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção.

9.3 A isenção de carência ao recém-nascido é assegurada somente após o cumprimento pelo

MODELO

CONTRATANTE de 180 (cento e oitenta) dias.

9.4 Será assegurada ao filho adotivo menor de 12 anos do CONTRATANTE a contratação de produto idêntico, com aproveitamento das carências já cumpridas pelo titular adotante (art. 12, VII, da Lei nº 9.656/1998).

9.4.1 Para fins deste instrumento, equipara-se ao "filho adotivo" a criança ou adolescente colocado sob a responsabilidade do titular do plano privado de assistência à saúde, em regime de guarda provisória, em virtude das disposições do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

9.5 Não observado o prazo de 30 (trinta) dias do nascimento ou da adoção para a contratação do produto, os prazos de carências ou Cobertura Parcial Temporária (CPT), no caso de doenças preexistentes, deverão ser integralmente cumpridos, conforme disposto na cláusula 12° (décima segunda) e cláusula 13° (décima terceira).

CLÁUSULA DÉCIMA

10. COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

A cobertura dos serviços de assistência suplementar à saúde será garantida **EXCLUSIVAMENTE NA REDE PRÓPRIA OU CREDENCIADA**, nos limites do plano escolhido, observando-se os prazos de carência e de Cobertura Parcial Temporária (CPT), a segmentação e a área de abrangência composta pelo GRUPO DE MUNICÍPIOS estabelecido neste instrumento, devendo ainda respeitar as **DISPOSIÇÕES CONTIDAS NO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE E DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO EDITADOS PELA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS), VIGENTE À ÉPOCA DO EVENTO**.

A CONTRATADA desenvolve um programa de medicina preventiva, que consiste no atendimento por médicos clínicos gerais e outras especialidades. Das consultas de rotina são obtidas valiosas informações que permitem melhor avaliação das particularidades da saúde de cada beneficiário para oferecer-lhe cuidados e acompanhamentos específicos.

As consultas médicas com clínicos gerais e especialistas serão realizadas exclusivamente nos serviços que integram a rede própria ou credenciada da CONTRATADA, nas diversas especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), observando-se os limites e condições deste contrato quanto à cobertura, exclusões, carências e mecanismos de regulação.

10.1 COBERTURA AMBULATORIAL

Compreende consultas médicas em clínicas ou consultórios, atendimento por outros profissionais de saúde e serviços de apoio diagnóstico.

10.1.1 CONSULTAS MÉDICAS: consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas), reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) (art. 12, I, da Lei nº 9.656/1998).

MODELO

A) A cobertura ambulatorial assegura as atividades profissionais descritas a seguir, observadas as limitações quanto às respectivas quantidades de consultas e sessões por ano, constantes nas Diretrizes de Utilização para Cobertura de Procedimento na Saúde Suplementar, anexo II do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento, bem como as regras de mecanismos de regulação previstas no presente instrumento.

I. Consultas com fisioterapeuta;
II. Consulta com nutricionista;
III. Consulta / sessão com fonoaudiólogo;
IV. Consulta / sessão com psicólogo;
V. Consulta / sessão com psicólogo e/ou terapeuta ocupacional;
VI. Consulta / sessão de terapia ocupacional;
VII. Sessão de psicoterapia.

B) As atividades profissionais relacionadas nos incisos da alínea anterior serão prestadas exclusivamente pela rede própria e credenciada e dependerão de autorização prévia, mediante emissão de senha ou guia.

C) A continuidade do atendimento após a cobertura assegurada pela CONTRATADA, nos termos do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), deverá ser acordada diretamente entre o CONTRATANTE e o prestador de serviço, estando o CONTRATANTE desobrigada da responsabilidade de custeio e de intermediação de qualquer negociação.

D) Fica permitida a utilização de telemedicina e o uso de tecnologia em saúde para a assistência e o monitoramento da saúde do beneficiário.

E) Fica assegurada ainda a cobertura para os procedimentos a seguir, considerados especiais conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde estabelecido pela ANS:

I. Hemodiálise e Diálise Peritonial Ambulatorial Contínua (CAPD);

II. Quimioterapia oncológica ambulatorial;

III. Procedimentos radioterápicos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;

IV. Hemoterapia;

V. Procedimentos de Hemodinâmica Ambulatoriais;

VI. Cirurgias Oftalmológicas Ambulatoriais.

F) O atendimento às emergências psiquiátricas, assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros (incluídas

MODELO

as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes (artigo 2º, I, "a", da Resolução CONSU 11/1998);

G) A psicoterapia de crise, entendida como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, com duração máxima de doze semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência e podendo ser limitada a doze sessões por ano de contrato, não cumulativas (artigo 2º, I, "b", da Resolução CONSU 11/1998).

10.1.2 SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO, TRATAMENTOS E DEMAIS PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitados pelo médico ou cirurgião-dentista, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não caracterizados como internação e limitados aos procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.

Os serviços de apoio deverão seguir as Diretrizes de Utilização publicadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar e indicações estabelecidas pelo Ministério da Saúde.

10.2 COBERTURA HOSPITALAR

Compreende as internações hospitalares, sem limitação de prazo, conforme padrão de acomodação contratado, desde que devidamente justificadas por meio de relatório médico e que sejam exclusivamente na rede própria ou credenciada, para os procedimentos clínicos ou cirúrgicos reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina e aqueles considerados de alta complexidade, assim identificados por ato da ANS.

Hospital preferencial é o estabelecimento próprio ou credenciado pela CONTRATADA onde, preferencialmente, o CONTRATANTE receberá o atendimento hospitalar necessário. O hospital preferencial está especificado na relação de rede de prestadores disponibilizada ao CONTRATANTE por meio do portal corporativo da CONTRATADA (www.preventsenior.com.br), sendo facultado à Operadora, a seu critério, a substituição, exclusão e inclusão de outros hospitais como preferenciais.

A) A cobertura hospitalar compreende as despesas com diárias hospitalares, honorários médicos, enfermagem e alimentação do paciente, exames diagnósticos indispensáveis para o controle da evolução e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, sessões de quimioterapia e radioterapia, Unidade de Terapia Intensiva e toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar do CONTRATANTE, conforme prescrição médica, **desde que realizados exclusivamente na rede própria ou credenciada do plano contratado**, incluindo os procedimentos a seguir, considerados especiais conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde estabelecido pela ANS:

MODELO

I. Hemodiálise e Diálise Peritonial Ambulatorial Contínua (CAPD);

II. Quimioterapia ambulatorial e medicamentos para tratamento antineoplásico domiciliar de uso oral, listados nos anexos do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;

III. Procedimentos radioterápicos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;

IV. Hemoterapia;

V. Nutrição parenteral e enteral;

VI. Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;

VII. Embolizações listadas nos Anexos do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;

VIII. Radiologia intervencionista;

IX. Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;

X. Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados nos anexos do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;

XI. Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato, mediato e tardio dos pacientes submetidos a transplantes listados nos anexos, exceto fornecimento de medicação de manutenção.

B) As internações deverão ser autorizadas pelo CONTRATANTE sem limitação de prazo, respeitando-se as segmentações dos produtos, as coberturas contratuais, a rede assistencial própria ou credenciada e o padrão de acomodação do plano de assistência à saúde escolhido pelo CONTRATANTE, competindo ao médico credenciado definir e justificar os períodos de internação.

C) Fica assegurada ainda a cobertura de cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

D) A opção do CONTRATANTE pela utilização de médico particular não pertencente à rede credenciada indicada para o plano contratado implicará no pagamento das despesas respectivas, tais como honorários médicos e honorários da equipe de anestesia e auxiliares, direta e exclusivamente pelo CONTRATANTE.

E) Se o CONTRATANTE optar pela utilização de médico particular, caberá à CONTRATADA a cobertura somente das despesas hospitalares (diárias, taxas, materiais e medicamentos).

F) Os procedimentos bucomaxilofaciais que necessitarem de internação hospitalar estão cobertos, independentemente da contratação do plano com cobertura odontológica.

G) Os procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório que, por imperativo clínico, necessitem de internação hospitalar, têm a cobertura garantida,

MODELO

incluindo o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação durante o período de internação hospitalar, ficando excluídos os honorários do cirurgião-dentista e materiais utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais, quando não relacionados à especialidade bucomaxilofacial.

O imperativo clínico caracteriza-se pelos atos que se impõem em função das necessidades do beneficiário, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de intervenção.

H) Na hipótese de CONTRATANTES menores de 18 anos, com idade a partir de 60 anos ou portadores de necessidades especiais, a internação compreenderá, além da cobertura prevista neste contrato, as despesas de um acompanhante dentro dos limites do contrato.

I) Cobertura das ações de planejamento familiar, nas dimensões de concepção e anticoncepção, envolvendo atividades de educação, aconselhamento e atendimento clínico, listadas nos anexos do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.

J) Cobertura de transplantes listados nos anexos do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, e dos procedimentos a eles vinculados.

K) Entende-se como despesas com procedimentos vinculados todas aquelas necessárias para a realização do transplante, incluindo:

I. Despesas assistenciais com doadores vivos;

II. Medicamentos utilizados durante a internação;

III. Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato, mediato e tardio, sendo excluídos da cobertura medicamentos de manutenção;

IV. Despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimentos ao SUS.

L) O CONTRATANTE candidato a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica, deverá obrigatoriamente estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDOs) e sujeitar-se ao critério de FILA ÚNICA DE ESPERA E DE SELEÇÃO.

M) A lista de receptores é nacional, gerenciada pelo Ministério da Saúde e coordenada em caráter regional pelas Centrais de Notificações, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDOs) integrantes do Sistema Nacional de Transplantes (SNT).

N) As entidades privadas e equipes especializadas interessadas na realização de transplantes deverão observar o regulamento técnico – legislação vigente do Ministério da Saúde, que dispõe quanto à forma, autorização e cadastro no Sistema Nacional de Transplante (SNT).

O) É de competência privativa das Centrais de Notificações, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDOs), dentro das funções de gerenciamento que lhes são atribuídas pela legislação em vigor:

MODELO

I. Determinar o encaminhamento de equipe especializada;

II. Providenciar o transporte de tecidos e órgãos ao estabelecimento de saúde autorizado em que se encontre o receptor.

P) O CONTRATANTE terá cobertura para fornecimento de prótese e órtese, bem como seus respectivos acessórios, desde que ligados ao ato cirúrgico coberto por este instrumento, ficando resguardadas as disposições previstas na Resolução Normativa nº 465/2021 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e Resolução n.º 2.318/2022 do Conselho Federal de Medicina (CFM).

Q) O custeio integral de, pelo menos, quinze dias de internação, por ano de contrato, não cumulativos, se houver co-participação ou franquia para as internações referentes às demais especialidades médicas, em hospital geral, para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização (artigo 2º, II, "b", da Resolução CONSU 11/1998, alterado pela Resolução CONSU 15/1999);

R) A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais deverá priorizar o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e sempre que houver indicação do médico assistente e a cobertura será de todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos, aí incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas

S) O CONTRATANTE terá direito a cobertura para atendimento / acompanhamento em HOSPITAL DIA PSIQUIÁTRICO, por oito semanas anuais de tratamento, de acordo com a indicação do médico assistente, de programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, inclusive administração de medicamentos, somente nas hipóteses de Diretrizes de Utilizações para Cobertura de Procedimentos na Saúde Suplementar, anexas ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.

T) Para os diagnósticos F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79 e F90 a F98 relacionados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, a cobertura de tratamento em regime de hospital-dia por cento e oitenta dias por ano;

U) Fica permitida a utilização de telemedicina e o uso de tecnologia em saúde para a assistência e monitoramento da saúde do beneficiário.

V) Para os planos com segmentação Referência, o CONTRATANTE terá cobertura de um acompanhante indicado pela mulher durante pré-parto, parto e pós-parto imediato, entendido como o período que abrange 10 (dez) dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico.

MODELO

W) Na hipótese acima, a cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, ou de seu dependente, ocorrerá durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto ou adoção.

10.3 ATENDIMENTO PSIQUIÁTRICO

10.3.1 A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais deverá priorizar o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e sempre que houver indicação do médico assistente, nos termos do artigo 10º da Resolução Normativa RN nº 465 de 24 de fevereiro de 2021.

10.3.2 Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos previstos necessários ao atendimento de portadores de transtornos mentais, inclusive para o tratamento das lesões auto-infligidas e das automutilações, com ou sem intenção de suicídio, estão obrigatoriamente cobertos se expressamente previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigente à época da ocorrência.

10.3.3 Custeio integral de 30 dias de internação, nos 12 (doze) meses de vigência não cumulativos, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, exclusivamente na rede referenciada pela OPERADORA para este plano.

10.3.4 Havendo utilização maior que 30 (trinta) dias durante o período de 12 meses, de forma consecutiva ou não, será cobrada coparticipação por dia de internação. Essa coparticipação é específica para as internações psiquiátricas e será de 50% do valor da internação, contratado entre a OPERADORA e o prestador.

10.4 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

10.4.1 Os atendimentos de URGÊNCIA, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional;

10.4.2 Os atendimentos de EMERGÊNCIA compreendem os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

10.4.3 Os atendimentos decorrentes de acidentes pessoais terão cobertura integral quando realizados nos serviços autorizados e participantes da rede credenciada da CONTRATADA, observando-se os limites e condições legais deste contrato.

10.4.4 Estão cobertas as despesas com os atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para internação, desde que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções, **salvo se o CONTRATANTE estiver cumprindo carência ou estiver submetido à Cobertura Parcial Temporária (CPT), conforme disposto neste contrato.**

10.4.5 O atendimento de urgência decorrente de acidente pessoal e complicações no processo gestacional está assegurado, sem restrições, **a partir do início de vigência**

MODELO

deste contrato, ressalvado o direito da CONTRATADA de exigir a apresentação de laudo médico que comprove a ocorrência da urgência.

10.4.6 Salvo se decorrente de ACIDENTE PESSOAL, a cobertura das despesas com os atendimentos de urgência e emergência, inclusive relativa ao processo gestacional, ficará limitada às primeiras 12 (doze) horas de atendimento nos casos de ocorrência durante o período de carência ou para doenças e/ou lesões com Cobertura Parcial Temporária (CPT), exceto para os produtos com segmentação Referência, cuja cobertura será integral.

A) QUANDO a internação hospitalar for necessária para a continuidade do atendimento de urgências e emergências, **ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e em tempo menor que 12 (doze) horas, a cobertura cessará, passando para o CONTRATANTE a responsabilidade financeira a partir da necessidade da internação**, não cabendo qualquer ônus à CONTRATADA.

B) Fica assegurada a remoção do CONTRATANTE após o atendimento de urgência ou emergência, quando verificada pelo médico assistente a falta de recursos para a continuidade do atendimento ou a necessidade de internação, se o CONTRATANTE não tiver direito a esta.

C) Nos casos previstos no item anterior, **quando não for possível a remoção em razão de risco de vida do CONTRATANTE, este, seus responsáveis ou representantes deverão assumir a responsabilidade financeira pela continuidade do atendimento, negociando diretamente com o prestador de serviços e desobrigando a CONTRATADA de qualquer ônus,** conforme o disposto na Resolução CONSU 13/98, parágrafo 1º do artigo 7º.

D) Quando o CONTRATANTE ou seus responsáveis optarem pela continuidade do atendimento pelo sistema público, caberá à CONTRATADA a responsabilidade por sua remoção, com recursos necessários para garantir a manutenção da vida até seu ingresso na unidade do SUS.

10.4.7 Do reembolso nas situações de comprovada urgência / emergência.

O reembolso dos custos pelo atendimento, realizado excepcionalmente por serviço médico-hospitalar não credenciado, será garantido, nos limites das obrigações contratuais e na abrangência geográfica do produto contratado, e na hipótese de atendimento **ao beneficiário, em casos de urgência ou emergência, quando comprovada por documentos que esclareçam e justifiquem a impossibilidade de utilização dos serviços próprios ou credenciados pela CONTRATADA.**

A) O reembolso será efetuado com base na tabela de honorários médico-hospitalares, corresponde aos preços praticados com os prestadores da CONTRATADA para o contrato, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da data do recebimento de todos os documentos originais relativos ao atendimento.

B) São documentos necessários para análise e liberação do reembolso: (i) nota fiscal ou recibo emitido pelo prestador, contendo nome ou razão social, endereço, CNPJ e/

MODELO

ou CPF, CRM, ISS, data do atendimento; (ii) conta hospitalar discriminada, inclusive com relação de material e medicamentos consumidos, exames e taxas; (iii) comprovante de pagamento bancário do atendimento objeto do pedido de reembolso; (iv) laudo/ relatório médico relatando a ocorrencia, devidamente assinado pelo responsável pelo atendimento, contendo seus dados, os dados do beneficiário e de cada um dos componentes da equipe; (v) carta de próprio punho assinada pelo CONTRATANTE, expondo as circunstâncias em que se deu o atendimento, **bem como justificando a impossibilidade de procura e/ou remoção para a rede credenciada**, e; (vi) laudos de exames indicativos do diagnóstico e tratamento **para comprovação da urgência/ emergência.**

C) Os documentos acima referidos deverão ser entregues à CONTRATADA, em conjunto com os dados bancários do CONTRATANTE ou responsável do plano de saúde, diretamente ou por correspondência registrada endereçada à Central de Atendimento da Operadora, no prazo máximo de até 12 meses, contados a partir da data da prestação do atendimento.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA

11. EXCLUSÕES DE COBERTURA

Fica expressamente ajustado entre as partes que o presente contrato não contempla cobertura para os seguintes procedimentos:

I. Tratamento clínico ou cirúrgico experimental assim definidos pelas autoridades competentes;

II. Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;

III. Inseminação artificial;

IV. Tratamentos de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;

V. Fornecimento de medicamentos e produtos para saúde importados não nacionalizados;

VI. Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, exceto antineoplásicos domiciliares de uso oral, incorporados nos anexos do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;

VII. Fornecimento de aparelhos ortopédicos, próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico. O fornecimento desses materiais deve recair sobre o produto nacional, sempre que couber, ficando a cargo da CONTRATADA, segundo seu critério, a escolha do fornecedor, após a indicação de 3 (três) marcas pelo médico assistente, ficando autorizada a instauração de junta médica, nos termos da lei;

VIII. Procedimentos odontológicos e dos procedimentos vinculados aos de natureza odontológica, salvo os seguintes, a saber:

(a) Cobertura de procedimentos cirúrgicos bucomaxilofaciais, realizados por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo a cobertura de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação,

MODELO

órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar;

(b) Cobertura da estrutura hospitalar necessária para a realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, com equipe de saúde necessária à complexidade do caso, incluindo a cobertura de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar;

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

X. Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, catástrofes e calamidades, quando declarados pelas autoridades competentes;

XI. Transplantes, exceto os listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vigente na data do evento;

XII. Qualquer atendimento em caráter domiciliar, mesmo que o caso exija cuidados especiais, inclusive nas emergências, aluguel de equipamentos, aparelhos e tudo o que for relacionado à assistência médica domiciliar;

XIII. Despesas durante as internações, com aparelhos de TV, uso de telefone, frigobar e acompanhantes de pacientes maiores de dezoito anos;

XIV. Despesas com necropsia e funeral;

XV. Dispositivos para surdez, óculos, lentes, lentes de contato, aluguel e aquisição de equipamentos e aparelhos;

XVI. Remoções de pacientes, salvo nos casos de urgência e emergência e somente entre estabelecimentos hospitalares;

XVII. Imunizações e vacinas;

XVIII. Internações de caráter social, ou seja, aquelas solicitadas, ainda que por médico credenciado, para complementação do tratamento em razão de carências de apoio social, econômico ou familiar (entre outros exemplos, internações de pacientes – idosos ou não – em razão de os filhos não desejarem cuidar do beneficiário em casa e internação em razão da falta de condições na residência do beneficiário) e internação com finalidade diagnóstica, cujo quadro clínico não justifique e cujos testes e exames possam ser realizados em caráter ambulatorial, sem prejuízo para o contratante;

XIX. Consultas domiciliares;

XX. Qualquer cobertura de serviços e coberturas adicionais de assistência à saúde, não previstas na Lei nº 9.656/1998 ou pertencentes ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, determinadas no item 13 do Anexo II da Resolução Normativa nº 543, de 2022;

XXI. Livre escolha de prestadores de serviços não participantes da rede assistencial para utilização de

MODELO

sistema de reembolso, exceto nos casos previstos no inciso V do art. 12 da Lei nº 9.656/1998;

XXII. Procedimentos não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, mantidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA

12. PERÍODOS DE CARÊNCIA

12.1 Para o atendimento contratualmente previsto, deverão ser cumpridos os seguintes prazos de carências que serão contados a partir do primeiro pagamento:

I. 24 (vinte e quatro) horas para os casos de urgência (acidentes pessoais ou complicações no processo gestacional) e emergência (risco imediato à vida ou lesões irreparáveis).

II. 30 (trinta) dias para consultas nas especialidades médicas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, RX sem contraste, Eletrocardiograma, e análises clínicas, exceto os previstos no inciso abaixo;

III. 180 (cento e oitenta) dias para internações clínicas e cirúrgicas e os seguintes exames/ procedimentos: Medicina Nuclear (Cintilografias, PetScan e terapias realizadas em medicina nuclear), Procedimentos endoscópicos (procedimentos com endoscópios via alta e via baixa, Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica - CPRE e Broncoscopia), RX contrastado, Ultrassonografia, Medicina Genética, Biologia Molecular, Imunologia, Endocrinologia Laboratorial, Medicina Transfusional, Toxicológico e Procedimentos especiais inclusive Cateterismos e demais procedimentos de medicina intervencionista, Radioterapia e Terapias Oncológicas, Diálises [todas], procedimentos ligados a Transplantes, Tomografias e Ressonâncias Magnéticas. Demais exames não citados nesta cláusula.

IV. 180 (cento e oitenta) dias para medicamentos de alto custo obrigatórios, que serão fornecidos pela Operadora, de acordo com as regras previstas na Lei nº 9.656/98, de 03 de junho de 1998, e resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS);

V. 180 (cento e oitenta) dias para terapias multiprofissionais, compreendidas por terapia ocupacional, fonoaudiologia, fisioterapia, psicologia, nutricionista, e qualquer outra que vier a ser contemplada no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente na época da solicitação de cobertura.

VI. 300 (trezentos) dias para atendimento de parto a termo.

12.2 Eventual redução do prazo de carência que possa ser concedida pela CONTRATADA deverá, obrigatoriamente, ser especificada em aditivo ao contrato. Não havendo menção específica em termo aditivo, prevalecem os períodos de carência previstos nos incisos acima.

12.3 DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES (DLP)

I. 730 (setecentos e trinta) dias para doenças ou lesões preexistentes com Cobertura Parcial Temporária (CPT), conforme informações prestadas na Declaração de Saúde, incluindo cirurgias, leitos de alta tecnologia, Procedimentos de Alta Complexidade – PAC e medicamentos de alto custo obrigatórios, que serão fornecidos pela Operadora, de acordo com as regras previstas na Lei nº 9.656/98, de 03 de junho de 1998, e resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

MODELO

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA

13. DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

O CONTRATANTE deverá informar à CONTRATADA, por meio da Declaração de Saúde, o conhecimento de doença ou lesão preexistente à época da adesão, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à 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.

13.1 O CONTRATANTE tem o direito de preencher a Declaração de Saúde, mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à rede assistencial da CONTRATADA, sem qualquer ônus para o CONTRATANTE.

A) Caso o CONTRATANTE opte por ser orientado por médico não constante na rede assistencial da CONTRATADA, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus financeiro dessa entrevista.

B) O objetivo da entrevista qualificada é orientar o CONTRATADO para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, em que são declaradas as doenças ou lesões que o CONTRATANTE saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação ou adesão ao plano, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.

C) Sendo constatada a existência de doença ou lesão preexistente, será aplicada a Cobertura Parcial Temporária (CPT), suspendendo assim a cobertura relacionada a eventos cirúrgicos, uso de leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade (PAC), que será liberada somente após o prazo de 730 (setecentos e trinta) dias, a contar da data de início de vigência do contrato, ou, alternativamente, ofertar Agravo como opção à CPT a critério da Operadora.

D) Cobertura Parcial Temporária - CPT é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à 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 beneficiário ou pelo seu representante legal.

E) Agravo é qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura Contratada, para a Doença ou Lesão Preexistente declarada, após o cumprimento dos prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a Operadora e o beneficiário

F) O Agravo, que será facultativo o seu oferecimento, será regido por aditivo contratual específico, cujas condições serão estabelecidas entre as partes, devendo constar menção expressa a percentual ou valor do Agravo e período de vigência do Agravo.

G) Na hipótese de Cobertura Parcial Temporária (CPT), a CONTRATADA somente suspenderá 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 especificada.

H) Os Procedimentos de Alta Complexidade (PAC) encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no site www.ans.gov.br.

MODELO

I) No caso de Cobertura Parcial Temporária (CPT), findo o prazo de até 730 (setecentos e trinta) dias da contratação ou adesão ao plano, a cobertura assistencial passará a ser integral.

J) Se for identificado indício de fraude por parte do beneficiário, referente à omissão de conhecimento de Doenças ou Lesões Preexistentes por ocasião da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a Operadora possui a prerrogativa de comunicar a alegação de omissão de informação ao CONTRATANTE através de Termo de Comunicação ao Beneficiário, ocasião em que poderá oferecer o cumprimento do periodo de Cobertura Parcial Temporária ou Agravo, nos termos estabelecidos na RN nº 558/2022.

K) Na hipótese de o CONTRATANTE não concordar com a alegação de doença ou lesão preexistente, ou pelo cumprimento da Cobertura Parcial Temporaria ou Agravo, a CONTRATADA poderá instaurar processo administrativo junto a Agência Nacional de Saúde Suplementar(ANS), ou ingressar com ação judicial, com o objetivo de comprovar o conhecimento prévio do CONTRATANTE quanto à existência da doença e lesão preexistente.

L) Se solicitado pela ANS, o beneficiário deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.

M) Após o julgamento administrativo ou judicial, e acolhida à alegação da Operadora, o beneficiário 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 omitida, bem como, será excluído do contrato.

N) No caso descrito acima não será permitida, sob qualquer alegação, a negativa de cobertura assistencial, assim como, a suspensão do contrato ou rescisão unilateral de contrato, até a publicação pela ANS do encerramento do processo administrativo, ou decisão judicial no mesmo sentido.

O) A operadora poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento do CONTRATANTE, quanto à existência de doença preexistente à época da contratação, sendo que terá o prazo de 730 (setecentos e trinta) dias para realizar tal prova, independentemente de eventual exame para ingresso no plano, conforme dispõe o art. 11, da Lei nº 9.656/1998.

P) A CONTRATADA poderá solicitar, durante os primeiros 24 (vinte e quatro) meses de vigência do contrato, o comparecimento do CONTRATANTE em sua sede, para realização de entrevista qualificada com o objetivo de esclarecer as informações por ele prestadas na ocasião do preenchimento da Declaração de Saúde.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA

14. REMOÇÃO

O CONTRATANTE terá direito ao atendimento especializado médico inter-hospitalar, exclusivamente entre estabelecimentos hospitalares, por remoção terrestre, **mediante as condições abaixo mencionadas.**

A) Os serviços de remoção serão prestados em unidades móveis, ambulâncias de suporte básico ou UTI, comprovadamente necessárias, para outro estabelecimento hospitalar, dentro do limite de abrangência geográfica previsto neste instrumento.

MODELO

B) **<u>O hospital de destino será sempre o determinado pelo corpo clínico da CONTRATADA e por este credenciado.</u>**

C) **As chamadas deverão ser feitas diretamente ao Serviço de Atendimento ao Cliente, que funciona 24 (vinte e quatro) horas por dia, inclusive aos sábados, domingos e feriados, sob supervisão médica, que, em conjunto com os operadores, acionam o sistema, de acordo com necessidade identificada.**

D) O CONTRATANTE terá direito a remoção inter-hospitalar, quando comprovadamente necessária e dentro dos limites de abrangência geográfica do plano previsto neste contrato, conforme disposto a seguir:

I. Quando o CONTRATANTE estiver no período de carência para internação ou quando houver acordo de Cobertura Parcial Temporária (CPT) e necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e/ou procedimentos de alta complexidade relacionados a doenças e lesões preexistentes, após realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência.

II. Nos casos de necessidade de assistência hospitalar decorrentes da condição gestacional de pacientes cumprindo período de carência, após realizados os atendimentos de urgência e emergência.

III. Nas hipóteses mencionadas, caberá à CONTRATADA o ônus e a responsabilidade apenas da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha de recursos necessários para garantir a continuidade do atendimento.

IV. Na impossibilidade de remoção por risco de vida, o CONTRATANTE e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a CONTRATADA desse ônus.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA

15. MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Para fins de atendimento, a CONTRATADA expedirá cartão de identificação ao CONTRATANTE, contendo as informações sobre o tipo de plano, carências e outros dados necessários para facilitar o atendimento, o qual deverá ser exibido para o acesso aos atendimentos disponibilizados neste instrumento, acompanhado de documento de identidade legalmente reconhecido.

A) O recém-nascido, filho natural ou adotivo do CONTRATANTE de produto com segmentação hospitalar com obstetrícia, terá direito ao atendimento durante os primeiros 30 (trinta) dias de vida, mediante a utilização do cartão individual de identificação do CONTRATANTE.

B) A CONTRATADA disponibilizará ao CONTRATANTE, por meio de seu portal corporativo (www.preventsenior.com.br), o Orientador Médico, no qual constará a relação da rede própria ou credenciada, composta por médicos, clínicas, hospitais, serviços auxiliares de diagnóstico e terapia e serviços de urgência e emergência, dentro da área de abrangência geográfica (GRUPO DE MUNICÍPIOS) do plano contratado.

C) A rede assistencial atualizada poderá ser consultada no site da Prevent Senior

MODELO

(www.preventsenior.com.br) ou por meio do Serviço de Atendimento ao Cliente 24 horas.

D) O atendimento às coberturas previstas neste instrumento poderão ser solicitados e prestados EXCLUSIVAMENTE NOS PRESTADORES CREDENCIADOS E NA REDE PRÓPRIA DA CONTRATADA indicados na relação de prestadores no Orientador Médico do plano e no portal corporativo, observada a área de abrangência de cobertura, e dependerá de autorização prévia para realização, ocasião em que a Operadora poderá, com apoio de profissionais da saúde, analisar a solicitação e direcionar o (a) CONTRATANTE para o serviço ou profissional especialista correto para o serviço/atendimento solicitado. Qualquer serviço/atendimento deverá ser solicitado por meio do Serviço de Atendimento ao Cliente 24 horas ou atendimento presencial da CONTRATADA.

E) Os serviços diagnósticos, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais podem ser solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista não pertencentes à rede própria ou contratualizada da CONTRATADA, ressalvada que a garantia, ou seja, a realização respeitará a disposição contida na alínea D.

F) É facultado à CONTRATADA direcionar o CONTRATANTE para a realização de consultas, exames, sessões, atendimentos clínicos, cirúrgicos, ambulatoriais, internação e demais procedimentos no local de sua preferência, respeitando os prazos máximos de garantia de atendimento previstos na regulamentação da ANS, independentemente da existência de outros prestadores credenciados em sua rede.

G) Se o CONTRATANTE optar pela internação em padrão de acomodação diferente daquele indicado em sua Proposta de Adesão, deverá assumir integralmente o ônus relativo à diferença de diária, taxas hospitalares e honorários médicos, devendo realizar os respectivos pagamentos diretamente ao hospital.

H) A CONTRATADA, por liberalidade e a seu exclusivo critério, poderá oferecer ao CONTRATANTE a possibilidade de reembolso do valor correspondente ao custo nacional de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME), conforme as especificações técnicas fornecidas pelo médico assistente na prescrição do procedimento, caso o CONTRATANTE opte pela utilização de materiais importados para a realização de procedimento cirúrgico. O CONTRATANTE será responsável pelo pagamento das despesas que excedam o valor reembolsável referente ao material importado, incluindo qualquer diferença entre o custo nacional e o custo dos materiais importados.

I) Sem prejuízo das disposições contidas na alínea G, a CONTRATADA garantirá ainda, em situações de divergências médicas e nos termos da Resolução Normativa n.º424/2017 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), a instauração de junta médica para solução de impasses. A remuneração do profissional desempatador ficará a cargo da CONTRATADA.

J) A CONTRATADA se responsabiliza unicamente pelas despesas oriundas dos procedimentos médico-hospitalares, dentro dos limites das cláusulas previstas neste instrumento.

K) Qualquer procedimento ou tratamento acordado diretamente entre o médico e o CONTRATANTE, bem como suas intercorrências, que não seja previamente informado e autorizado pela CONTRATADA, será de responsabilidade exclusiva do CONTRATANTE.

MODELO

L) O CONTRATANTE deverá informar, previamente à assinatura da proposta de admissão, ser portador ou sofredor de doenças ou lesões preexistentes, por meio do preenchimento da DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE, sob pena de imputação de fraude, que poderá ensejar a suspensão dos direitos previstos neste instrumento ou a rescisão, sem prejuízo da adoção das medidas cabíveis, para assegurar à CONTRATADA o ressarcimento de perdas e danos.

M) O CONTRATANTE assume a obrigação de pagar à CONTRATADA a mensalidade conforme a categoria escolhida, até a data do vencimento, nos locais predeterminados por este.

N) O fato de o CONTRATANTE não ter utilizado qualquer cobertura durante a vigência deste instrumento não exonera do pagamento das mensalidades ou ainda de eventual devolução das mensalidades pagas.

O) Para a utilização de qualquer serviço, o CONTRATANTE deve apresentar a carteira do beneficiário, acompanhada de documento de identificação civil. Eventuais reclamações do CONTRATANTE, relacionadas ao tempo de atendimento dos serviços de assistência à saúde previsto neste instrumento, deverão ser formalizadas por escrito à CONTRATADA ou mediante ligação para o Serviço de Atendimento ao Cliente.

P) No caso de perda ou extravio da carteira de identificação deste instrumento, o CONTRATANTE obriga-se a comunicar o fato à CONTRATADA por escrito, responsabilizando-se perante este por eventual uso indevido do citado documento.

Q) No caso de solicitação de emissão de segunda via do cartão de identificação, as despesas respectivas serão de responsabilidade do CONTRATANTE.

R) A CONTRATANTE assume a obrigação de manter seus dados cadastrais devidamente atualizados, comunicando à CONTRATADA toda e qualquer alteração de situação fática que tenha relevância para o cumprimento deste instrumento, como mudança de endereço, telefone, e-mail, responsável legal, dentre outras. O não cumprimento desta cláusula exime a operadora de responsabilidades por eventuais dificuldades de comunicação decorrentes de desatualização cadastral.

S) O CONTRATANTE deverá fornecer os documentos necessários, quando solicitados pela CONTRATADA, para fazer prova de eventuais alegações para a garantia dos direitos previstos neste instrumento ou para que sejam processadas eventuais alterações.

T) O CONTRATANTE candidato a transplantes deverá estar, obrigatoriamente, inscrito em uma das Centrais de Notificações, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDOs) e sujeitar-se aos critérios de espera e de seleção definidos em lei específica.

U) É facultada a substituição de entidade hospitalar credenciada pela CONTRATADA, desde que por outra equivalente e mediante comunicação aos beneficiários e à ANS, com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor. A comunicação se dará, preferencialmente no portal corporativo da CONTRATADA.

V) Na hipótese de a substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer por vontade da Operadora durante o período de internação do CONTRATANTE, o estabelecimento obriga-se a manter a internação e a operadora a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério médico, na forma do contrato.

MODELO

W) Excetuam-se do previsto no item anterior os de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor durante o período de internação, quando a operadora arcará com a responsabilidade pela transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para o consumidor.

X) Para coberturas assistenciais, o CONTRATANTE deverá apresentar à CONTRATADA solicitação assinada por profissional habilitado, com validade definida pela operadora, de acordo com as condições previamente estabelecidas.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA

16. FORMA DE PAGAMENTO

As mensalidades serão cobradas mediante sistema de pré-pagamento e terão seus vencimentos de acordo com a tabela descritiva no verso da Proposta de Adesão.

A) No ato da assinatura da Proposta de Adesão, o CONTRATANTE pagará à CONTRATADA a primeira mensalidade referente ao plano escolhido.

B) O não recebimento do boleto, caso esse seja disponibilizado pela CONTRATADA via correios, não desobriga o beneficiário de efetuar o pagamento no prazo do vencimento.

C) Caso o CONTRATANTE não receba o boleto bancário em até 5 (cinco) dias úteis antes do vencimento, **deverá entrar em contato com a CONTRATADA e solicitar a segunda via, que poderá ser encaminhado de forma eletrônica**.

D) O pagamento das demais mensalidades deverá ser efetuado até a data de vencimento fixada na Proposta de Adesão, observada a cláusula vigésima (20ª). Após essa data, haverá multa de 2% (dois por cento) sobre o valor a ser pago, acrescida de juros de mora de 1% (um por cento) ao mês.

E) O CONTRATANTE reconhece que o valor da mensalidade é dívida líquida e certa e que a Prevent Senior poderá, na ausência de pagamento, inserir seus dados nos cadastros de proteção ao crédito e ainda exigir o pagamento da mensalidade judicialmente.

F) O pagamento antecipado das mensalidades não elimina nem reduz os prazos de carências previstos na cláusula 12.1, tampouco afasta a aplicação de eventual Cobertura Parcial Temporária (CPT) estabelecida neste instrumento.

G) O pagamento de uma mensalidade não significa, necessariamente, quitação das anteriores, tampouco confere o direito aos benefícios deste instrumento, caso esteja caracterizada a inadimplência dos meses anteriores, observada a cláusula vigésima (20ª).

H) A CONTRATADA poderá disponibilizar os boletos com o envio de forma física ou eletrônica, sendo que as 2ª vias dos referidos documentos estarão à disposição nas plataformas digitais da Operadora.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA

17. REAJUSTE

Fica convencionado entre as partes que a cada 12 (doze) meses, será aplicado ao valor da mensalidade reajuste correspondente ao percentual divulgado e autorizado pela ANS,

MODELO

independentemente de eventual reajuste por mudança de faixa etária, conforme regras constantes da Resolução Normativa da ANS vigente no período de aplicação do reajuste.

17.1 Fica estabelecido que os valores relativos ao reajuste serão aplicados no mês de aniversário do presente contrato (proposta de admissão).

17.2 Caso haja defasagem entre a aplicação do reajuste e o mês de aniversário do contrato (proposta de admissão), será permitida cobrança retroativa, a ser diluída pelo mesmo número de meses de defasagem.

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA

18. FAIXAS ETÁRIAS

O beneficiário reconhece que as mensalidades são estabelecidas de acordo com a faixa etária. Ocorrendo alteração na idade do beneficiário inscrito no deslocamento para a faixa etária superior, **as mensalidades serão reajustadas automaticamente no mês subsequente ao do aniversário**, de acordo com o estipulado na Proposta de Adesão.

18.1 As faixas etárias estão definidas segundo disposição contida nos artigos 2º e 3º da RN 563/2022. Durante a permanência no quadro, a variação da mensalidade em razão da mudança de faixa etária se fará com os seguintes percentuais, que serão acrescidos ao último valor pago, de acordo com a categoria escolhida:

Faixas Etárias	Prevent Senior Safira Enfermaria	Prevent Senior Premium 1003 Enfermaria	Prevent Senior Premium 1003 Apartamento
Até 18 anos	0,0%	0,0%	0,0%
Ao completar 19 anos	25,00%	5,00%	5,00%
Ao completar 24 anos	25,00%	4,00%	4,00%
Ao completar 29 anos	10,00%	10,0%	10,0%
Ao completar 34 anos	5,00%	5,0%	5,0%
Ao completar 39 anos	10,00%	10,0%	10,0%
Ao completar 44 anos	25,00%	24,00%	24,00%

MODELO

Ao completar 49 anos	10,00%	5,98%	5,98%
Ao completar 54 anos	8,00%	18,75%	18,75%
Ao completar 59 anos	31,00%	31,58%	31,58%

18.2 Não sofrerão a variação descrita na cláusula anterior os beneficiários com idade superior a 60 (sessenta) anos.

CLÁUSULA DÉCIMA NONA

19. BENEFÍCIOS ADICIONAIS

ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE

19.1 A Prevent Senior manterá, dentro de suas possibilidades técnicas, um serviço de atenção primária a saúde, que consiste em uma forma de organizar o atendimento de saúde de forma a atender à maior parte das necessidades do (a) CONTRATANTE de forma regionalizada, contínua e sistematizada.

CLÁUSULA VIGÉSIMA

20. MUDANÇA DO PLANO DE SAÚDE CONTRATADO

20.1 É facultado ao CONTRATANTE, mediante ajuste da mensalidade, a mudança do plano de saúde que tenha contratado, desde que para outro produto ativo para comercialização perante a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), e mediante o cumprimento dos requisitos estabelecidos nos incisos elencados na cláusula 20.3.

20.2 A mudança de categoria de plano de saúde, implica a adesão a um novo produto com a acomodação pretendida, também sendo necessária a assinatura de um novo instrumento contratual, para a contratação do plano desejado.

20.3 A mudança de categoria de plano poderá ser solicitada a qualquer momento pelo CONTRATANTE, desde que:

I. O pedido ocorra após o pagamento da primeira mensalidade do plano de saúde.

II. O CONTRATANTE esteja adimplente junto a CONTRATADA.

III. O plano de saúde (produto) desejado, esteja com comercialização ativa perante a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

IV. As mensalidades sejam ajustadas em atenção a tabela de preço vigente ao tempo da solicitação.

V. Seja assinado um novo instrumento contratual de contratação do novo produto.

MODELO

20.4 A vigência do novo contrato terá início a partir da data de assinatura da PROPOSTA DE MIGRAÇÃO/ MUDANÇA DE PLANO DE SAÚDE.

20.5 O primeiro reajuste da mensalidade do novo contrato ocorrerá após 12 (doze) meses de vigência, contados a partir da data do novo mês de vigência do contrato.

20.6 Ao optar pela alteração de categoria do plano de saúde, o beneficiário e seus dependentes estarão contratando um novo produto. Nessa nova contratação, deverão ser cumpridos os prazos de carência correspondentes ao novo padrão de acomodação, na hipótese de transferência para um plano de padrão de acomodação superior, e à nova rede assistencial, enquanto os direitos garantidos no plano anterior permanecerão vigentes até o término das novas carências, conforme as regras de portabilidade.

CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA

21. RESCISÃO

21.1 O presente contrato poderá ser rescindido em uma das seguintes hipóteses:

A) A pedido do beneficiário, mediante comunicação à Prevent Senior.

B) Em caso de fraude, tentativa de fraude e dolo comprovados, cometidos por qualquer beneficiário, em detrimento da Prevent Senior, nos termos do art. 13, da Lei nº 9.656/1998.

C) Não pagamento da mensalidade por período superior a 60 (sessenta) dias consecutivos ou não, nos últimos 12 meses de vigência do contrato, desde que o beneficiário seja comprovadamente notificado até o 50º dia de inadimplência, podendo a notificação ser realizada através dos seguintes meios:

I. correio eletrônico (e-mail);

II. mensagem de texto para telefones celulares (SMS);

III. mensagem em aplicativo de dispositivos móveis;

IV. ligação telefônica gravada, de forma pessoal ou pelo sistema URA (unidade de resposta audível), com confirmação de dados pelo interlocutor;

V. carta, com aviso de recebimento (AR) dos correios, não sendo necessária a assinatura da pessoa natural a ser notificada;

VI. preposto da operadora, com comprovante de recebimento assinado pela pessoa natural a ser notificada.

VII. área restrita da página institucional da operadora na internet e/ou por meio de aplicativo para dispositivos móveis, acessível por meio de login e senha pessoais.

21.2 Será considerada válida a notificação recebida após o quinquagésimo dia de inadimplência, mediante concessão do prazo de 10 (dez) dias, contados da notificação, para que seja efetuado o pagamento do débito.

21.3 O cancelamento deste instrumento não prejudicará a cobrança dos serviços eventualmente utilizados

MODELO

pelo beneficiário e/ou seus dependentes durante a vigência do plano de saúde, independentemente da origem da rescisão contratual.

21.4 Em caso de inadimplemento por parte do contratante, independentemente de o contrato de plano de saúde estar ativo, ou não, fica facultado à contratada o direito de inclusão do devedor nos registros de inadimplência e de cobrança da dívida, sem prejuízo das demais medidas legais cabíveis para a satisfação dos valores devidos.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA

22. DISPOSIÇÕES GERAIS

O beneficiário autoriza a CONTRATADA a prestar todas as informações cadastrais solicitadas pelos órgãos de fiscalização da assistência à saúde, inclusive quanto aos atendimentos decorrentes deste instrumento.

22.1 Qualquer tolerância por parte da Prevent Senior não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

22.2 Integram este contrato o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS), Guia de Leitura Contratual (GLC), Proposta de Adesão, Declaração de Saúde, aditivos, Termo de Opção por CPT e recibo de pagamento. Para os casos de portabilidade de carências, o contrato será composto pelo Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS), Guia de Leitura Contratual (GLC), Proposta de Adesão, aditivos e recibo de pagamento.

22.3 A mudança de plano poderá ser solicitada pelo beneficiário, desde que requerida na data do aniversário do contrato, ressalvadas as regras sobre a portabilidade editadas pela ANS.

22.4 Ao efetuar a mudança para um plano de padrão de acomodação superior, o beneficiário e dependentes deverão cumprir os prazos de carências para o novo padrão de acomodação e para a nova rede assistencial, sendo mantidos os direitos garantidos no plano anterior até o vencimento das novas carências, ressalvadas as regras sobre a portabilidade.

22.5 A transferência do plano de padrão de acomodação superior para plano inferior só poderá ser requerida caso o beneficiário não tenha registrado qualquer internação no período de 12 (doze) meses anterior à data da solicitação. Caso tenha sido registrada qualquer internação no período citado, a transferência será realizada após 12 (doze) meses da data da última alta hospitalar, ressalvadas as regras sobre a portabilidade e de migração, editadas pela ANS.

22.6 Ocorrendo a perda ou extravio da carteira do beneficiário, o próprio deverá comunicar o fato imediatamente à Prevent Senior, para cancelamento e, quando for o caso, emissão de segunda via, pelo o que será cobrada uma taxa estipulada pela Prevent Senior.

22.7 A Prevent Senior não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa da pactuada neste contrato.

22.8 Este contrato terá o início de vigência a partir do pagamento da primeira mensalidade.

MODELO

22.9 A vigência do contrato será por prazo mínimo de 12 (doze) meses. Não havendo pedido de cancelamento, o presente contrato será automaticamente renovado por períodos iguais e sucessivos de 12 (doze) meses, isento o beneficiário do pagamento de quaisquer taxas ou valores a título de renovação, bem como do cumprimento de novas carências, com exceções das firmadas neste contrato.

CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCEIRA

23. COMPARTILHAMENTO DE DADOS

23.1 O CONTRATANTE autoriza a CONTRATADA, inclusive a rede de prestadores de serviços médicos, a manusear e tratar suas informações pessoais e de saúde, a fim de que seja fornecida assistência médica em saúde de forma eficiente.

23.2 Para que a CONTRATADA realize o tratamento e manuseio dos dados do CONTRATANTE, serão adotados processos internos em cumprimento à Política de Privacidade e Proteção de Dados. Dessa forma, com a sua concordância e consentimento e pelo período previsto na legislação brasileira, os dados obtidos serão utilizados estritamente para as seguintes finalidades:

A) Realizar exames diagnósticos e de imagem nos laboratórios parceiros da CONTRATADA;

B) Permitir transferência de dados para os parceiros da CONTRATADA que atendam aos principais requisitos técnicos em conformidade com as devidas finalidades presentes na Política de Privacidade;

C) Promover ações de engajamento e participação de programas de monitoramento integrado, orientações com base nos resultados obtidos pelos exames médicos realizados pelo CONTRATANTE;

D) Aceitar notificações acerca de campanhas educacionais e de marketing da CONTRATADA, tanto de sua rede interna quanto de parceiros comerciais;

E) Com base nos dados coletados, o CONTRATANTE poderá ser convidado a participar e integrar iniciativas de prevenção, promoção e atenção à saúde desenvolvidas pela CONTRATADA e seus parceiros, mediante o compartilhamento de seus dados com profissionais devidamente autorizados;

F) O CONTRATANTE autoriza, desde já, que sejam encaminhados pela CONTRATADA, e por seus prestadores de serviços, a divulgação de campanhas, promoções, ofertas e propagandas, mediante contatos via telefone, e-mail, mensagens de texto, entre outros meios de comunicação de plataforma eletrônica, durante a vigência deste consentimento e autorização;

G) O CONTRATANTE fica ciente de que a qualquer tempo, poderá revogar a permissão para tratamento de seus dados pessoais e sensíveis, salvo aqueles inerentes da prestação de serviços médicos e hospitalares, mediante envio de comunicado ao controlador (dpo@preventsenior.com.br), ou por outros canais de contato da CONTRATADA para esta finalidade.

23.3 A CONTRATADA comunica que os dados do CONTRATANTE serão armazenados e utilizados exclusivamente para o atendimento de obrigações legais, regulatórias e dos Conselhos de Classe, bem como para o exercício regular de direitos, conforme estabelecido na Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados).

MODELO

CLÁUSULA VIGÉSIMA QUARTA

24. ELEIÇÕES DE FORO

Para dirimir quaisquer questões decorrentes deste contrato, as partes elegem o foro da Capital do Estado de São Paulo, renunciando a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

CLÁUSULA VIGÉSIMA QUINTA

25. DEFINIÇÕES

ACIDENTE PESSOAL – É todo o evento externo, único, súbito, involuntário e violento, com ocorrência em data perfeitamente caracterizada, causador de lesão física que por si só, independentemente de qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico-hospitalar ou ambulatorial do beneficiário em caráter de urgência.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS): Autarquia sob regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como entidade de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem a assistência à saúde suplementar.

AGRAVO DA CONTRAPRESTAÇÃO: É qualquer acréscimo no valor da mensalidade (mensalidade) paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura Contratada, para doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a OPERADORA e o beneficiário.

AMBULATÓRIO – É o estabelecimento legalmente constituído, integrante ou não de um hospital, capacitado ao atendimento de urgência / emergência ou cirúrgico de pequeno porte, quando não caracterizada a necessidade de hospitalização.

ATENDIMENTO AMBULATORIAL – Compreende os atendimentos realizados em ambulatório, 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 não superior a 12 (doze) horas ou coberturas como de recuperação pós-anestésica, UTI e similares. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), criada pela Lei nº 9.961/2000, alterada pela MP nº 2177/44/2001, é o órgão responsável pela regulação / normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem a assistência suplementar à saúde.

CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO – Documento padronizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que visa orientar o beneficiário sobre o preenchimento da Declaração de Saúde no momento da assinatura do contrato.

CIRURGIA OU ATENDIMENTO ELETIVO – É aquele necessário para o tratamento médico do beneficiário, que não se reveste das características de urgência ou emergência, ou seja, quando o beneficiário não está sob risco de vida imediato ou sofrimento intenso, podendo ser efetuado em data de escolha do beneficiário ou de seu médico, desde que esta data não comprometa a eficácia do tratamento.

MODELO

COBERTURA – É a garantia da assistência à saúde definida neste instrumento, com atendimento na rede própria ou credenciada constante no Orientador Médico, segundo a opção do plano escolhido.

COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT) – Aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.

DECLARAÇÃO DE SAÚDE – Formulário elaborado para registro de informações sobre as doenças ou lesões de que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor e das quais tenha conhecimento no momento da contratação ou adesão contratual.

DOENÇAS OU LESÕES PREEXISTENTES (DLP) – Aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei nº 9.656/1998, o inciso IX do artigo 4º. da Lei nº 9.961/2000 e as diretrizes estabelecidas na Resolução Normativa RN 558/2022.

PORTAL CORPORATIVO – O portal corporativo é um sistema via Internet que permitirá à CONTRATADA compartilhar e disponibilizar as informações de interesse do CONTRATANTE, através de ferramentas interativas e documentos.

EXAMES COMPLEMENTARES – São os procedimentos de investigação diagnóstica, reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina e constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde estabelecido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vigente na data do evento, que auxiliam o estabelecimento do diagnóstico e/ou o acompanhamento de uma doença ou lesão.

EVENTO – É todo conjunto de ocorrências de assistência médico-hospitalar, verificado após o início de vigência deste contrato, que tenha origem ou cause dano involuntário à saúde do participante deste plano, decorrente de acidente pessoal ou doenças cobertas pelo contrato. O evento se inicia com a comprovação médica da ocorrência e termina com a alta médica concedida ou pedida, com o óbito ou abandono do tratamento por parte do paciente, observados os parâmetros estabelecidos neste contrato.

HOSPITAL DIA – Hospital DIA - Psiquiatria para transtornos mentais é o 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 proporcionar a mesma amplitude de garantia de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar.

INTERNAÇÕES HOSPITALARES CIRÚRGICAS – São aquelas decorrentes de eventos que exigem ato cirúrgico não passível de tratamento ambulatorial e/ou domiciliar.

INTERNAÇÕES HOSPITALARES CLÍNICAS – São aquelas decorrentes de eventos que, por sua gravidade ou complexidade, exigem internação hospitalar sem, contudo, exigir ato cirúrgico.

INTERNAÇÕES HOSPITALARES ELETIVAS E PROCEDIMENTOS ELETIVOS – São casos que não se caracterizam como Emergência ou Urgência, previamente agendados e autorizados pela Prevent Senior.

MODELO

INSEMINAÇÃO ARTIFICIAL – É a técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas.

LEITO DE ALTA TECNOLOGIA – É a acomodação reservada a casos que requeiram tratamento intensivo, tais como: unidades de terapia intensiva, centro de terapia respiratória, unidade coronariana, centro de terapia neonatal, unidade de terapia de queimados e unidades de isolamento.

MECANISMO DE REGULAÇÃO – São recursos permitidos pela legislação e previstos no contrato do plano de saúde para restringir o acesso à rede de serviço.

MEDICAMENTOS E PRODUTOS PARA A SAÚDE IMPORTADOS NÃO NACIONALIZADOS – São aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

MEDICAMENTOS PARA TRATAMENTO DOMICILIAR – São aqueles que não requerem administração assistida, ou seja, não necessitam de intervenção ou supervisão direta de profissional de saúde habilitado ou cujo uso não é exclusivamente hospitalar, podendo ser adquiridos por pessoas físicas em farmácias de acesso ao público e administrados em ambiente externo ao de unidade de saúde (hospitais, clínicas, ambulatórios, urgência e emergência).

ORIENTADOR MÉDICO – É o manual de orientação sobre os procedimentos para utilização das coberturas, bem como a lista dos prestadores de serviços próprios ou credenciados para o atendimento do beneficiário.

PLANO CONTRATADO – É o padrão de cobertura oferecido na forma deste contrato, mediante o pagamento da mensalidade específica, pelo qual o beneficiário tenha optado na adesão ao plano. Os padrões de cobertura diferenciam-se entre si em função do tipo de acomodação hospitalar e, eventualmente, da rede credenciada.

PROCEDIMENTOS – São todos os atos médicos ou paramédicos que têm por finalidade a manutenção ou recuperação da saúde do beneficiário, podendo ser praticados em regime ambulatorial ou hospitalar.

PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS – São os procedimentos reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina, sem porte anestésico, constantes na Tabela de Procedimentos Médico-Hospitalares da Prevent Senior, que possam ser executados sem obrigatoriedade de internação hospitalar, mesmo que em regime de Hospital Dia.

PROCEDIMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS PARA FINS ESTÉTICOS – São aqueles que não visam restaurar função parcial ou total de órgão ou parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita.

PRÓTESES E ÓRTESES NÃO LIGADAS AO ATO CIRÚRGICO – Prótese é qualquer dispositivo permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido.

MODELO

Órtese é qualquer dispositivo permanente ou transitório, incluindo materiais de osteossíntese que auxiliem as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico aqueles dispositivos cuja colocação ou remoção não requeiram a realização deste ato.

TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO EXPERIMENTAL – Aquele que emprega medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados / não regularizados no país; considerado experimental pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) ou pelo Conselho Federal de Odontologia (CFO); ou não possui as indicações descritas na bula / manual registrado na Anvisa (uso off-label), ressalvados os casos que a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec) tenha demonstrado as evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança do medicamento ou do produto para o uso pretendido; bem como a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) tenha emitido, mediante solicitação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec), autorização de uso para fornecimento, pelo SUS, dos referidos medicamentos e produtos.

MODELO

Serviço de Atendimento ao Cliente
(11) 3003-6284 (capitais e regiões metropolitanas)
0800 591 1156 (demais localidades)

Serviço de Atendimento ao Cliente para Deficientes Auditivos
0800 770 0110

São Paulo - Sede Brasil
Av. Brigadeiro Luís Antônio, 3521 - Jardim Paulista - São Paulo/SP

Prevent Senior Rio de Janeiro
R. Dias Ferreira, 190 - Cj. 701 - Leblon - Rio de Janeiro/RJ

Horário de atendimento: segunda a quinta-feira, das 8h às 18h, e sexta-feira, das 8h às 17h.

www.preventsenior.com.br

MODELO