Contrato Particular de Prestação de Serviços Médicos, Hospitalares, Serviço de Diagnóstico e Terapia.
Categoria: Individual/Familiar
Nome Comercial: APS Vida Lite 30
Segmentação: Ambulatorial + Hospitalar SEM Obstetrícia
Acomodação: ENFERMARIA
Modalidade: Co-participação de 30%
Abrangência: Municipal
Registro na Agência Nacional de Saúde: 489.305.21-1

TABELA DE VALORES

PLANO APS VIDA LITE 30% ACOMODAÇÃO APARTAMENTO SEM OBSTETRÍCIA	
FX ETÁRIA	TITULAR
00 A 18	R$ 79,65
19 A 23	R$ 99,55
24 A 28	R$ 129,42
29 A 33	R$ 142,36
34 A 38	R$ 149,48
39 A 43	R$ 164,44
44 A 48	R$ 189,10
49 A 53	R$ 236,37
54 A 58	R$ 307,29
59 OU +	R$ 399,47

O CONTRATANTE/TITULAR obriga-se ao pré pagamento mensal para a CONTRATADA,por si e para cada um dos seus dependentes inscritos,de acordo com a faixa etária estabelecida na cláusula 16.3,dos valores vigentes à época da contratação,constantes na proposta de adesão,para efeito de mensalidade e agravos por doenças e lesões pré existentes,obedecida a seguinte tabela de descontos e de acordo com a inscrição e permanência do número de usuários no plano:

Quantidade Usuários por Contrato	Desconto
2 usuários	2,5%
3 usuários	3,0%
4 usuários ou mais	3,5%

Ocorrendo inclusões, dentro das regras estipuladas nas cláusula 6,promovendo acréscimo no número de usuários resultando mudança de faixa etária de desconto,o valor da mensalidades será automaticamente adequado à tabela de desconto,observando o número total de usuários,que somente será admitida por falecimento,separação judicial comprovada,ou perda da condição de dependentes referenciada na clausula 6,em sendo reduzido o número total de beneficiário integrantes do plano para menos de três,resultando mudança para outra faixa de desconto,o valor da mensalidade será automaticamente adequado à tabela de desconto correspondente.

Anexo Hospitalar 2 (6843975) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 1

Contrato Particular de Prestação de Serviços Médicos, Hospitalares, Serviço de Diagnóstico e Terapia.
Categoria: Individual/Familiar
Nome Comercial: APS VIDA LITE 50
Segmentação: Ambulatorial + Hospitalar SEM Obstetrícia
Acomodação: ENFERMARIA
Modalidade: Co-participação de 50%
Abrangência: Municipal
Registro na Agência Nacional de Saúde: 489.305.21-1

TABELA DE VALORES

PLANO APS VIDA PLUS 50% ACOMODAÇÃO ENFERMARIA SEM OBSTETRÍCIA	
FX ETÁRIA	TITULAR
00 A 18	R$ 77,36
19 A 23	R$ 96,70
24 A 28	R$ 125,71
29 A 33	R$ 138,28
34 A 38	R$ 145,19
39 A 43	R$ 159,72
44 A 48	R$ 183,67
49 A 53	R$ 229,59
54 A 58	R$ 298,46
59 OU +	R$ 388,00

O CONTRATANTE/TITULAR obriga-se ao pré pagamento mensal para a CONTRATADA,por si e para cada um dos seus dependentes inscritos,de acordo com a faixa etária estabelecida na cláusula 16.3,dos valores vigentes à época da contratação,constantes na proposta de adesão,para efeito de mensalidade e agravos por doenças e lesões pré existentes,obedecida a seguinte tabela de descontos e de acordo com a inscrição e permanência do número de usuários no plano:

Quantidade Usuários por Contrato	Desconto
2 usuários	2,5%
3 usuários	3,0%
4 usuários ou mais	3,5%

Ocorrendo inclusões, dentro das regras estipuladas nas cláusula 6,promovendo acréscimo no número de usuários resultando mudança de faixa etária de desconto,o valor da mensalidades será automaticamente adequado à tabela de desconto,observando o número total de usuários,que somente será admitida por falecimento,separação judicial comprovada,ou perda da condição de dependentes referenciada na clausula 6,em sendo reduzido o número total de beneficiário integrantes do plano para menos de três,resultando mudança para outra faixa de desconto,o valor da mensalidade será automaticamente adequado à tabela de desconto correspondente.

Anexo Hospitalar 2 (6843975) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 2

Contrato Particular de Prestação de Serviços Médicos, Hospitalares, Serviço de Diagnóstico e Terapia.
Categoria: Individual/Familiar
Nome Comercial: APS Vida Lite 30
Segmentação: Ambulatorial + Hospitalar COM Obstetrícia
Acomodação: ENFERMARIA
Modalidade: Co-participação de 30%
Abrangência: Municipal
Registro na Agência Nacional de Saúde: 489.301.21-8

TABELA DE VALORES

PLANO APS VIDA LITE 30% ACOMODAÇÃO APARTAMENTO COM OBSTETRÍCIA	
FX ETÁRIA	TITULAR
00 A 18	R$ 81,25
19 A 23	R$ 101,57
24 A 28	R$ 132,04
29 A 33	R$ 145,24
34 A 38	R$ 152,49
39 A 43	R$ 167,76
44 A 48	R$ 192,92
49 A 53	R$ 241,15
54 A 58	R$ 313,50
59 OU +	R$ 407,54

O CONTRATANTE/TITULAR obriga-se ao pré pagamento mensal para a CONTRATADA,por si e para cada um dos seus dependentes inscritos,de acordo com a faixa etária estabelecida na cláusula 16.3,dos valores vigentes à época da contratação,constantes na proposta de adesão,para efeito de mensalidade e agravos por doenças e lesões pré existentes,obedecida a seguinte tabela de descontos e de acordo com a inscrição e permanência do número de usuários no plano:

Quantidade Usuários por Contrato	Desconto
2 usuários	2,5%
3 usuários	3,0%
4 usuários ou mais	3,5%

Ocorrendo inclusões, dentro das regras estipuladas nas cláusula 6,promovendo acréscimo no número de usuários resultando mudança de faixa etária de desconto,o valor da mensalidades será automaticamente adequado à tabela de desconto,observando o número total de usuários,que somente será admitida por falecimento,separação judicial comprovada,ou perda da condição de dependentes referenciada na clausula 6,em sendo reduzido o número total de beneficiário integrantes do plano para menos de três,resultando mudança para outra faixa de desconto,o valor da mensalidade será automaticamente adequado à tabela de desconto correspondente.

Contrato Particular de Prestação de Serviços Médicos, Hospitalares, Serviço de Diagnóstico e Terapia.
Categoria: Individual/Familiar
Nome Comercial: APS Vida Plus 30
Segmentação: Ambulatorial + Hospitalar SEM Obstetrícia
Acomodação: APARTAMENTO
Modalidade: Co-participação de 30%
Abrangência: Municipal
Registro na Agência Nacional de Saúde: 489.306.21-9

TABELA DE VALORES

PLANO APS VIDA PLUS 30% ACOMODAÇÃO APARTAMENTO SEM OBSTETRÍCIA	
FX ETÁRIA	TITULAR
00 A 18	R$ 101,43
19 A 23	R$ 126,79
24 A 28	R$ 164,82
29 A 33	R$ 181,30
34 A 38	R$ 190,36
39 A 43	R$ 209,40
44 A 48	R$ 240,81
49 A 53	R$ 301,02
54 A 58	R$ 391,32
59 OU +	R$ 508,20

O CONTRATANTE/TITULAR obriga-se ao pré pagamento mensal para a CONTRATADA,por si e para cada um dos seus dependentes inscritos,de acordo com a faixa etária estabelecida na cláusula 16.3,dos valores vigentes à época da contratação,constantes na proposta de adesão,para efeito de mensalidade e agravos por doenças e lesões pré existentes,obedecida a seguinte tabela de descontos e de acordo com a inscrição e permanência do número de usuários no plano:

Quantidade Usuários por Contrato	Desconto
2 usuários	2,5%
3 usuários	3,0%
4 usuários ou mais	3,5%

Ocorrendo inclusões, dentro das regras estipuladas nas cláusula 6,promovendo acréscimo no número de usuários resultando mudança de faixa etária de desconto,o valor da mensalidades será automaticamente adequado à tabela de desconto,observando o número total de usuários,que somente será admitida por falecimento,separação judicial comprovada,ou perda da condição de dependentes referenciada na clausula 6,em sendo reduzido o número total de beneficiário integrantes do plano para menos de três,resultando mudança para outra faixa de desconto,o valor da mensalidade será automaticamente adequado à tabela de desconto correspondente.

Contrato Particular de Prestação de Serviços Médicos, Hospitalares, Serviço de Diagnóstico e Terapia.
Categoria: Individual/Familiar
Nome Comercial: APS Vida Plus 30 + Obs
Segmentação: Ambulatorial + Hospitalar COM Obstetrícia
Acomodação: APARTAMENTO
Modalidade: Co-participação de 30%
Abrangência: Municipal
Registro na Agência Nacional de Saúde: 489.307.21-7

TABELA DE VALORES

PLANO APS VIDA PLUS 30% ACOMODAÇÃO APARTAMENTO COM OBSTETRÍCIA	
FX ETÁRIA	TITULAR
00 A 18	R$ 103,73
19 A 23	R$ 129,67
24 A 28	R$ 168,57
29 A 33	R$ 185,43
34 A 38	R$ 194,69
39 A 43	R$ 214,17
44 A 48	R$ 246,29
49 A 53	R$ 307,87
54 A 58	R$ 400,23
59 OU +	R$ 520,29

O CONTRATANTE/TITULAR obriga-se ao pré pagamento mensal para a CONTRATADA,por si e para cada um dos seus dependentes inscritos,de acordo com a faixa etária estabelecida na cláusula 16.3,dos valores vigentes à época da contratação,constantes na proposta de adesão,para efeito de mensalidade e agravos por doenças e lesões pré existentes,obedecida a seguinte tabela de descontos e de acordo com a inscrição e permanência do número de usuários no plano:

Quantidade Usuários por Contrato	Desconto
2 usuários	2,5%
3 usuários	3,0%
4 usuários ou mais	3,5%

Ocorrendo inclusões, dentro das regras estipuladas nas cláusula 6,promovendo acréscimo no número de usuários resultando mudança de faixa etária de desconto,o valor da mensalidades será automaticamente adequado à tabela de desconto,observando o número total de usuários,que somente será admitida por falecimento,separação judicial comprovada,ou perda da condição de dependentes referenciada na clausula 6,em sendo reduzido o número total de beneficiário integrantes do plano para menos de três,resultando mudança para outra faixa de desconto,o valor da mensalidade será automaticamente adequado à tabela de desconto correspondente.

PLANO DE SAÚDE

Hospitalar

CONTRATO

PLANO APS Vida Lite 50

ANS 32675-5

Com menos do que você imagina,
você conta com as vantagens exclusivas do plano de saúde mais completo de Londrina para proteger a sua família.

Há mais de 50 anos o Plano de Saúde Hospitalar é especialista em cuidar dos norte-paranaenses, garantindo qualidade e eficiência nos serviços oferecidos. Nossa missão é levar mais saúde aos paranaenses pelo melhor preço, garantindo um atendimento de qualidade sempre que você precisar. Confira todas as nosas vantagens e cuide da sua família por valores que cabem no seu bolso!

- Hospital próprio, o maior e melhor da região
- Pronto-Socorro e Pronto-Atendimento funcionando 24h
- Ambulância com UTI móvel 24h
- Telemedicina via App Clic.digital
- Descontos em farmácias credenciadas
- Clínica Multiprofissional
- Clínica de Vacinas
- Mais de 500 médicos, clínicas e laboratórios
- Serviço de internação domiciliar
- Atendimento nacional de urgência e emergência por meio da ABRAMGE

A FACILIDADE DE UM PLANO DE SAÚDE DIGITAL!

- APP HOSPITALAR
- APP CLIC.DIGITAL TELEMEDICINA
- PLANOHOSPITALAR.COM.BR
- WHATSAPP ASSISTENTE VIRTUAL

Além de todos os benefícios,
o Plano de Saúde Hospitalar oferece cobertura total para todos os procedimentos exigidos pela ANS em um hospital próprio e reconhecido com Selo de Excelência ONA Nível III.

- ✔Consultas e exames
- ✔Internação e cirurgias
- ✔Parto e Cesárea
- ✔Urgências e emergências

Hospital Evangélico de Londrina

Sumário

CLÁUSULA I - QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA 4
CLÁUSULA II – LOCAL DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS 4
CLÁUSULA III -PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO 4
CLÁUSULA IV- FORMAÇÃO DO PREÇO 4
CLÁUSULA V – ATRIBUTOS DO CONTRATO 4
CLÁUSULA VI – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO 5
CLÁUSULA VII - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS 6
7.9. Da Cobertura Ambulatorial 7
7.10. Da Cobertura Hospitalar 8
CLÁUSULA VIII - EXCLUSÕES DE COBERTURA 10
CLÁUSULA IX – DA VIGÊNCIA 11
CLÁUSULA X - PERÍODOS DE CARÊNCIA 11
CLÁUSULA XI - DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES 12
CLÁUSULA XII - URGÊNCIA E EMERGÊNCIA 14
DA REMOÇÃO 14
Reembolso de despesas nas urgências/emergências: 15
CLÁUSULA XIII - MECANISMO DE REGULAÇÃO 15
CLÁUSULA XIV - FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE 18
CLÁUSULA XV – REAJUSTE 19
CLÁUSULA XVI - FAIXAS ETÁRIAS 19
MUDANÇA DE FAIXAS REAJUSTE (%) 20
CLÁUSULA XVII – BÔNUS E DESCONTOS 20
CLÁUSULA XVIII – DAS CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO 21
CLÁUSULA XIX - RESCISÃO/SUSPENSÃO 21
DAS OUTRAS DISPOSIÇÕES: 22
CLÁUSULA XX - ELEIÇÃO DE FORO 24
CLÁUSULA XXI - DISPOSIÇÕES GERAIS 25
DAS DEFINIÇÕES: 25

PLANO DE SAÚDE Hospitalar

Contrato Particular de Prestação de Serviços Médicos, Hospitalares, Serviço de Diagnóstico e Terapia.
Categoria: Individual/Familiar
Nome Comercial: APS Vida Lite 50
Segmentação: Ambulatorial + Hospitalar sem Obstetrícia
Acomodação: Enfermaria
Modalidade: Co-participação de 50%
Abrangência: Municipal
Registro na Agência Nacional de Saúde (ANS): 489.305.21-1

CLÁUSULA I - QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA

1.1. ASSOCIAÇÃO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA - AEBEL, inscrita no CNPJ/MF sob o nº. 78.613.841/0001-61, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS sob o nº. 32675-5, classificada na modalidade Filantropia, com sede à Avenida Bandeirantes n.º 618, Jardim Londrilar, CEP 86015-900, em Londrina - PR, neste ato representada na forma do seu estatuto e doravante denominada simplesmente **CONTRATADA**.

CLÁUSULA II – LOCAL DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

2.1 Os serviços ora contratos serão prestados pelos médicos credenciados, em serviços/recursos próprios, serviços/recursos contratados ou credenciados da CONTRATADA, constante no guia médico específico, **mediante o encaminhamento pelo Médico do serviço de Atenção Primária à Saúde (APS)**. A atualização será realizada diariamente e estará disponível na administração da operadora e através do site www.planohospitalar.com.br, **para este plano e exclusivamente dentro da sua área de atuação compreendendo a localidade de Londrina**.

CLÁUSULA III -PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

3.1 O tipo de acomodação hospitalar oferecida pelo plano é **COLETIVA, padrão Enfermaria**. Não havendo disponibilidade de leito hospitalar contratado nos estabelecimentos próprios ou credenciados pela CONTRATADA, é garantido ao beneficiário acesso à acomodação, em nível superior, sem ônus adicional, conforme artigo 33 da Lei 9.656/98.

CLÁUSULA IV- FORMAÇÃO DO PREÇO

4.1 Os valores a serem pagos pela cobertura assistencial contratada são **pré-estabelecidos.**

CLÁUSULA V – ATRIBUTOS DO CONTRATO

5.1. O presente contrato tem por objeto a prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais na forma de plano privado de assistência à saúde prevista no inciso I, do art. 1º, da Lei 9.656/98, visando à Assistência Médica Hospitalar com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, e do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento, através da modalidade de atendimento PORTA DE ENTRADA.

5.2. Não terão cobertura os atendimentos realizados pelos beneficiários diretamente aos prestadores credenciados, por livre escolha. Os beneficiários inscritos deverão dirigir-se primeiramente ao serviço de Atendimento Primário à Saúde (APS) na Clínica Multiprofissional do Plano de Saúde Hospitalar e, se necessário, serão devidamente encaminhados aos demais prestadores credenciados pela CONTRATADA.

Anexo Hospitalar 3 (6844000) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 9

5.3. Nos casos de atendimento de URGÊNCIA ou EMERGÊNCIA, o beneficiário deverá dirigir-se ao Hospital Evangélico de Londrina, que é a unidade de referência da CONTRATADA. Se não for possível dirigir-se aos serviços próprios da CONTRATADA, o beneficiário deverá dirigir-se a um hospital filiado ao Sistema Nacional de Atendimento de Urgência e Emergência ABRAMGE Associação Brasileira de Medicina de Grupo (www.abramge.com.br / fone 0800 7227511) e Rede Filantrópica (www.cmb.org.br).

5.4. Este instrumento tem as características de contrato de adesão, bilateral, que gera direitos e obrigações para ambas as partes, na forma do Código Civil Brasileiro, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

CLÁUSULA VI – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

6.1. O presente contrato se caracteriza pela contratação INDIVIDUAL sendo aquele que oferece cobertura da atenção prestada para a livre adesão de beneficiários, pessoas naturais, com ou sem grupo familiar.

6.2. Em face de o CONTRATANTE ter a faculdade de incluir seus dependentes ou grupo familiar, este plano também é caracterizado como FAMILIAR.

6.3. Para efeitos deste instrumento, o CONTRATANTE é o beneficiário titular e/ou responsável financeiro.

6.3.1. Os beneficiários dependentes são aqueles com grau de parentesco ou afinidade e **dependência econômica** em relação ao beneficiário titular

6.4. Podem ser inscritos como beneficiários dependentes aqueles que mantenham com o CONTRATANTE uma das seguintes relações:

a) Cônjuge;
b) Filhos solteiros, até 24 anos incompletos;
c) Enteado, o menor sob a guarda por força de decisão judicial e o menor tutelado.
d) Convivente, havendo união estável na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial;
e) Filhos comprovadamente inválidos definitivamente;

6.5. O plano firmado para os dependentes não poderá ser diferente daquele em que o beneficiário titular estiver inscrito;

6.6. A inclusão do beneficiário titular e respectivos dependentes será processada por meio da Proposta de Adesão, que integra este contrato para todos os fins de direito e com entrega da cópia dos respectivos documentos: CPF/MF, carteira de identidade (RG), comprovante de residência, certidão de nascimento/ certidão de casamento, título de eleitor, cartão nacional de saúde, e posteriores exigidos pela regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

6.7. Fica assegurada a inclusão:

6.7.1. De beneficiários na condição de dependentes, obedecidos os critérios do item 6.4, posteriormente à celebração deste Contrato, desde que solicitado pelo CONTRATANTE/TITULAR.

6.7.1.1. Filho(s) adotivo(s), menores de 12 (doze) anos, terão aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo beneficiário titular/adotante;

6.7.2. Com exceção da inscrição de filho(s) adotivo(s) menor(es) de 12 (doze) anos os novos beneficiários cumprirão integralmente as carências previstas na cláusula específica;

6.7.3. Por ocasião de nova contratação, observar-se-ão os valores de comercialização da tabela

Anexo Hospitalar 3 (6844000) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 10

vigente na data da adesão ao plano Individual ou Familiar.

6.7.4. O dependente que vier a perder a condição de dependência poderá assinar contrato em seu próprio nome, em até 30 (trinta) dias a contar da data da perda do direito como beneficiário dependente, aproveitando as carências já cumpridas neste contrato.

CLÁUSULA VII - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

7.1. As coberturas assistenciais asseguradas neste contrato, para todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde e para todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, compreendem atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares, atendimentos obstétricos, serviços auxiliares de diagnóstico, terapia e atendimentos de urgência e emergência, realizados em unidades hospitalares, próprias ou contratadas, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, e suas atualizações, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vigente na data do evento, observados os limites, prazos de carências, condições estabelecidas neste contrato e as seguintes peculiaridades:

7.1.1. A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais priorizará o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando-se a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e de acordo com indicação do médico assistente.

7.1.2. Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10º Revisão - CID - 10, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto infligidas, estão obrigatoriamente cobertos por este instrumento.

7.2. O presente instrumento assegura o atendimento independente da circunstância e do local de ocorrência do evento, respeitadas a segmentação, a área de atuação e abrangência, a rede de prestadores de serviços contratada, credenciada ou referenciada da operadora de plano privado de assistência à saúde e os prazos de carência estabelecidos neste contrato.

7.3. Os procedimentos necessários ao tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas, decorrentes de procedimentos não cobertos pelo presente instrumento têm cobertura obrigatória quando constarem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, respeitadas as segmentações, os prazos de carência e Cobertura Parcial Temporária – CPT.

7.4. Os procedimentos necessários ao seguimento de eventos excluídos da cobertura, como internação em leito de terapia intensiva após transplante não coberto, não são considerados tratamento de complicações, mas parte integrante do procedimento inicial, não havendo obrigatoriedade de sua cobertura por parte das operadoras de planos de assistência à saúde.

7.5. Fica assegurado que os procedimentos garantidos pela legislação vigente serão de cobertura obrigatória quando solicitados pelo médico assistente, com exceção dos procedimentos odontológicos e dos procedimentos vinculados aos de natureza odontológica – aqueles executados por cirurgião-dentista ou os recursos, exames e técnicas auxiliares necessários ao diagnóstico, tratamento e prognóstico odontológicos, que poderão ser solicitados ou executados diretamente pelo cirurgião dentista.

7.6. O presente instrumento cobre os atendimentos nos casos de planejamento familiar listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento e conforme a segmentação assistencial contratada, incluindo:
- atividades educacionais;
- consultas de aconselhamento para planejamento familiar;
- atendimento clínico;
- implante de dispositivo intra-uterino (diu) hormonal incluindo o dispositivo.

Anexo Hospitalar 3 (6844000) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 11

7.7. A participação de profissional médico anestesiologista nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento terá sua cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínica.

7.8. Está garantida a cobertura dos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho, respeitadas as segmentações contratadas.

7.9. Da Cobertura Ambulatorial

7.9.1. A segmentação ambulatorial assegura atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, 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 unidade de terapia intensiva e unidades similares.

7.9.2. Estão cobertas consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM, de acordo com a rede credenciada da CONTRATADA.

7.9.3. Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação.

7.9.4. Cobertura de consulta e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento e nas Diretrizes de Utilização, conforme indicação do médico assistente.

7.9.5. Está coberta a psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento e nas Diretrizes de Utilização, que poderão ser realizados tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme indicação do médico assistente.

7.9.6. Garantia de cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente.

7.9.7. Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais:

a) Hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;
b) Quimioterapia oncológica ambulatorial;
c) Radioterapia ambulatorial;
d) Procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais;
e) Hemoterapia ambulatorial; e
f) Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

7.9.8. Este contrato compreende cobertura de atendimentos caracterizados como de urgência e emergência conforme previsto no presente instrumento jurídico.

7.9.9. Está assegurada a cobertura de remoção por ambulância dentro da área de abrangência geográfica desse contrato, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao paciente ou pela necessidade de internação.

Anexo Hospitalar 3 (6844000) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 12

7.9.10. Garantia de cobertura de medicamentos registrados/regularizados na ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época.

7.10. Da Cobertura Hospitalar

7.10.1. A segmentação hospitalar assegura a cobertura dos atendimentos realizados em todas as modalidades de internação hospitalar e os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência.

7.10.2. Coberturas de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM;

7.10.3. Acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional na indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou contratados pelo plano.

7.10.4. Cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente.

7.10.5. Garantia de cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação conforme previsto mais adiante neste instrumento.

7.10.6. Cobertura do atendimento por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico assistente e desde que o procedimento esteja previsto no Rol de Procedimentos da ANS e o profissional seja pertencente ao quadro de rede credenciada da CONTRATADA.

7.10.7. Cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, previstos no Rol de Procedimentos da ANS, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar.

7.10.8. Cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados desde que vinculados à internação coberta pelo presente instrumento e enquanto a mesma durar.

7.10.9. Cobertura de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, nos termos da legislação vigente.

7.10.9.1. A classificação dos diversos materiais utilizados pela medicina no país como órteses ou próteses deverá seguir lista a ser disponibilizada e atualizada periodicamente no endereço eletrônico da ANS na Internet (www.ans.gov.br).

7.10.10. Cobertura para remoção do beneficiário, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro.

7.10.11. Cobertura de despesas relativas a um acompanhante, que incluem:
a) Acomodação e alimentação necessárias à permanência do acompanhante para beneficiários menores de dezoito anos; e
b) Acomodação e alimentação, conforme indicação do médico ou cirurgião-dentista assistente, para beneficiários idosos com idade igual ou superior a sessenta anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais.

7.10.12. Cobertura dos procedimentos cirúrgicos crânio-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar, realizados por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo a cobertura

Anexo Hospitalar 3 (6844000) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 13

de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar.

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

7.10.14. Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:

a) Hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;
b) Quimioterapia oncológica ambulatorial;
c) Radioterapia ambulatorial e hospitalar;
d) Hemoterapia;
e) Nutrição parenteral ou enteral;
f) Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
g) Embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
h) Radiologia intervencionista;
i) Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
j) Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
k) Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época evento, exceto fornecimento de medicação de manutenção.

7.10.15. Cobertura de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, reconhecidos pela medicina no país, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer, conforme protocolos clínicos e indicação do médico assistente.

7.10.16. Cobertura de cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.

7.10.17. Cobertura de todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas.

7.10.18. Cobertura de hospital dia para transtornos mentais, de acordo com as Diretrizes de Utilização emitidas pela ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar.

7.10.19. Cobertura de transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, e dos procedimentos a eles vinculados, observada a legislação específica vigente.

7.10.20. O presente instrumento assegura que os candidatos a transplante de órgãos e tecidos provenientes de doador cadáver deverão obrigatoriamente estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDO e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de seleção.

7.10.21. 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

Anexo Hospitalar 3 (6844000) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 14

forma de autorização e cadastro junto ao Sistema Nacional de Transplante - SNT.

7.10.22. São competências privativas das CNCDO, dentro das funções de gerenciamento que lhes são atribuídas pela legislação em vigor:

I - determinar o encaminhamento de equipe especializada; e

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

7.10.23. Está garantida a cobertura de transplantes listados no Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e dos procedimentos a eles vinculados, incluindo:

a) as despesas assistenciais com doadores vivos;

b) os medicamentos utilizados durante a internação;

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

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

7.10.24. Nos casos de TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS, o atendimento ocorrerá da seguinte maneira:

a) Custeio integral de até 30 (trinta) dias de internação;

b) Nas internações psiquiátricas a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação, por ano de contrato, com co-participação do Beneficiário de 50% (cinquenta por cento), e será observados os tetos estabelecidos nos normativos vigentes da época;

Esse percentual de co-participação equivalerá ao máximo admitido por norma editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que estiver vigente à época da contratação do seguro.

c) A cobertura do tratamento em regime de hospital dia deverá se dar de acordo com as diretrizes estabelecidas nos normativos vigentes.

CLÁUSULA VIII - EXCLUSÕES DE COBERTURA

8.1. Em conformidade com o previsto no art. 10 da Lei 9.656/98, respeitadas as coberturas mínimas obrigatórias previstas no seu art. 12 e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, e suas atualizações, editados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e estará disponível através do site www.ans.gov.br, dentro da segmentação assistencial deste contrato, fica permitida a exclusão de:

I. **Tratamentos clínicos e/ ou cirúrgicos que sejam experimentais realizados por médicos ou multiprofissionais como psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas dentre outos;**

II. **Tratamentos e/ou procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;**

III. **Tratamento inseminação artificial;**

IV. **Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como emspas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;**

V. **Tratamento de fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados;**

VI. **Tratamento de fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde - CITEC;**

VII. **Tratamento de fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;**

VIII. **Tratamento de fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;**

IX. **Tratamento de tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;**

Anexo Hospitalar 3 (6844000) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 15

X. **Tratamento de casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;**

XI. **Tratamento em estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;**

XII. **Tratamento de consultas domiciliares;**

XIII. **Tratamento de cirurgias para mudança de sexo;**

XIV. **Tratamento de produtos de toalete e higiene pessoal, serviços telefônicos ou qualquer outra despesa que não seja vinculada à cobertura deste contrato;**

XV. **Tratamento de procedimentos, exames e tratamentos realizados fora da área de abrangência contratada, bem como das despesas decorrentes de serviços médicos hospitalares prestados por médicos não credenciados ou entidades não credenciadas a Operadora, à exceção dos atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, que poderão ser realizados por médicos e serviços não credenciados e, posteriormente, reembolsados na forma e termos previstos neste contrato;**

XVI. **Tratamento de enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar;**

XVII. **Tratamento de aplicação de vacinas;**

XVIII. **Tratamento de exames para piscina ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;**

XIX. **Tratamento por aluguel de equipamentos hospitalares e similares;**

XX. **Tratamento de consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de emergência ou urgência,bem como remoção domiciliar, salvo nos casos de internação domiciliar oferecida pela operadora em substituição à internação hospitalar;**

XXI. **Tratamento transplantes, exceto os de córnea e rim e os transplantes autólogos;**

XXII. **Tratamento de procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior;**

XXIII. **Tratamento de investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;**

XXIV. **Tratamento de procedimentos não relacionados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;**

XXV. **Tratamento de especialidade médica não reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina; e**

XXVI. **Tratamentos eletivos realizados fora da estrutura e serviços prestados pela CONTRATADA, sem o encaminhamento do médico da Atenção Primária em Saúde (APS) e/ou sem autorização prévia.**

8.2. O presente instrumento não assegura a assistência pré-natal, compreendendo os exames complementares (ultrassons obstétricos, tococardiograma) necessários; assistência cirúrgica ou não ao parto e puerpério.

CLÁUSULA IX – DA VIGÊNCIA

9.1. Será considerado como início de vigência contratual a data da assinatura da proposta de adesão, da assinatura do instrumento jurídico em si ou a data de pagamento da mensalidade inicial, o que ocorrer primeiro,de forma a não haver prorrogação indevida dos prazos de carência.

9.2. O presente instrumento possui prazo de vigência mínima de um ano, com renovação automática por prazo indeterminado, sendo vedada a cobrança de taxa ou qualquer outro valor.

9.3. É vedada a recontagem de carências por ocasião da renovação contratual.

CLÁUSULA X - PERÍODOS DE CARÊNCIA

10.1 As carências explicitadas neste contrato serão contadas d**a data de assinatura da proposta de admissão, ou da data de assinatura do contrato, ou ainda partir do pagamento da mensalidade inicial, o que ocorrer primeiro,** sendo assim especificadas:

a) 24 (vinte quatro) horas para atendimentos de urgência e emergência decorrente de acidentes pessoais.

b) 180 (cento e oitenta) dias para consultas medicas,exames de patologia clínica simples.

c) 180 (cento e oitenta) para demais exames complementares, exceto os descritos letra "E" desta cláusula.

d) 180 (cento e oitenta) dias para procedimento de reabilitação e fisioterapia.

e) 180 (cento e oitenta) dias para procedimentos clínicos ou cirúrgicos (tanto em regime ambulatorial

Anexo Hospitalar 3 (6844000) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 16

como de internação), bem como para tomografia computadorizada, ressonância magnética, neuro-radiologia, angiografia visceral, periférica, radiologia intervencionista e hemodinâmica.
f) 180 (cento e oitenta) dias para hemodiálise e diálise, quimioterapia e radioterapia.
g) 24 (vinte quatro) meses para cobertura parcial temporária de cirurgias, leito de alto tecnologia e procedimento de alta complexidade conforme previsto nas resoluções editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar com relação ás doenças ou lesões pré-existentes informadas pelo usuário na declaração de saúde, na entrevista qualificada ou identificadas por outros meios no decorrer da vigência do contrato que eram de conhecimento prévio do usuário que foram do usuário que foram omitidas pelo mesmo por ocasião da contratação, sem que o CONTRATANTE tinha feito a opção por agravo da mensalidade para cobertura destas doenças e lesões na data da contratação.

10.2. As carências acima poderão ser reduzidas passando a valer aquelas a ser formalizado em anexo específico integrante deste contrato.

10.3. As despesas decorrentes da utilização dos serviços durante o período de carência serão de responsabilidade única e exclusiva do CONTRATANTE.

10.4. Para as inclusões de beneficiários posteriores à assinatura do Contrato, a contagem do prazo de carência iniciar-se-á na data de assinatura da Proposta de Admissão/adesão pelo beneficiário.

CLÁUSULA XI - DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

11.1. Das definições legais:
Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP) são 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 9656/98, o inciso IX do art. 4º da Lei nº 9961/00 e as diretrizes estabelecidas em Resolução específica da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.
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 os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.

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 (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.

11.2. É condição para inscrição de beneficiários, no ato da assinatura do contrato ou para inclusões posteriores, o preenchimento da **Declaração de Saúde.**

11.3. O beneficiário titular está obrigado, por ocasião da contratação, a informar, por si e por seus dependentes, ser conhecedor ou não da condição de portador ou sofredor de doença ou lesão preexistente àquela data.

11.4. A informação será prestada, através de **Declaração de Saúde**, cujo formulário é parte integrante deste contrato, facultada aos beneficiários a realização de **Entrevista Qualificada** com um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados ou referenciados pela contratada, sem nenhum ônus para o beneficiário, ou, a critério do beneficiário, com um médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da contratada, assumindo, neste caso, as despesas daí decorrentes.

11.5. O objetivo da **Entrevista Qualificada** é orientar o beneficiário para o correto preenchimento da **Declaração de Saúde**, onde são declaradas as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.

Anexo Hospitalar 3 (6844000) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 17

11.6. As informações prestadas na **Declaração de Saúde** serão protegidas pela CONTRATADA sendo vedada sua divulgação ou fornecimento a terceiros, não envolvidos na prestação dos serviços assistenciais, sem a anuência expressa do beneficiário, ressalvados os casos previstos na legislação em vigor.

11.7. A CONTRATADA, no momento da contratação, poderá optar pela realização de **Perícia Prévia**, com a concordância plena do beneficiário, cujo objetivo principal é identificar a existência de doenças ou lesões preexistentes, bem como de solicitar documentação probatória de quaisquer informações do beneficiário constantes em sua **Declaração de Saúde**. Neste caso, fica vedada a alegação de omissão de informação de DLP quando realizado qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário pela CONTRATADA, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.

11.8. Caso a CONTRATADA opte pelo não oferecimento de cobertura total e havendo constatação da existência de lesão ou doença preexistente que possa gerar a necessidade de eventos cirúrgicos, do uso de leitos de alta tecnologia ou de procedimentos de alta complexidade, nos termos da regulamentação específica, será oferecida ao beneficiário a opção de Cobertura Parcial Temporária - CPT, pelo prazo máximo de 24 (vinte e quatro) meses, sendo facultado à CONTRATADA o oferecimento de cláusula de Agravo, como opção a Cobertura Parcial Temporária – CPT, sem prejuízo do cumprimento dos prazos de carência.

11.8.1. Na hipótese de Cobertura Parcial Temporária, a CONTRATADA somente poderá suspender a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta tecnologia e os procedimentos de alta complexidade, quando relacionados exclusivamente à Doença ou Lesão Preexistente.

11.9. A opção entre a **Cobertura Parcial Temporária – CPT**, ou **Agravo**, deverá figurar em declaração expressa e específica, que fará parte integrante do presente contrato.

11.10. Nos casos em que a opção seja pelo **Agravo**, o valor correspondente ao agravamento, bem como seu período de vigência, serão previamente informados e será objeto de Termo Aditivo, ficando uma via para cada um dos contratantes.

11.11. Caso sejam identificados indícios de fraude, referente à omissão de conhecimento de doenças e lesões preexistentes por ocasião da contratação ou adesão ao plano, a CONTRATADA comunicará imediatamente ao consumidor beneficiário sendo oferecida a opção de **Cobertura Parcial Temporária – CPT,** facultada à CONTRATADA a opção do **Agravo.** Caso não haja concordância do beneficiário com a alegação, a CONTRATADA encaminhará a documentação pertinente à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, que efetuará o julgamento da alegação de informação de omissão na declaração de saúde. Se solicitado, o beneficiário deverá remeter ao Órgão Regulador toda a documentação necessária para a instrução do processo.

11.12. Caso seja aberto o **Processo Administrativo** junto ao Órgão Regulador (ANS), para julgamento da alegação de informação de omissão de doença ou lesão preexistente, não será permitida, sob qualquer alegação, a negativa de cobertura assistencial, assim como a suspensão ou rescisão unilateral de contrato, até a publicação pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS do encerramento do Processo Administrativo.

11.13. Se comprovada junto à Agência Nacional de Saúde - ANS a omissão de doença ou lesão preexistente, o beneficiário será responsável pelo pagamento das despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão omitida, a partir da data em que tiver recebido comunicado ou notificação da CONTRATADA alegando a existência de doença ou lesão preexistente não declarada.

11.14. A CONTRATADA poderá comprovar o conhecimento prévio do consumidor sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão, durante o período de 24 (vinte e quatro) meses, podendo a omissão dessa informação ser considerada comportamento fraudulento, considerando:

11.14.1. À CONTRATADA caberá o ônus da prova;

11.14.2. A CONTRATADA poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação, dentro dos princípios da ética e legalidade.

Anexo Hospitalar 3 (6844000) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 18

11.15. Não haverá exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de contratação do plano de saúde após 24 (vinte e quatro) meses de vigência da contratação, cabendo à CONTRATADA o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do beneficiário.

11.16. Não haverá suspensão da assistência à saúde do beneficiário, titular ou dependente, até a prova do conhecimento prévio do mesmo.

CLÁUSULA XII - URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

12.1. Das definições legais:

Emergência: atendimentos que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente,com alterações severas dos sinais vitais, caracterizado em declaração do médico assistente.

Urgência: atendimentos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional, onde haja diminuição do nível de consciência, dificuldade para respirar, dor intensa e alterações dos sinais vitais.

12.2. A cobertura dos procedimentos em situações de emergência ou urgência que implicar em risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis para o beneficiário, incluindo os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional, reger-se-á pela garantia da atenção e atuação no sentido da preservação da vida, órgãos e funções.

12.3. A CONTRATADA garantirá os atendimentos decorrentes de acidentes pessoais, sem restrições, depois de decorridas 24 horas de vigência do contrato.

12.4. A cobertura será prestada por 12 (doze) horas ou, caso surja a necessidade de internação, por período inferior, para:

I - **os atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, durante o cumprimento dos períodos de carência;**

II - **os atendimentos de urgência e emergência, quando efetuados no decorrer dos períodos de carência para internação; e**

III - **os casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia ou procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças ou lesões preexistentes.**

12.5. Após cumpridas as carências, haverá cobertura dos atendimentos de urgência e emergência desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções.

DA REMOÇÃO

12.6. A remoção do paciente será garantida pela CONTRATADA nas seguintes hipóteses:

I - para outra unidade de atendimento da rede do plano, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente; e

II - para uma unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, quando houver o limite de 12 (doze) horas de atendimento, nas hipóteses citadas acima, e este for atingido ou surgir a necessidade de internação.

Da Remoção para o SUS:

12.7. À CONTRATADA caberá o ônus e a responsabilidade da remoção do beneficiário para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento.

Anexo Hospitalar 3 (6844000) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 19

12.8. Quando não puder haver 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.

12.9. A CONTRATADA deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS.

12.10. Se o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade que, ainda que pertencente ao SUS, não disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento, ficará a CONTRATADA desobrigada da responsabilidademédica e do ônus financeiro da remoção.

Reembolso de despesas nas urgências/emergências:

12.11. Nos casos de urgência e emergência em que o usuário não puder utilizar os serviços próprios ou credenciados indicados na relação fornecida pela HOSPITALAR, dentro da área geográfica de abrangência do plano, serão reembolsadas as despesas cobertas pelo plano contratado.

12.12. O reembolso será efetuado tendo como base os valores vigentes na data de atendimento, de acordo com os seguintes critérios:

a) **Honorários médicos e serviços complementares de diagnóstico e tratamento, serão reembolsados tendo com base o valor do procedimento correspondente na tabela praticada pela CONTRATADA junto à sua rede credenciada, a tabela estará disponível na administração da operadora;**

b) **Despesas hospitalares serão reembolsadas tendo como base a Tabela de procedimentos do Hospital Evangélico de Londrina para categoria CONVÊNIO, até o valor máximo nela constante para o procedimento correspondente ao efetuado ao beneficiário, a tabela estará disponível na administraçãoda operadora;**

c) **Medicamentos e materiais serão reembolsados de acordo com a média de mercado na área de abrangência do plano contratado, á data do atendimento, a tabela estará disponível na administraçãoda operadora.**

12.13. O reembolso será pago no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da apresentação dos seguintes documentos originais que, posteriormente, serão disponibilizados para devolução pelo período de 6 (seis) meses subsequentes ao pagamento, na hipótese do pagamento não ser integral.

12.14. Somente serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao beneficiário, enquanto perdurou o estado de urgência ou emergência. O beneficiário perderá o direito ao reembolso decorridos 90 (noventa) dias contados da data do evento.

12.15. O reembolso será realizado pelos valores apurados na categoria CONVÊNIO, independentemente do atendimento de urgência ou emergência, ter sido efetuado na categoria particular, podendo, em razão disso, haver diferenças entre valor desembolsado pelo contratante e o valor a ser reembolsado pela CONTRATADA. Os valores excedentes aos fixados para categoria CONVÊNIO, serão de INTEIRA RESPONSABILIDADE do contratante independente da caracterização de urgência e emergência.

12.16. Do valor total do reembolso serão deduzidos os percentuais da co-participação, quando for o caso, a que estaria sujeito o Contratante caso fosse utilizada a rede credenciada da CONTRATADA, nos valores e limites previstos neste contrato.

CLÁUSULA XIII - MECANISMO DE REGULAÇÃO

13.1. Este plano **Não dá Acesso a Livre Escolha de Prestadores Credenciados**. O acesso aos serviços de

Anexo Hospitalar 3 (6844000) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 20

saúde contratados dar-se-á na modalidade de **PORTA DE ENTRADA, através da APS - ATENÇÃO PERSONALIZADA À SAÚDE**, na **Clínica Multiprofissional do Plano de Saúde Hospitalar**, conforme seus horários e dias de atendimento. **O Acesso aos demais especialistas credenciados dar-se-á por encaminhamento do MÉDICO da APS Clínica Multiprofissional do Plano de Saúde Hospitalar**.

13.2. Nos casos de baixa gravidade e ocorridos fora dos horários de atendimento da Clínica Multiprofissional do Plano de Saúde Hospitalar, serviço APS, o beneficiário deverá dirigir-se o serviço de atendimento do Pronto Atendimento do plano Hospitalar e em casos de Urgência ou Emergência deverá buscar atendimento no Pronto Socorro do Hospital Evangélico de Londrina.
13.3. Os beneficiários obrigam-se a fornecer ao prestador do serviço, o Cartão de Identificação de Beneficiário dentro do prazo de validade, emitido pela CONTRATADA, documento de identidade e/ou caso exista, permitira identificação por tecnologia digital.

13.4. As internações hospitalares serão processadas mediante Guia de Internação, solicitadas pelo médico assistente em favor do beneficiário, que será disponibilizada para análise da CONTRATADA para concessão de sua autorização.

13.5. O prazo de internação, fixado pela CONTRATADA, constará da guia expedida e corresponderá à média de dias utilizados para casos idênticos, ou ainda, contemplará aquele definido pelo médico assistente.

Excetuando-se os casos de urgência e emergência, **os demais serviços serão prestados**
13.6. mediante autorização prévia da CONTRATADA;

13.6.1. Nos casos de urgência ou emergência, o beneficiário, ou quem por ele responda, terá até o segundo dia útil, subsequente à data do evento, para **providenciar a respectiva autorização do procedimento,** mediante solicitação devidamente fundamentada, carimbada e assinada pelo médico assistente;

13.6.2. Consultas Médicas: Os beneficiários devem observar a modalidade de acesso às coberturas pelo processo de **PORTA DE ENTRADA** para atendimento médico na **Clínica Multiprofissional do Plano de Saúde Hospitalar, serviço de Atenção Primária à Saúde (APS),** unidade que é referência da CONTRATADA, observados seus horários de funcionamento. **O acesso aos demais prestadores credenciados dar-se-á por encaminhamento do MÉDICO da APS.**

13.6.3. Exames Complementares de Diagnóstico e Tratamento: poderão ser solicitados pelo médico assistente e serão realizados, após a autorização prévia da **CONTRATADA. A solicitação para autorização deverá ocorrer na Clínica Multiprofissional do Plano de Saúde Hospitalar de modo presencial ou por meios de atendimento à distância, como por aplicativos ou outros canais que estiverem disponíveis. Somente após a autorização o beneficiário poderá prosseguir aos prestadores credenciados para realizar os exames.**

13.6.4. Serviços Multiprofissionais/Terapias: poderão ser solicitados pelo médico assistente e serão realizados, após a autorização prévia da **CONTRATADA. A solicitação para autorização deverá ocorrer na Clínica Multiprofissional do Plano de Saúde Hospitalar de modo presencial ou por meios de atendimento à distância, como por aplicativos ou outros canais que estiverem disponíveis. Somente após a autorização o beneficiário poderá prosseguir aos prestadores credenciados para realizar as consultas/sessões.**

13.6.5. Tratamentos ambulatoriais: poderão ser solicitados pelo médico assistente e serão realizados, após a autorização prévia da **CONTRATADA. A solicitação para autorização deverá ocorrer na Clínica Multiprofissional do Plano de Saúde Hospitalar de modo presencial ou por meios de atendimento à distância, como por aplicativos ou outros canais que estiverem disponíveis. Somente após a autorização o beneficiário poderá prosseguir aos prestadores credenciados para realizar os tratamentos.**

Anexo Hospitalar 3 (6844000) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 21

13.6.6. Internações Hospitalares: As internações hospitalares serão processadas mediante Guia de Internação, solicitadas pelo médico assistente e serão realizadas, após a autorização prévia da CONTRATADA. **A solicitação para autorização deverá ocorrer na Clínica Multiprofissional do Plano de Saúde Hospitalar de modo presencial ou por meios de atendimento à distância, como por aplicativos ou outros canais que estiverem disponíveis. Somente após a autorização o beneficiário poderá prosseguir aos prestadores credenciados para realizar a internação.**

13.6.7. Haverá tolerância para os casos de comprovada impossibilidade de cumprimento do prazo acima disposto;

13.6.8. Nos procedimentos que exigem autorização prévia, a CONTRATADA providenciará a autorização para o procedimento em no máximo estipulados pela legislação vigente editadas pela Agência Nacional de Saúde, a partir do protocolo da solicitação ou, em prazo inferior quando caracterizado caso de urgência e/ou emergência.

13.7. Nos casos de transferência para leitos de alta tecnologia, eventos cirúrgicos em beneficiários internados para tratamento clínico e realização de procedimentos de alta complexidade será necessária a autorização prévia pela CONTRATADA, mesmo que o paciente já se encontre internado, salvo nas urgências e/ou emergências intercorrentes, quando então poderá ser solicitada posteriormente, no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas.

13.7.1. A inobservância dos prazos acima, caso não haja justificativa plausível, reserva à CONTRATADA o direito de não se responsabilizar pelo pagamento das despesas decorrentes.

13.8. As despesas extraordinárias realizadas pelo paciente e/ou acompanhante, não relacionadas diretamente com o tratamento, serão de sua inteira responsabilidade, sendo pagas diretamente à entidade hospitalar.

13.8.1. São consideradas como despesas extraordinárias: medicamentos não prescritos pelo médico assistente, produtos de toalete e higiene pessoal e alimentos que não sejam servidos pela instituição;

13.9. Comprovada a indevida utilização de serviços, estes serão de responsabilidade exclusiva do CONTRATANTE, ainda que o ato tenha sido praticado sem o seu conhecimento, ficando estabelecido que os comprovantes das despesas decorrentes deste fato poderão constituir dívida líquida, certa e exigível, caracterizando título extrajudicial capaz de autorizar o seu protesto ou a sua execução judicial.

13.10. Os serviços serão prestados por intermédio do médico assistente e de rede própria ou contratada, básica ou especializada, direta ou indiretamente, de acordo com a área geográfica do contrato.

13.11. No ato da contratação será entregue ao CONTRATANTE o **Guia de Serviços de Saúde**, editado pela CONTRATADA, informando a relação de seus prestadores, médicos credenciados, hospitais e clínicas, devendo, entretanto, o beneficiário, ao utilizar-se dos serviços, confirmar as informações pelo site da CONTRATADA, em razão do processo dinâmico do quadro da rede contratada e/ou credenciada, direta e indiretamente, de acordo com a área de abrangência contratada. **Ressalta-se que o acesso à rede prestadora do plano SOMENTE OCORRERÁ APÓS AUTORIZAÇÃO PRÉVIA.**

13.12. A CONTRATADA reserva-se no direito de rescindir o contrato com qualquer participante da sua rede assistencial, bem como de contratar novos serviços, a seu exclusivo critério, sempre mantendo a qualidade da prestação dos serviços previstos neste instrumento.

13.12.1. As alterações da rede hospitalar cumprirão o disposto no art. 17 da Lei n°. 9.656/98 ou seja, as substituições serão comunicadas aos CONTRATANTES e à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS com antecedência de 30 (trinta) dias. A redução de serviços hospitalares, com propósito de redimensionamento da rede, somente ocorrerá mediante prévia solicitação e autorização expressa da

Anexo Hospitalar 3 (6844000) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 22

Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e também, será informado ao CONTRATANTE.

13.13. Havendo utilização nos eventos abaixo será devida participação do beneficiário no custeio da despesa assistencial, através dos mecanismos de co-participação, de acordo com o que segue:

13.14. Os valores das despesas decorrentes da utilização dos procedimentos constantes na cobertura ambulatorial serão cobrados **50% (cinquenta por cento)** tendo como base a **tabela referência da operadora**, e a tabela estará disponível na administração da operadora, até os limites máximos de co-participação de **R$ 60,00 (sessenta reais) por procedimento classificado no Grupo 1** ou de **R$ 120,00 (cento e vinte reais) por procedimento classificado no Grupo 2**, conforme tabela Grupos_Coparticipação definida pela Operadora.

13.15. O reajuste dos valores dos limites máximos de co-particapação acima descritos, serão realizados anualmente no mesmo mês e com o mesmo índice autorizado para reajuste da taxa de manutenção do presente contrato.

13.16. Fica estabelecido que é devida a co-participação em todos os procedimentos constantes da cobertura Ambulatorial.

13.17. As internações de beneficiários **portadores de transtornos psiquiátricos** estão sujeitas à co-participação pecuniária no total das despesas, a partir do 31° (trigésimo primeiro) dia de internação, de acordo com o número de dias de internação, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, para o respectivo paciente.

13.17.1 Portanto haverá o custeio parcial, a partir do 31° (trigésimo primeiro) dia de internação, por ano de contrato, não cumulativos, contínuos ou não, em hospital psiquiátrico ou em unidade enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise, através de co-participação de 50% (cinquenta por cento) observados o tetos estabelecidos nos normativos vigentes à época e não podendo caracterizar o financiamento integral da internação.

13.17.1.1. Os percentuais e valores estabelecidos neste contrato serão calculados sobre os valores fixados na **Tabela Referencial da CONTRATADA** e respeitarão os tetos estipulados nos normativos editados pela ANS vigentes à época;

13.17.1.2. O montante devido da co-participação integrará as contraprestações subsequentes ao mês do evento, porém, será discriminado.

13.18. A CONTRATADA fornecerá, sempre que solicitado pelo beneficiário, laudo circunstanciado, bem como cópia de toda a documentação relativa às questões de impasse que possam surgir no curso do contrato, decorrente da utilização dos mecanismos de regulação.

13.19. Para as situações que implicarem em divergências nas regras de regulação, fica assegurado o atendimento ao beneficiário por profissional técnico, no prazo máximo de 1 (um) dia útil, a partir do momento da solicitação ou em prazo inferior quando caracterizada a urgência.

13.20. Nas situações de divergências a respeito de autorização prévia, a definição do impasse será feita através de Junta constituída pelo médico solicitante ou nomeado pelo beneficiário, por médico auditor da CONTRATADA e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais anteriores, cuja remuneração ficará a cargo da CONTRATADA.

CLÁUSULA XIV - FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

14.1. Para efeitos deste contrato, os valores previstos para contraprestação serão de forma PRÉ-ESTABELECIDA.

Anexo Hospitalar 3 (6844000) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 23

14.2. Como contraprestação mensal, os valores estão expressos na tabela comercial constante do **ANEXO I**, parte integrante deste instrumento, de acordo com a idade de cada beneficiário.

14.2.1 Todos os pagamentos serão realizados diretamente à CONTRATADA, por meio de boleto bancário, não tendo o profissional médico ou qualquer outro prestador, autorização para recebimento ou negociação de valores em nome da CONTRATADA.

14.2.2. Eventuais valores de co-participação em internações decorrentes de transtornos psiquiátricos deverão ser liquidados da mesma forma que as mensalidades, pois delas farão parte, e serão cobrados subsequentes aomês do atendimento.

14.3. Quando a data de vencimento cair em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser realizado até o primeiro dia útil subsequente.

14.4. Se o CONTRATANTE não receber o documento que possibilite realizar o pagamento de sua obrigação, até 05 (cinco) dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente na sede da CONTRATADA ou por meio do site www.planohospitalar.com.br, para que não se sujeite às consequências da mora.

14.5. Ocorrendo impontualidade no pagamento da mensalidade, serão cobrados juros de mora de 1% (um porcento), além de multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado, e ainda, conforme o caso, cobrança judicial, ressarcimento por perdas e danos, honorários advocatícios e reembolso de custas judiciais, sem prejuízo do direito da CONTRATADA inscrever o nome do inadimplente nos cadastros de restrição ao crédito (SPC e SERASA) e ou protestar o contrato.

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

14.7. O pagamento da contraprestação pecuniária referente a um determinado mês não implica na quitação de débitos anteriores.

CLÁUSULA XV – REAJUSTE

15.1. O reajuste ocorrerá anualmente, a partir da data de aniversário do contrato, sendo que índice de reajuste a ser aplicado nas contraprestações, e nos valores de co-participação deste contrato está sujeito à obediência ao índice autorizativo da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS (Órgão Regulador).

15.2. Caso nova legislação venha a autorizar o reajustamento em período inferior a 12 (doze) meses, a mesma terá aplicação imediata sobre este contrato.

15.3. Fica estabelecido que os valores relativos às inclusões de dependentes terão o primeiro reajuste integral, independentemente da variação da faixa etária, na data de aniversário de vigência do presente contrato e mediante autorização da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, entendendo-se como data base única, independente da data de inclusão do beneficiário dependente.

CLÁUSULA XVI - FAIXAS ETÁRIAS

16.1. As mensalidades são estabelecidas de acordo com a faixa etária em que cada beneficiário inscrito esteja enquadrado. Ocorrendo alteração na idade de qualquer dos beneficiários que importe em deslocamento para a faixa etária superior, a contraprestação pecuniária será aumentada automaticamente, no mês seguinte ao do aniversário do beneficiário.

16.2. As faixas etárias para os fins deste contrato são:
1ª FAIXA Até 18 (dezoito) anos

Anexo Hospitalar 3 (6844000) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 24

2ª FAIXA 19 a 23 (dezenove a vinte e três) anos
3ª FAIXA 24 a 28 (vinte e quatro a vinte e oito) anos
4ª FAIXA 29 a 33 (vinte e nove a trinta e três) anos
5ª FAIXA 34 a 38 (trinta e quatro a trinta e oito) anos
6ª FAIXA 39 a 43 (trinta e nove a quarenta e três) anos
7ª FAIXA 44 a 48 (quarenta e quatro a quarenta e oito) anos
8ª FAIXA 49 a 53 (quarenta e nove a cinquenta e três) anos
9ª FAIXA 54 a 58 (cinquenta e quatro a cinquenta e oito) anos
10ª FAIXA A partir de 59 (cinquenta e nove) anos

16.3 Variação do valor da mensalidade em decorrência da mudança de faixa etária corresponderá aos percentuais abaixo, que incidirão sobre o preço então pago na faixa etária anterior, **e não se confundem** com o reajustamento pela variação de custo (mensalidades):
MUDANÇA DE FAIXAS REAJUSTE (%)

Da 1ª para 2ª Faixa 25%
Da 2ª para 3ª Faixa 30%
Da 3ª para 4ª Faixa 10%
Da 4ª para 5ª Faixa 5%
Da 5ª para 6ª Faixa 10%
Da 6ª para 7ª Faixa 15%
Da 7ª para 8ª Faixa 25%
Da 8ª para 9ª Faixa 30%
Da 9ª para 10ª Faixa 30%

16.4. Os beneficiários com **mais de 59 (cinquenta e nove) anos de idade** não sofrerão reajustes por mudança de faixa etária, mas permanecerão os reajustes anuais, ou conforme determinar a legislação pertinente, pela variação de custo.

16.5. Os percentuais de variação entre cada faixa etária sempre observará os valores fixados para a última faixa que não poderá ser superior a 6 (seis) vezes o valor da primeira faixa e, a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

CLÁUSULA XVII – BÔNUS E DESCONTOS

17.1. O CONTRATANTE/TITULAR obriga-se ao pré pagamento mensal para a CONTRATADA, por si e para cada um dos seus dependentes inscritos, de acordo com a faixa etária estabelecida na cláusula 16.3, dos valores vigentes à época da contratação,constantes na proposta de adesão, para efeito de mensalidade e agravos por doenças e lesões pré existentes, obedecida a seguinte tabela de descontos e de acordo com a inscrição e permanência do número de usuários no plano:

Quantidade Usuários por Contrato	Desconto
2 usuários	2,5%
3 usuários	3,0%
4 usuários ou mais	3,5%

17.2. Ocorrendo inclusões, dentro das regras estipuladas nas cláusula 6, promovendo acréscimo no número de usuários resultando mudança de faixa etária de desconto, o valor da mensalidades será automaticamente adequado à tabela de desconto, observando o número total de usuários, que somente será admitida por falecimento, separação judicial comprovada, ou perda da condição de dependentes referenciada na clausula 6, **em sendo reduzido o número total de beneficiário integrantes do plano, resultando mudança para outra faixa de desconto, o valor da mensalidade será automaticamente adequado à tabela de desconto correspondente.**

Anexo Hospitalar 3 (6844000) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 25

CLÁUSULA XVIII – DAS CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

18.1. Perderá a condição de beneficiário e será excluído do plano:

18.1.1. O beneficiário titular que solicitar por escrito sua exclusão, ou do(s) seu(s) dependente(s);

18.1.2. O beneficiário dependente que por qualquer motivo deixar de atender as condições exigidas para sua inscrição, sendo:

18.1.2.1. Perda da condição de cônjuge ou convivente;

18.1.2.2. Aquisição da maioridade;

18.1.2.3. Perda da condição de dependência econômica;

18.1.2.4. Infrações ou fraudes com o objetivo de obter vantagens ilícitas;

18.1.2.5 Perda por morte.

18.1.3. As perdas da condição de dependência nos itens deve ser comunicado pelo titular, em até 30 dias do evento que ocasionou a perda, sob pena de em não o fazendo ser devido pelo titular o valor equivalente a um novo contrato similar ao presente.

18.2. A extinção do vínculo do beneficiário titular do plano, salvo nas hipóteses da inadimplência ou fraude comprovada, não se extingue o presente contrato, sendo assegurada a manutenção das condições contratuais aos seus dependentes, com a consequente assunção das obrigações decorrentes. Para tanto, será formalizado instrumento contratual específico de assunção das obrigações decorrentes.

18.3. Ocorrendo a perda da condição de beneficiário nas condições previstas no item 18.1.2. acima, o beneficiário poderá contratar plano na modalidade Individual ou familiar com esta CONTRATADA em até 30 (trinta) dias, contados da data em que ocorreu a referida perda, aproveitando os períodos de carências já cumpridas;

18.4. Por ocasião de nova contratação, observar-se-ão os valores de comercialização da tabela vigente na data da adesão ao plano contratado.

CLÁUSULA XIX - RESCISÃO/SUSPENSÃO

19.1. Será considerado rescindido este contrato se houver atraso no pagamento da contraprestação por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência, desde que o CONTRATANTE tenha sido notificado até o 50º (quinquagésimo) dia de inadimplência, sem prejuízo do direito da CONTRATADA requerer judicialmente a quitação dos valores devidos, com suas consequências moratórias.

19.1.1. Permitida a redução do período de inadimplência pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, haverá imediata aplicação pela CONTRATADA do novo normativo ao presente instrumento.

19.1.2. O Titular outorga poderes expressos para qualquer com seus dependentes, podendo retirar cada um suas próprias guias, bem como poderes para qualquer beneficiário dependente possa assinar cobrança, aviso e suspensão e cancelamento do contrato.

19.1.3 No caso de inadimplemento de obrigações de natureza financeira do TITULAR, a CONTRATADA poderá, após 10 dias com prévia notificação ao TITULAR, fazer o registro desse fato no sistema de proteção ao crédito (SERASA,SPC)/ ou protestar o contrato. E após o reconhecimento do pagamento pela CONTRATADA,terá 5 dias úteis para retirada da inscrição do

Anexo Hospitalar 3 (6844000) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 26

CONTRATANTE,do Sistema de Proteção ao Crédito.

19.2. Rescinde-se também o presente contrato, quando da comprovação de comportamento fraudulento, como:

19.2.1. Qualquer ato ilícito praticado pelo beneficiário titular, ou seu(s) dependente(s), na utilização do objeto deste instrumento;

19.2.2. Utilização indevida da carteira de identidade do beneficiário titular ou seu(s) dependente(s), assim entendido, também, a sua utilização por terceiros;

19.2.3. Omissão ou distorção de informações pelo beneficiário titular ou seu(s) dependente(s) em prejuízo da CONTRATADA, neste caso mediante autorização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

19.3. As hipóteses constantes dos itens 19.1. e 19.2. acima, extinguem o contrato de pleno direito, acarretando a imediata exclusão do(s) beneficiário(s) dependente(s).

19.4. Quando ocorrer rescisão antes do término deste contrato, será cobrada multa de 50% (cinquenta por cento) sobre os valores das mensalidades restantes para se completar a primeira vigência.

19.4.1. O contrato renovado por prazo indeterminado poderá ser denunciado pelo CONTRATANTE, por escrito, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, sem ônus da multa;

19.4.2. A falta de comunicação, nos termos deste artigo, implica na manutenção das obrigações contratuais assumidas.

19.4.3. Durante o prazo de denúncia não será admitida inclusão ou exclusão de beneficiários dependentes.

19.5. Fica vedada a rescisão ou suspensão unilateral do contrato, em qualquer hipótese, durante a ocorrência de internação hospitalar do beneficiário titular.

DAS OUTRAS DISPOSIÇÕES:

1. Por convenção, adotou-se neste contrato o gênero masculino quando há referência ao(à) CONTRATANTE, aos(às) beneficiários(as), aos(às) filhos(as), aos(às) menores, dentre outros.

2. A CONTRATADA não terá responsabilidade pelo pagamento nas seguintes condições:

a) Por qualquer acordo ajustado particularmente pelos beneficiários com quaisquer prestadores. Tais despesas e riscos correm por conta exclusiva do CONTRATANTE;

b) Pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa da pactuada, tais como, dentro do período de cumprimento de carência, após o término da relação contratual e fraude;

c) Na hipótese do beneficiário optar por acomodação hospitalar superior àquela contratada deverá arcar com a diferença de preço, inclusive de honorários dos profissionais, conforme negociação direta com o hospital, médicos e demais prestadores do atendimento;

d) A utilização dos serviços contratados, durante o período de suspensão ou de carência, neste último caso, ressalvadas as especificidades dos casos de urgências ou emergências é de responsabilidade do CONTRATANTE/beneficiário.

3. É obrigação do CONTRATANTE, na hipótese de rescisão, resolução ou resilição deste contrato, ou ainda, de exclusão de beneficiário, devolver os respectivos cartões de identificação e quaisquer outros documentos porventura fornecidos pela CONTRATADA, respondendo, sempre, sob todos os aspectos, pelos prejuízos resultantes do uso indevido desses documentos, restando isenta, neste caso, de qualquer responsabilidade, a CONTRATADA, a partir da exclusão do beneficiário, rescisão, resolução ou resilição do presente.

Anexo Hospitalar 3 (6844000) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 27

3.1. Considera-se uso indevido a utilização desses documentos para obter atendimento, mesmo que na forma contratada, pelos beneficiários que perderam essa condição, por exclusão ou término do contrato, ou, em qualquer hipótese, por terceiros não beneficiários;

3.2. O uso indevido e COMPROVADO do cartão de identificação, de qualquer beneficiário, a critério da CONTRATADA, ensejará pedido de indenização por perdas e danos, bem como a exclusão do respectivo titular e seus dependentes.

4. Ocorrendo a perda ou extravio de quaisquer documentos, o CONTRATANTE deverá comunicar, por escrito, o fato à CONTRATADA, para cancelamento ou, quando for o caso, emissão de segunda via. O cancelamento só terá validade quando recebido por escrito, pela CONTRATADA.

5. Os beneficiários com mais de 60 (sessenta) anos de idade, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até 5 (cinco) anos têm privilégio na marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos.

6. O CONTRATANTE reconhece como dívida líquida e certa, em favor da CONTRATADA, quaisquer despesas decorrentes de atendimento prestado a ele, seus dependentes e agregados, cessadas as responsabilidades da CONTRATADA, independentemente da data de início do tratamento, bem como aquelas coberturas deferidas liminar ou cautelarmente em procedimento judicial, e posteriormente revogadas ou decididas em contrário, e ainda, os procedimentos não cobertos explicitamente por este instrumento.

7. A inserção de mensagens no recibo de cobrança das mensalidades valerá como advertência/notificação ao CONTRATANTE, para todos os efeitos deste contrato, a partir da data do respectivo pagamento, exceto na hipótese de rescisão de contrato, por inadimplência, quando então haverá NOTIFICAÇÃO ESPECÍFICA, até o 50º (quinquagésimo) dia de inadimplemento, consecutivos ou não.

8. Qualquer tolerância não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

9. Poderá a CONTRATADA exigir documentação comprobatória das declarações do CONTRATANTE.

10. O CONTRATANTE, por si, seus dependentes e agregados, autoriza a CONTRATADA a obter o diagnóstico médico sempre que necessário, tanto para fins de reembolso como para fins de informações médicas. Ficam desde já autorizadas essas informações, que serão prestadas pelos médicos assistentes, ou pelos serviços credenciados, que se utilizarão da codificação expressa na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a Saúde - CID, da Organização Mundial de Saúde, 10ª (décima) revisão, ou fornecerão relatórios médicos detalhados.

11. Integram este contrato, para todos os fins de direito, a Proposta de Adesão, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde - MPS, o Guia de Leitura Contratual - GLC, a Declaração de Saúde, Termo de Oferecimento do Plano Referência, Guia Médico e demais anexos firmados pelos contraentes.

12. Toda e qualquer concessão pela CONTRATADA, fora do pactuado pelo presente instrumento, implicará em mera liberalidade.

13. Este contrato foi elaborado levando-se em consideração a legislação vigente nesta data. Assim, qualquer alteração das normas que implique em necessária modificação do que aqui foi avençado, sujeitará a novo ajuste das condições, inclusive com possíveis reflexos na contraprestação, desde que autorizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

Anexo Hospitalar 3 (6844000) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 28

PLANO DE SAÚDE Hospitalar

CLÁUSULA XX - ELEIÇÃO DE FORO

20.1. Fica eleito o foro do domicílio do CONTRATANTE para dirimir qualquer demanda sobre o presente contrato, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

20.2. E por estarem assim justos e acordados, assinam o presente Contrato em duas vias, de igual teor, na presença de duas testemunhas, sendo rubricadas pelas partes todas as suas folhas.

Londrina,_____de_____de _____

CONTRATANTE

Nome:

CPF: RG:

Assinatura do Contratante/Titular

CONTRATADA

Associação Evangélica Beneficente de Londrina

CNPJ: 78613841/0001-61

Assinatura da Contratada/AEBEL

TESTEMUNHA

Nome:

CPF: RG:

Assinatura da Testemunha

TESTEMUNHA

Nome:

CPF: RG:

Assinatura da Testemunha

Anexo Hospitalar 3 (6844000) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 29

CLÁUSULA XXI - DISPOSIÇÕES GERAIS

DAS DEFINIÇÕES:

Para os efeitos deste contrato, são adotadas as seguintes definições:

1. Acidente Pessoal - é o evento exclusivo, com data caracterizada, diretamente externo, súbito, imprevisível, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico.

2. Agravo - É o acréscimo no valor da contraprestação pecuniária mensal do plano oferecida ao CONTRATANTE/ TITULAR como alternativa à adoção de cláusula de Cobertura Parcial Temporária

3. Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS - autarquia sob o regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde.

4. Atendimento Ambulatorial - é aquele executado no âmbito do ambulatório, incluindo a realização de curativos, pequenas cirurgias, primeiros socorros e outros procedimentos que não exijam uma estrutura mais complexa para o atendimento.

5. Atendimento Hospitalar – É o atendimento que se limita aos serviços executados em hospitais e pronto-socorro, não incluindo atendimentos ambulatoriais para fins de diagnóstico, terapia ou recuperação, mesmo que complementar a uma internação.

6. Beneficiário - é a pessoa física que usufruirá dos serviços ora pactuados, seja na qualidade de titular ou dependente.

7. Cálculo Atuarial - é o cálculo estatístico com base em análise de informações sobre a frequencia de utilização, peculiaridades do beneficiário, tipo de procedimento, com vistas à manutenção do equilíbrio financeiro do plano e o cálculo das contraprestações.

8. Carência - é o prazo ininterrupto, contado a partir do início de vigência do contrato ou da data das novas inscrições, durante o qual os beneficiários não têm direito às coberturas contratadas.

9. Cartão Individual de Identificação - é a cédula onde se determina a identidade do beneficiário (nome, idade, código de inscrição na operadora, dentre outras informações.) e é, também, o comprovante de sua inscrição no plano.

10. CID-10 - é a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10ª revisão. **IMPORTANTE:** os procedimentos cobertos por este contrato são somente aqueles relacionados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde divulgado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e suas atualizações, de acordo com a segmentação assistencial.

11. Cobertura Parcial Temporária - É aquela que admite,num prazo determinado, a suspensão da cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta complexidade, relacionada ás doenças e lesões pré existentes.

12. Cobertura - é a assistência à saúde contratada e que o beneficiário terá direito.

13. Consulta - é o ato realizado pelo médico ou dentista, conforme o caso, que avalia as condições clínicas do beneficiário.

14. Contratada - é a OPERADORA de planos privados de assistência à saúde, que se obriga a garantir a prestação de serviços de assistência à saúde aos beneficiários do plano ora convencionado, nos termos deste instrumento,

Anexo Hospitalar 3 (6844000) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 30

através de seus médicos contratados e de rede própria, ou por ela contratada.

15. Contratante - é a pessoa física, qualificada na Proposta de Adesão em anexo, que contrata a prestação de serviços de assistência à saúde para si ou seu(s) dependente(s).

16. Contrato Individual ou Familiar - é um contrato de livre adesão de beneficiários, pessoas naturais, com ou sem grupo familiar.

17. Convivente - é a pessoa que vive em união estável com outrem em intimidade, com cunho de constituição de família, de forma pública.

18. Co-Participação - é o montante em termos percentuais ou valores monetários, para cada procedimento realizado, que, quando ocorrer, constituir-se-á parte integrante da contraprestação.

19. Doença - é o processo mórbido definido, tendo um conjunto característico de sintomas e sinais, que leva o indivíduo a tratamento médico.

20. Doença ou Lesões Pré Existente - Doença ou lesões adquirida pelo usuário antes da sua inscrição no contrato

21. Eletivo - é o termo usado para designar procedimentos médicos não considerados de urgência ou emergência.

22. Emergência - atendimentos que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, com alterações severas dos sinais vitais, caracterizado em declaração do médico assistente.

23. Entrevista qualificada – Quando o CONTRANTE/TITULAR, com auxílio do médico, afim de responder aos requisitos pertinentes a si e seus dependentes, referente às condições de saúde e doenças que tenha tido e que tenha conhecimento, antes do momento da contratação do plano.

24. Evento - é o conjunto de ocorrências ou serviços de assistência médica ou hospitalar coberto por este contrato.

25. Exame - é o procedimento complementar solicitado pelo médico assistente, que possibilita uma investigação diagnóstica, para melhor avaliar as condições clínicas do beneficiário.

26. Exame Pericial de Admissão - é o ato médico (e demais procedimentos) executado por profissional indicado pela CONTRATADA cuja finalidade é identificar doença e lesão que o beneficiário seja portador antes da contratação.

27. Guia de Serviços de Saúde - é a relação dos serviços próprios e contratados pela CONTRATADA.

28. Hospital de Categoria Diferenciada - é aquele hospital que utiliza sua própria lista de preços e procedimentos, não se sujeitando a Tabela de Referência de terceiros.

29. Inscrição - é o ato de incluir um beneficiário no plano.

30. Internação Hospitalar - é quando o beneficiário fica sob os cuidados médicos em um estabelecimento hospitalar.

31. Mensalidade ou Contraprestação - é a quantia a ser paga mensalmente à CONTRATADA, em face das coberturas previstas no contrato, ou sua mera disponibilidade.

32. Leitos de alta tecnologia - UTI, semi-intensivo; unidades coronarianas e unidades de tratamento para queimados e definidos pela portaria GM nº 3432,de 12.08.98 do ministério da saúde

33. Medicamentos /Material importado nacionalizado - entende-se o produto com matéria-prima importada, que esteja devidamente registrado no ministério da saúde, manipulado e envasado no Brasil, com protocolo

Anexo Hospitalar 3 (6844000) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 31

e diretriz de prescrição devidamente homologada pela sociedade médica brasileira da especialidade, e assim normatizado.

34. Operadora de Planos de Saúde (OPS) - empresa legalmente constituída, devidamente registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS que comercializa planos de assistência à saúde, de acordo com os dispositivos da Lei 9.656/98.

35. Órtese - refere-se unicamente aos aparelhos ou dispositivos ortopédicos de uso provisório, destinados a alinhar, prevenir ou corrigir deformidades ou melhorar a função das partes móveis do corpo, podendo, ou não, ser retirado posteriormente. (Ex: pinos e placas metálicas, lentes oculares) dentre outros em relação especifica cujo ROL atualizado no site da ANS www.ans.gov.br

36. Patologia - modificações funcionais produzidas pela doença no organismo.

37. Plano - é a opção de coberturas adquirida pelo CONTRATANTE.

38. Preposto - é o representante que poderá em nome da CONTRATADA, comercializar ou gerenciar o Plano de Saúde.

39. Primeiros Socorros - é o conjunto de procedimentos que constitui o primeiro atendimento realizado nos casos de urgência ou emergência.

40. Procedimentos de Alta Complexidade - são aqueles listados em norma da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, consistindo nos únicos procedimentos que, quando referentes à doença ou lesão preexistente, poderão constar de cláusula contratual específica e ter sua cobertura suspensa pelo prazo de até 24 (vinte e quatro) meses.

41. Proposta de Adesão - é o documento preenchido pelo CONTRATANTE que expressa a constituição jurídica entre as partes e firma as condições do contrato.

42. Prótese - é a peça artificial empregada em atos cirúrgicos, em substituição parcial ou total de um órgão ou membro, reproduzindo sua forma e/ou sua função. (Ex: Stent, marca passo) dentre outros em relação especifica cujo ROL atualizado no site da ANS www.ans.gov.br

43. Recursos ou Serviços Contratados, Credenciados ou Referenciados - são aqueles colocados à disposição do beneficiário pela CONTRATADA, para atendimento médico-hospitalar.

44. Recursos Próprios ou Rede Própria hospitalar – todo recurso físico hospitalar de propriedade da CONTRATADA:

a) médica: constituída por profissional credenciado/contratado da CONTRATADA.

45. Rol de Procedimentos - é a lista editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, que referencia os procedimentos básicos obrigatórios, individualizados para as segmentações especificadas (ambulatorial, hospitalar, hospitalar com obstetrícia, odontológica e referência), encontra-se disponível no site www.ans.gov.br.

46. Urgência - atendimentos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional, onde haja diminuição do nível de consciência, dificuldade para respirar, dor intensa e alterações dos sinais vitais.

Anexo Hospitalar 3 (6844000) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 32

AEBEL

ASSOCIAÇÃO EVANGÉLICA
BENEFICENTE DE LONDRINA

PLANO DE SAÚDE Hospitalar

Hospital Evangélico DE LONDRINA

CEMITÉRIO PARQUE DAS OLIVEIRAS

PLANO DE SAÚDE
Hospitalar

R. Senador Souza Naves, 1922
86010-020 • Londrina • PR
T. 43 3315.1900 • www.planohospitalar.com.br

ANS 32675-5

Contrato Particular de Prestação de Serviços Médicos, Hospitalares, Serviço de Diagnóstico e Terapia.
Categoria: Individual/Familiar
Nome Comercial: APS VIDA LITE 50
Segmentação: Ambulatorial + Hospitalar COM Obstetrícia
Acomodação: ENFERMARIA
Modalidade: Co-participação de 50%
Abrangência: Municipal
Registro na Agência Nacional de Saúde: 489.301.21-8

TABELA DE VALORES

PLANO APS VIDA PLUS 50% ACOMODAÇÃO ENFERMARIA COM OBSTETRÍCIA	
FX ETÁRIA	TITULAR
00 A 18	R$ 125,40
19 A 23	R$ 156,75
24 A 28	R$ 203,78
29 A 33	R$ 224,15
34 A 38	R$ 235,36
39 A 43	R$ 258,90
44 A 48	R$ 297,73
49 A 53	R$ 372,16
54 A 58	R$ 483,81
59 OU +	R$ 628,96

O CONTRATANTE/TITULAR obriga-se ao pré pagamento mensal para a CONTRATADA,por si e para cada um dos seus dependentes inscritos,de acordo com a faixa etária estabelecida na cláusula 16.3,dos valores vigentes à época da contratação,constantes na proposta de adesão,para efeito de mensalidade e agravos por doenças e lesões pré existentes,obedecida a seguinte tabela de descontos e de acordo com a inscrição e permanência do número de usuários no plano:

Quantidade Usuários por Contrato	Desconto
2 usuários	2,5%
3 usuários	3,0%
4 usuários ou mais	3,5%

Ocorrendo inclusões, dentro das regras estipuladas nas cláusula 6,promovendo acréscimo no número de usuários resultando mudança de faixa etária de desconto,o valor da mensalidades será automaticamente adequado à tabela de desconto,observando o número total de usuários,que somente será admitida por falecimento,separação judicial comprovada,ou perda da condição de dependentes referenciada na clausula 6,em sendo reduzido o número total de beneficiário integrantes do plano para menos de três,resultando mudança para outra faixa de desconto,o valor da mensalidade será automaticamente adequado à tabela de desconto correspondente.

PLANO DE SAÚDE

Hospitalar

CONTRATO

PLANO APS Vida Lite 50 + OBS

ANS 32675-5

Com menos do que você imagina,
você conta com as vantagens exclusivas do plano de saúde mais completo de Londrina para proteger a sua família.

Há mais de 50 anos o Plano de Saúde Hospitalar é especialista em cuidar dos norte-paranaenses, garantindo qualidade e eficiência nos serviços oferecidos. Nossa missão é levar mais saúde aos paranaenses pelo melhor preço, garantindo um atendimento de qualidade sempre que você precisar. Confira todas as nosas vantagens e cuide da sua família por valores que cabem no seu bolso!

- Hospital próprio, o maior e melhor da região
- Pronto-Socorro e Pronto-Atendimento funcionando 24h
- Ambulância com UTI móvel 24h
- Telemedicina via App Clic.digital
- Descontos em farmácias credenciadas
- Clínica Multiprofissional
- Clínica de Vacinas
- Mais de 500 médicos, clínicas e laboratórios
- Serviço de internação domiciliar
- Atendimento nacional de urgência e emergência por meio da ABRAMGE

A FACILIDADE DE UM PLANO DE SAÚDE DIGITAL!

APP HOSPITALAR

APP CLIC.DIGITAL TELEMEDICINA

PLANOHOSPITALAR.COM.BR

WHATSAPP ASSISTENTE VIRTUAL

Além de todos os benefícios,
o Plano de Saúde Hospitalar oferece cobertura total para todos os procedimentos exigidos pela ANS em um hospital próprio e reconhecido com Selo de Excelência ONA Nível III.

- ✔ Consultas e exames
- ✔ Internação e cirurgias
- ✔ Parto e Cesárea
- ✔ Urgências e emergências

Hospital Evangélico de Londrina

Sumário

CLÁUSULA I - QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA 4
CLÁUSULA II – LOCAL DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS 4
CLÁUSULA III -PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO 4
CLÁUSULA IV- FORMAÇÃO DO PREÇO 4
CLÁUSULA V – ATRIBUTOS DO CONTRATO 4
CLÁUSULA VI – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO 5
CLÁUSULA VII - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS 6
7.9. Da Cobertura Ambulatorial 7
7.10. Da Cobertura Hospitalar com Obstetrícia 8
CLÁUSULA VIII - EXCLUSÕES DE COBERTURA 10
CLÁUSULA IX – DA VIGÊNCIA 11
CLÁUSULA X - PERÍODOS DE CARÊNCIA 11
CLÁUSULA XI - DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES 12
CLÁUSULA XII - URGÊNCIA E EMERGÊNCIA 14
DA REMOÇÃO 14
Reembolso de despesas nas urgências/emergências: 15
CLÁUSULA XIII - MECANISMO DE REGULAÇÃO 15
CLÁUSULA XIV - FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE 18
CLÁUSULA XV – REAJUSTE 19
CLÁUSULA XVI - FAIXAS ETÁRIAS 19
MUDANÇA DE FAIXAS REAJUSTE (%) 20
CLÁUSULA XVII – BÔNUS E DESCONTOS 20
CLÁUSULA XVIII – DAS CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO 21
CLÁUSULA XIX - RESCISÃO/SUSPENSÃO 21
DAS OUTRAS DISPOSIÇÕES: 22
CLÁUSULA XX - ELEIÇÃO DE FORO 24
CLÁUSULA XXI - DISPOSIÇÕES GERAIS 25
DAS DEFINIÇÕES: 25

PLANO DE SAÚDE Hospitalar

Contrato Particular de Prestação de Serviços Médicos, Hospitalares, Serviço de Diagnóstico e Terapia.
Categoria: Individual/Familiar
Nome Comercial: APS Vida Lite 50 + Obs
Segmentação: Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia
Acomodação: Enfermaria
Modalidade: Co-participação de 50%
Abrangência: Municipal
Registro na Agência Nacional de Saúde (ANS): 489.301.21-8

CLÁUSULA I - QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA

1.1. ASSOCIAÇÃO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA - AEBEL, inscrita no CNPJ/MF sob o nº. 78.613.841/0001-61, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS sob o nº. 32675-5, classificada na modalidade Filantropia, com sede à Avenida Bandeirantes n.º 618, Jardim Londrilar, CEP 86015-900, em Londrina - PR, neste ato representada na forma do seu estatuto e doravante denominada simplesmente **CONTRATADA**.

CLÁUSULA II – LOCAL DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

2.1 Os serviços ora contratos serão prestados pelos médicos credenciados, em serviços/recursos próprios, serviços/recursos contratados ou credenciados da CONTRATADA, constante no guia médico específico, **mediante o encaminhamento pelo Médico do serviço de Atenção Primária à Saúde (APS)**. A atualização será realizada diariamente e estará disponível na administração da operadora e através do site www.planohospitalar.com.br, **para este plano e exclusivamente dentro da sua área de atuação compreendendo a localidade de Londrina**.

CLÁUSULA III -PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

3.1 O tipo de acomodação hospitalar oferecida pelo plano é **COLETIVA, padrão Enfermaria**. Não havendo disponibilidade de leito hospitalar contratado nos estabelecimentos próprios ou credenciados pela CONTRATADA, é garantido ao beneficiário acesso à acomodação, em nível superior, sem ônus adicional, conforme artigo 33 da Lei 9.656/98.

CLÁUSULA IV- FORMAÇÃO DO PREÇO

4.1 Os valores a serem pagos pela cobertura assistencial contratada são **pré-estabelecidos.**

CLÁUSULA V – ATRIBUTOS DO CONTRATO

5.1. O presente contrato tem por objeto a prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais na forma de plano privado de assistência à saúde prevista no inciso I, do art. 1º, da Lei 9.656/98, visando à Assistência Médica Hospitalar com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, e do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento, através da modalidade de atendimento PORTA DE ENTRADA.

5.2. Não terão cobertura os atendimentos realizados pelos beneficiários diretamente aos prestadores credenciados, por livre escolha. Os beneficiários inscritos deverão dirigir-se primeiramente ao serviço de Atendimento Primário à Saúde (APS) na Clínica Multiprofissional do Plano de Saúde Hospitalar e, se necessário, serão devidamente encaminhados aos demais prestadores credenciados pela CONTRATADA.

Anexo Hospitalar 4 (6844019) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 39

5.3. Nos casos de atendimento de URGÊNCIA ou EMERGÊNCIA, o beneficiário deverá dirigir-se ao Hospital Evangélico de Londrina, que é a unidade de referência da CONTRATADA. Se não for possível dirigir-se aos serviços próprios da CONTRATADA, o beneficiário deverá dirigir-se a um hospital filiado ao Sistema Nacional de Atendimento de Urgência e Emergência ABRAMGE Associação Brasileira de Medicina de Grupo (www.abramge.com.br / fone 0800 7227511) e Rede Filantrópica (www.cmb.org.br).

5.4. Este instrumento tem as características de contrato de adesão, bilateral, que gera direitos e obrigações para ambas as partes, na forma do Código Civil Brasileiro, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

CLÁUSULA VI – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

6.1. O presente contrato se caracteriza pela contratação INDIVIDUAL sendo aquele que oferece cobertura da atenção prestada para a livre adesão de beneficiários, pessoas naturais, com ou sem grupo familiar.

6.2. Em face de o CONTRATANTE ter a faculdade de incluir seus dependentes ou grupo familiar, este plano também é caracterizado como FAMILIAR.

6.3. Para efeitos deste instrumento, o CONTRATANTE é o beneficiário titular e/ou responsável financeiro.

6.3.1. Os beneficiários dependentes são aqueles com grau de parentesco ou afinidade e **dependência econômica** em relação ao beneficiário titular

6.4. Podem ser inscritos como beneficiários dependentes aqueles que mantenham com o CONTRATANTE uma das seguintes relações:

a) Cônjuge;
b) Filhos solteiros, até 24 anos incompletos;
c) Enteado, o menor sob a guarda por força de decisão judicial e o menor tutelado.
d) Convivente, havendo união estável na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial;
e) Filhos comprovadamente inválidos definitivamente;

6.5. O plano firmado para os dependentes não poderá ser diferente daquele em que o beneficiário titular estiver inscrito;

6.6. A inclusão do beneficiário titular e respectivos dependentes será processada por meio da Proposta de Adesão, que integra este contrato para todos os fins de direito e com entrega da cópia dos respectivos documentos: CPF/MF, carteira de identidade (RG), comprovante de residência, certidão de nascimento/ certidão de casamento, título de eleitor, cartão nacional de saúde, e posteriores exigidos pela regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

6.7. Fica assegurada a inclusão:

6.7.1. Do recém-nascido, filho natural ou adotivo, como dependente, com isenção de carência, sendo vedada qualquer alegação de DLP ou aplicação de CPT ou Agravo, e desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 dias do nascimento pelo plano ou da adoção:

6.7.1.1. Do recém-nascido e filho adotivo, menor de 12 (doze) anos, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo beneficiário titular/adotante;

6.7.2. Ultrapassados os prazos para inclusão, previstos nos itens acima, os novos beneficiários cumprirão integralmente as carências previstas na cláusula específica;

6.7.3. Por ocasião de nova contratação, observar-se-ão os valores de comercialização da tabela vigente

Anexo Hospitalar 4 (6844019) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 40

na data da adesão ao plano Individual ou Familiar.

6.7.4. O dependente que vier a perder a condição de dependência poderá assinar contrato em seu próprio nome, em até 30 (trinta) dias a contar da data da perda do direito como beneficiário dependente, aproveitando as carências já cumpridas neste contrato.

CLÁUSULA VII - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

7.1. As coberturas assistenciais asseguradas neste contrato, para todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde e para todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, compreendem atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares, atendimentos obstétricos, serviços auxiliares de diagnóstico, terapia e atendimentos de urgência e emergência, realizados em unidades hospitalares, próprias ou contratadas, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, e suas atualizações, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vigente na data do evento, observados os limites, prazos de carências, condições estabelecidas neste contrato e as seguintes peculiaridades:

7.1.1. A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais priorizará o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando-se a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e de acordo com indicação do médico assistente.

7.1.2. Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10° Revisão - CID - 10, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto infligidas, estão obrigatoriamente cobertos por este instrumento.

7.2. O presente instrumento assegura o atendimento independente da circunstância e do local de ocorrência do evento, respeitadas a segmentação, a área de atuação e abrangência, a rede de prestadores de serviços contratada, credenciada ou referenciada da operadora de plano privado de assistência à saúde e os prazos de carência estabelecidos neste contrato.

7.3. Os procedimentos necessários ao tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas, decorrentes de procedimentos não cobertos pelo presente instrumento têm cobertura obrigatória quando constarem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, respeitadas as segmentações, os prazos de carência e Cobertura Parcial Temporária – CPT.

7.4. Os procedimentos necessários ao seguimento de eventos excluídos da cobertura, como internação em leito de terapia intensiva após transplante não coberto, não são considerados tratamento de complicações, mas parte integrante do procedimento inicial, não havendo obrigatoriedade de sua cobertura por parte das operadoras de planos de assistência à saúde.

7.5. Fica assegurado que os procedimentos garantidos pela legislação vigente serão de cobertura obrigatória quando solicitados pelo médico assistente, com exceção dos procedimentos odontológicos e dos procedimentos vinculados aos de natureza odontológica – aqueles executados por cirurgião-dentista ou os recursos, exames e técnicas auxiliares necessários ao diagnóstico, tratamento e prognóstico odontológicos, que poderão ser solicitados ou executados diretamente pelo cirurgião dentista.

7.6. O presente instrumento cobre os atendimentos nos casos de planejamento familiar listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento e conforme a segmentação assistencial contratada, incluindo:
- atividades educacionais;
- consultas de aconselhamento para planejamento familiar;
- atendimento clínico;
- implante de dispositivo intra-uterino (diu) hormonal incluindo o dispositivo.

Anexo Hospitalar 4 (6844019) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 41

7.7. A participação de profissional médico anestesiologista nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento terá sua cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínica.

7.8. Está garantida a cobertura dos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho, respeitadas as segmentações contratadas.

7.9. Da Cobertura Ambulatorial

7.9.1. A segmentação ambulatorial assegura atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, 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 unidade de terapia intensiva e unidades similares.

7.9.2. Estão cobertas consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM, de acordo com a rede credenciada da CONTRATADA.

7.9.3. Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação.

7.9.4. Cobertura de consulta e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento e nas Diretrizes de Utilização, conforme indicação do médico assistente.

7.9.5. Está coberta a psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento e nas Diretrizes de Utilização, que poderão ser realizados tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme indicação do médico assistente.

7.9.6. Garantia de cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente.

7.9.7. Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais:

a) Hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;
b) Quimioterapia oncológica ambulatorial;
c) Radioterapia ambulatorial;
d) Procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais;
e) Hemoterapia ambulatorial; e
f) Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

7.9.8. Este contrato compreende cobertura de atendimentos caracterizados como de urgência e emergência conforme previsto no presente instrumento jurídico.

7.9.9. Está assegurada a cobertura de remoção por ambulância dentro da área de abrangência geográfica desse contrato, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao paciente ou pela necessidade de internação.

Anexo Hospitalar 4 (6844019) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 42

7.9.10. Garantia de cobertura de medicamentos registrados/regularizados na ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época.

7.10. Da Cobertura Hospitalar com Obstetrícia

7.10.1. A segmentação hospitalar assegura a cobertura dos atendimentos realizados em todas as modalidades de internação hospitalar e os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência.

7.10.2. Coberturas de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM;

7.10.3. Acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional na indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou contratados pelo plano.

7.10.4. Cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente.

7.10.5. Garantia de cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação conforme previsto mais adiante neste instrumento.

7.10.6. Cobertura do atendimento por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico assistente e desde que o procedimento esteja previsto no Rol de Procedimentos da ANS e o profissional seja pertencente ao quadro de rede credenciada da CONTRATADA.

7.10.7. Cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, previstos no Rol de Procedimentos da ANS, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar.

7.10.8. Cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados desde que vinculados à internação coberta pelo presente instrumento e enquanto a mesma durar.

7.10.9. Cobertura de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, nos termos da legislação vigente.

> **7.10.9.1.** A classificação dos diversos materiais utilizados pela medicina no país como órteses ou próteses deverá seguir lista a ser disponibilizada e atualizada periodicamente no endereço eletrônico da ANS na Internet (www.ans.gov.br).

7.10.10. Cobertura para remoção do beneficiário, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro.

7.10.11. Cobertura de despesas relativas a um acompanhante, que incluem:
a) Acomodação e alimentação necessárias à permanência do acompanhante para beneficiários menores de dezoito anos; e
b) Acomodação e alimentação, conforme indicação do médico ou cirurgião-dentista assistente, para beneficiários idosos com idade igual ou superior a sessenta anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais.

7.10.12. Cobertura dos procedimentos cirúrgicos crânio-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar, realizados por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo a cobertura

Anexo Hospitalar 4 (6844019) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 43

de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar.

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

7.10.14. Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:

a) Hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;
b) Quimioterapia oncológica ambulatorial;
c) Radioterapia ambulatorial e hospitalar;
d) Hemoterapia;
e) Nutrição parenteral ou enteral;
f) Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
g) Embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
h) Radiologia intervencionista;
i) Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
j) Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
k) Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época evento, exceto fornecimento de medicação de manutenção.

7.10.15. Cobertura de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, reconhecidos pela medicina no país, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer, conforme protocolos clínicos e indicação do médico assistente.

7.10.16. Cobertura de cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.

7.10.17. Cobertura de todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas.

7.10.18. Cobertura de hospital dia para transtornos mentais, de acordo com as Diretrizes de Utilização emitidas pela ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar.

7.10.19. Cobertura de transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, e dos procedimentos a eles vinculados, observada a legislação específica vigente.

7.10.20. O presente instrumento assegura que os candidatos a transplante de órgãos e tecidos provenientes de doador cadáver deverão obrigatoriamente estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDO e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de seleção.

7.10.21. 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

Anexo Hospitalar 4 (6844019) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 44

forma de autorização e cadastro junto ao Sistema Nacional de Transplante - SNT.

7.10.22. São competências privativas das CNCDO, dentro das funções de gerenciamento que lhes são atribuídas pela legislação em vigor:

I - determinar o encaminhamento de equipe especializada; e

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

7.10.23. Está garantida a cobertura de transplantes listados no Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e dos procedimentos a eles vinculados, incluindo:

a) as despesas assistenciais com doadores vivos;

b) os medicamentos utilizados durante a internação;

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

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

7.10.24. Nos casos de TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS, o atendimento ocorrerá da seguinte maneira:

a) Custeio integral de até 30 (trinta) dias de internação;

b) Nas internações psiquiátricas a partir do 31° (trigésimo primeiro) dia de internação, por ano de contrato, com co-participação do Beneficiário de 50% (cinquenta por cento), e será observados os tetos estabelecidos nos normativos vigentes da época;

Esse percentual de co-participação equivalerá ao máximo admitido por norma editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que estiver vigente à época da contratação do seguro.

c) A cobertura do tratamento em regime de hospital dia deverá se dar de acordo com as diretrizes estabelecidas nos normativos vigentes.

CLÁUSULA VIII - EXCLUSÕES DE COBERTURA

8.1. Em conformidade com o previsto no art. 10 da Lei 9.656/98, respeitadas as coberturas mínimas obrigatórias previstas no seu art. 12 e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, e suas atualizações, editados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e estará disponível através do site www.ans.gov.br, dentro da segmentação assistencial deste contrato, fica permitida a exclusão de:

I. **Tratamentos clínicos e/ ou cirúrgicos que sejam experimentais realizados por médicos ou multiprofissionais como psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas dentre outos;**

II. **Tratamentos e/ou procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;**

III. **Tratamento inseminação artificial;**

IV. **Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como emspas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;**

V. **Tratamento de fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados;**

VI. **Tratamento de fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde - CITEC;**

VII. **Tratamento de fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;**

VIII. **Tratamento de fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;**

IX. **Tratamento de tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;**

Anexo Hospitalar 4 (6844019) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 45

X. **Tratamento de casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;**

XI. **Tratamento em estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;**

XII. **Tratamento de consultas domiciliares;**

XIII. **Tratamento de cirurgias para mudança de sexo;**

XIV. **Tratamento de produtos de toalete e higiene pessoal, serviços telefônicos ou qualquer outra despesa que não seja vinculada à cobertura deste contrato;**

XV. **Tratamento de procedimentos, exames e tratamentos realizados fora da área de abrangência contratada, bem como das despesas decorrentes de serviços médicos hospitalares prestados por médicos não credenciados ou entidades não credenciadas a Operadora, à exceção dos atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, que poderão ser realizados por médicos e serviços não credenciados e, posteriormente, reembolsados na forma e termos previstos neste contrato;**

XVI. **Tratamento de enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar;**

XVII. **Tratamento de aplicação de vacinas;**

XVIII. **Tratamento de exames para piscina ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;**

XIX. **Tratamento por aluguel de equipamentos hospitalares e similares;**

XX. **Tratamento de consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de emergência ou urgência,bem como remoção domiciliar, salvo nos casos de internação domiciliar oferecida pela operadora em substituição à internação hospitalar;**

XXI. **Tratamento transplantes, exceto os de córnea e rim e os transplantes autólogos;**

XXII. **Tratamento de procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior;**

XXIII. **Tratamento de investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;**

XXIV. **Tratamento de procedimentos não relacionados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;**

XXV. **Tratamento de especialidade médica não reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina; e**

XXVI. **Tratamentos eletivos realizados fora da estrutura e serviços prestados pela CONTRATADA, sem o encaminhamento do médico da Atenção Primária em Saúde (APS) e/ou sem autorização prévia.**

CLÁUSULA IX – DA VIGÊNCIA

9.1. Será considerado como início de vigência contratual a data da assinatura da proposta de adesão, da assinatura do instrumento jurídico em si ou a data de pagamento da mensalidade inicial, o que ocorrer primeiro,de forma a não haver prorrogação indevida dos prazos de carência.

9.2. O presente instrumento possui prazo de vigência mínima de um ano, com renovação automática por prazo indeterminado, sendo vedada a cobrança de taxa ou qualquer outro valor.

9.3. É vedada a recontagem de carências por ocasião da renovação contratual.

CLÁUSULA X - PERÍODOS DE CARÊNCIA

10.1 As carências explicitadas neste contrato serão contadas d**a data de assinatura da proposta de admissão, ou da data de assinatura do contrato, ou ainda partir do pagamento da mensalidade inicial, o que ocorrer primeiro,** sendo assim especificadas:

a) 24 (vinte quatro) horas para atendimentos de urgência e emergência decorrente de acidentes pessoais.

b) 180 (cento e oitenta) dias para consultas medicas,exames de patologia clínica simples.

c) 180 (cento e oitenta) para demais exames complementares, exceto os descritos letra "E" desta cláusula.

d) 180 (cento e oitenta) dias para procedimento de reabilitação e fisioterapia.

e) 180 (cento e oitenta) dias para procedimentos clínicos ou cirúrgicos (tanto em regime ambulatorial como de internação), bem como para tomografia computadorizada, ressonância magnética, neuro-radiologia, angiografia visceral, periférica, radiologia intervencionista e hemodinâmica.

Anexo Hospitalar 4 (6844019) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 46

f) 180 (cento e oitenta) dias para hemodiálise e diálise, quimioterapia e radioterapia.

g) 300 (trezentos) dias para parto a termo (desde que contratada a modalidade obstétrica)

h) 24 (vinte quatro) meses para cobertura parcial temporária de cirurgias, leito de alto tecnologia e procedimento de alta complexidade conforme previsto nas resoluções editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar com relação ás doenças ou lesões pré-existentes informadas pelo usuário na declaração de saúde, na entrevista qualificada ou identificadas por outros meios no decorrer da vigência do contrato que eram de conhecimento prévio do usuário que foram do usuário que foram omitidas pelo mesmo por ocasião da contratação, sem que o CONTRATANTE tinha feito a opção por agravo da mensalidade para cobertura destas doenças e lesões na data da contratação.

10.2. As carências acima poderão ser reduzidas passando a valer aquelas a ser formalizado em anexo específico integrante deste contrato.

10.3. As despesas decorrentes da utilização dos serviços durante o período de carência serão de responsabilidade única e exclusiva do CONTRATANTE.

10.4. Para as inclusões de beneficiários posteriores à assinatura do Contrato, a contagem do prazo de carência iniciar-se-á na data de assinatura da Proposta de Admissão/adesão pelo beneficiário.

CLÁUSULA XI - DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

11.1. Das definições legais:
Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP) são 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 9656/98, o inciso IX do art. 4º da Lei nº 9961/00 e as diretrizes estabelecidas em Resolução específica da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.
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 os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.

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 (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.

11.2. É condição para inscrição de beneficiários, no ato da assinatura do contrato ou para inclusões posteriores, o preenchimento da **Declaração de Saúde.**

11.3. O beneficiário titular está obrigado, por ocasião da contratação, a informar, por si e por seus dependentes, ser conhecedor ou não da condição de portador ou sofredor de doença ou lesão preexistente àquela data.

11.4. A informação será prestada, através de **Declaração de Saúde**, cujo formulário é parte integrante deste contrato, facultada aos beneficiários a realização de **Entrevista Qualificada** com um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados ou referenciados pela contratada, sem nenhum ônus para o beneficiário, ou, a critério do beneficiário, com um médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da contratada, assumindo, neste caso, as despesas daí decorrentes.

11.5. O objetivo da **Entrevista Qualificada** é orientar o beneficiário para o correto preenchimento da **Declaração de Saúde**, onde são declaradas as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.

Anexo Hospitalar 4 (6844019) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 47

11.6. As informações prestadas na **Declaração de Saúde** serão protegidas pela CONTRATADA sendo vedada sua divulgação ou fornecimento a terceiros, não envolvidos na prestação dos serviços assistenciais, sem a anuência expressa do beneficiário, ressalvados os casos previstos na legislação em vigor.

11.7. A CONTRATADA, no momento da contratação, poderá optar pela realização de **Perícia Prévia**, com a concordância plena do beneficiário, cujo objetivo principal é identificar a existência de doenças ou lesões preexistentes, bem como de solicitar documentação probatória de quaisquer informações do beneficiário constantes em sua **Declaração de Saúde**. Neste caso, fica vedada a alegação de omissão de informação de DLP quando realizado qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário pela CONTRATADA, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.

11.8. Caso a CONTRATADA opte pelo não oferecimento de cobertura total e havendo constatação da existência de lesão ou doença preexistente que possa gerar a necessidade de eventos cirúrgicos, do uso de leitos de alta tecnologia ou de procedimentos de alta complexidade, nos termos da regulamentação específica, será oferecida ao beneficiário a opção de Cobertura Parcial Temporária - CPT, pelo prazo máximo de 24 (vinte e quatro) meses, sendo facultado à CONTRATADA o oferecimento de cláusula de Agravo, como opção a Cobertura Parcial Temporária – CPT, sem prejuízo do cumprimento dos prazos de carência.

11.8.1. Na hipótese de Cobertura Parcial Temporária, a CONTRATADA somente poderá suspender a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta tecnologia e os procedimentos de alta complexidade, quando relacionados exclusivamente à Doença ou Lesão Preexistente.

11.9. A opção entre a **Cobertura Parcial Temporária – CPT**, ou **Agravo**, deverá figurar em declaração expressa e específica, que fará parte integrante do presente contrato.

11.10. Nos casos em que a opção seja pelo **Agravo**, o valor correspondente ao agravamento, bem como seu período de vigência, serão previamente informados e será objeto de Termo Aditivo, ficando uma via para cada um dos contratantes.

11.11. Caso sejam identificados indícios de fraude, referente à omissão de conhecimento de doenças e lesões preexistentes por ocasião da contratação ou adesão ao plano, a CONTRATADA comunicará imediatamente ao consumidor beneficiário sendo oferecida a opção de **Cobertura Parcial Temporária – CPT,** facultada à CONTRATADA a opção do **Agravo.** Caso não haja concordância do beneficiário com a alegação, a CONTRATADA encaminhará a documentação pertinente à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, que efetuará o julgamento da alegação de informação de omissão na declaração de saúde. Se solicitado, o beneficiário deverá remeter ao Órgão Regulador toda a documentação necessária para a instrução do processo.

11.12. Caso seja aberto o **Processo Administrativo** junto ao Órgão Regulador (ANS), para julgamento da alegação de informação de omissão de doença ou lesão preexistente, não será permitida, sob qualquer alegação, a negativa de cobertura assistencial, assim como a suspensão ou rescisão unilateral de contrato, até a publicação pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS do encerramento do Processo Administrativo.

11.13. Se comprovada junto à Agência Nacional de Saúde - ANS a omissão de doença ou lesão preexistente, o beneficiário será responsável pelo pagamento das despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão omitida, a partir da data em que tiver recebido comunicado ou notificação da CONTRATADA alegando a existência de doença ou lesão preexistente não declarada.

11.14. A CONTRATADA poderá comprovar o conhecimento prévio do consumidor sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão, durante o período de 24 (vinte e quatro) meses, podendo a omissão dessa informação ser considerada comportamento fraudulento, considerando:

11.14.1. À CONTRATADA caberá o ônus da prova;

11.14.2. A CONTRATADA poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação, dentro dos princípios da ética e legalidade.

Anexo Hospitalar 4 (6844019) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 48

11.15. Não haverá exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de contratação do plano de saúde após 24 (vinte e quatro) meses de vigência da contratação, cabendo à CONTRATADA o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do beneficiário.

11.16. Não haverá suspensão da assistência à saúde do beneficiário, titular ou dependente, até a prova do conhecimento prévio do mesmo.

CLÁUSULA XII - URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

12.1. Das definições legais:

Emergência: atendimentos que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente,com alterações severas dos sinais vitais, caracterizado em declaração do médico assistente.

Urgência: atendimentos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional, ondehaja diminuição do nível de consciência, dificuldade para respirar, dor intensa e alterações dos sinais vitais.

12.2. A cobertura dos procedimentos em situações de emergência ou urgência que implicar em risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis para o beneficiário, incluindo os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional, reger-se-á pela garantia da atenção e atuação no sentido da preservação da vida, órgãos e funções.

12.3. A CONTRATADA garantirá os atendimentos decorrentes de acidentes pessoais, sem restrições, depois de decorridas 24 horas de vigência do contrato.

12.4. A cobertura será prestada por 12 (doze) horas ou, caso surja a necessidade de internação, por período inferior, para:

I - os atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, durante o cumprimento dos períodos de carência;

II - os atendimentos de urgência e emergência, quando efetuados no decorrer dos períodos de carência para internação; e

III - os casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia ou procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças ou lesões preexistentes.

12.5. Após cumpridas as carências, haverá cobertura dos atendimentos de urgência e emergência desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções.

DA REMOÇÃO

12.6. A remoção do paciente será garantida pela CONTRATADA nas seguintes hipóteses:

I - para outra unidade de atendimento da rede do plano, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente; e

II - para uma unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, quando houver o limite de 12 (doze) horas de atendimento, nas hipóteses citadas acima, e este for atingido ou surgir a necessidade de internação.

Da Remoção para o SUS:

12.7. À CONTRATADA caberá o ônus e a responsabilidade da remoção do beneficiário para uma unidade

Anexo Hospitalar 4 (6844019) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 49

do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento.

12.8. Quando não puder haver 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.

12.9. A CONTRATADA deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS.

12.10. Se o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade que, ainda que pertencente ao SUS, não disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento, ficará a CONTRATADA desobrigada da responsabilidademédica e do ônus financeiro da remoção.

Reembolso de despesas nas urgências/emergências:

12.11. Nos casos de urgência e emergência em que o usuário não puder utilizar os serviços próprios ou credenciados indicados na relação fornecida pela HOSPITALAR, dentro da área geográfica de abrangência do plano, serão reembolsadas as despesas cobertas pelo plano contratado.

12.12. O reembolso será efetuado tendo como base os valores vigentes na data de atendimento, de acordo com os seguintes critérios:

a) **Honorários médicos e serviços complementares de diagnóstico e tratamento, serão reembolsados tendo com base o valor do procedimento correspondente na tabela praticada pela CONTRATADA junto à sua rede credenciada, a tabela estará disponível na administração da operadora;**

b) **Despesas hospitalares serão reembolsadas tendo como base a Tabela de procedimentos do Hospital Evangélico de Londrina para categoria CONVÊNIO, até o valor máximo nela constante para o procedimento correspondente ao efetuado ao beneficiário, a tabela estará disponível na administraçãoda operadora;**

c) **Medicamentos e materiais serão reembolsados de acordo com a média de mercado na área de abrangência do plano contratado, á data do atendimento, a tabela estará disponível na administraçãoda operadora.**

12.13. O reembolso será pago no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da apresentação dos seguintes documentos originais que, posteriormente, serão disponibilizados para devolução pelo período de 6 (seis) meses subsequentes ao pagamento, na hipótese do pagamento não ser integral.

12.14. Somente serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao beneficiário, enquanto perdurou o estado de urgência ou emergência. O beneficiário perderá o direito ao reembolso decorridos 90 (noventa) dias contados da data do evento.

12.15. O reembolso será realizado pelos valores apurados na categoria CONVÊNIO, independentemente do atendimento de urgência ou emergência, ter sido efetuado na categoria particular, podendo, em razão disso, haver diferenças entre valor desembolsado pelo contratante e o valor a ser reembolsado pela CONTRATADA. Os valores excedentes aos fixados para categoria CONVÊNIO, serão de INTEIRA RESPONSABILIDADE do contratante independente da caracterização de urgência e emergência.

12.16. Do valor total do reembolso serão deduzidos os percentuais da co-participação, quando for o caso, a que estaria sujeito o Contratante caso fosse utilizada a rede credenciada da CONTRATADA, nos valores e limites previstos neste contrato.

CLÁUSULA XIII - MECANISMO DE REGULAÇÃO

Anexo Hospitalar 4 (6844019) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 50

13.1. Este plano **Não dá Acesso a Livre Escolha de Prestadores Credenciados**. O acesso aos serviços de saúde contratados dar-se-á na modalidade de **PORTA DE ENTRADA, através da APS - ATENÇÃO PERSONALIZADA À SAÚDE**, na **Clínica Multiprofissional do Plano de Saúde Hospitalar**, conforme seus horários e dias de atendimento. **O Acesso aos demais especialistas credenciados dar-se-á por encaminhamento do MÉDICO da APS Clínica Multiprofissional do Plano de Saúde Hospitalar**.

13.2. Nos casos de baixa gravidade e ocorridos fora dos horários de atendimento da Clínica Multiprofissional do Plano de Saúde Hospitalar, serviço APS, o beneficiário deverá dirigir-se o serviço de atendimento do Pronto Atendimento do plano Hospitalar e em casos de Urgência ou Emergência deverá buscar atendimento no Pronto Socorro do Hospital Evangélico de Londrina.
13.3. Os beneficiários obrigam-se a fornecer ao prestador do serviço, o Cartão de Identificação de Beneficiário dentro do prazo de validade, emitido pela CONTRATADA, documento de identidade e/ou caso exista, permitira identificação por tecnologia digital.

13.4. As internações hospitalares serão processadas mediante Guia de Internação, solicitadas pelo médico assistente em favor do beneficiário, que será disponibilizada para análise da CONTRATADA para concessão de sua autorização.

13.5. O prazo de internação, fixado pela CONTRATADA, constará da guia expedida e corresponderá à média de dias utilizados para casos idênticos, ou ainda, contemplará aquele definido pelo médico assistente.

Excetuando-se os casos de urgência e emergência, **os demais serviços serão prestados**
13.6. mediante autorização prévia da CONTRATADA;

13.6.1. Nos casos de urgência ou emergência, o beneficiário, ou quem por ele responda, terá até o segundo dia útil, subsequente à data do evento, para **providenciar a respectiva autorização do procedimento,** mediante solicitação devidamente fundamentada, carimbada e assinada pelo médico assistente;

13.6.2. Consultas Médicas: Os beneficiários devem observar a modalidade de acesso às coberturas pelo processo de **PORTA DE ENTRADA** para atendimento médico na **Clínica Multiprofissional do Plano de Saúde Hospitalar, serviço de Atenção Primária à Saúde (APS),** unidade que é referência da CONTRATADA, observados seus horários de funcionamento. **O acesso aos demais prestadores credenciados dar-se-á por encaminhamento do MÉDICO da APS.**

13.6.3. Exames Complementares de Diagnóstico e Tratamento: poderão ser solicitados pelo médico assistente e serão realizados, após a autorização prévia da **CONTRATADA. A solicitação para autorização deverá ocorrer na Clínica Multiprofissional do Plano de Saúde Hospitalar de modo presencial ou por meios de atendimento à distância, como por aplicativos ou outros canais que estiverem disponíveis. Somente após a autorização o beneficiário poderá prosseguir aos prestadores credenciados para realizar os exames.**

13.6.4. Serviços Multiprofissionais/Terapias: poderão ser solicitados pelo médico assistente e serão realizados, após a autorização prévia da **CONTRATADA. A solicitação para autorização deverá ocorrer na Clínica Multiprofissional do Plano de Saúde Hospitalar de modo presencial ou por meios de atendimento à distância, como por aplicativos ou outros canais que estiverem disponíveis. Somente após a autorização o beneficiário poderá prosseguir aos prestadores credenciados para realizar as consultas/sessões.**

13.6.5. Tratamentos ambulatoriais: poderão ser solicitados pelo médico assistente e serão realizados, após a autorização prévia da **CONTRATADA. A solicitação para autorização deverá ocorrer na Clínica Multiprofissional do Plano de Saúde Hospitalar de modo presencial ou por meios de atendimento à distância, como por aplicativos ou outros canais que estiverem disponíveis. Somente após a autorização o beneficiário poderá prosseguir aos prestadores credenciados para realizar os tratamentos.**

Anexo Hospitalar 4 (6844019) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 51

13.6.6. Internações Hospitalares: As internações hospitalares serão processadas mediante Guia de Internação, solicitadas pelo médico assistente e serão realizadas, após a autorização prévia da CONTRATADA. **A solicitação para autorização deverá ocorrer na Clínica Multiprofissional do Plano de Saúde Hospitalar de modo presencial ou por meios de atendimento à distância, como por aplicativos ou outros canais que estiverem disponíveis. Somente após a autorização o beneficiário poderá prosseguir aos prestadores credenciados para realizar a internação.**

13.6.7. Haverá tolerância para os casos de comprovada impossibilidade de cumprimento do prazo acima disposto;

13.6.8. Nos procedimentos que exigem autorização prévia, a CONTRATADA providenciará a autorização para o procedimento em no máximo estipulados pela legislação vigente editadas pela Agência Nacional de Saúde, a partir do protocolo da solicitação ou, em prazo inferior quando caracterizado caso de urgência e/ou emergência.

13.7. Nos casos de transferência para leitos de alta tecnologia, eventos cirúrgicos em beneficiários internados para tratamento clínico e realização de procedimentos de alta complexidade será necessária a autorização prévia pela CONTRATADA, mesmo que o paciente já se encontre internado, salvo nas urgências e/ou emergências intercorrentes, quando então poderá ser solicitada posteriormente, no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas.

13.7.1. A inobservância dos prazos acima, caso não haja justificativa plausível, reserva à CONTRATADA o direito de não se responsabilizar pelo pagamento das despesas decorrentes.

13.8. As despesas extraordinárias realizadas pelo paciente e/ou acompanhante, não relacionadas diretamente com o tratamento, serão de sua inteira responsabilidade, sendo pagas diretamente à entidade hospitalar.

13.8.1. São consideradas como despesas extraordinárias: medicamentos não prescritos pelo médico assistente, produtos de toalete e higiene pessoal e alimentos que não sejam servidos pela instituição;

13.9. Comprovada a indevida utilização de serviços, estes serão de responsabilidade exclusiva do CONTRATANTE, ainda que o ato tenha sido praticado sem o seu conhecimento, ficando estabelecido que os comprovantes das despesas decorrentes deste fato poderão constituir dívida líquida, certa e exigível, caracterizando título extrajudicial capaz de autorizar o seu protesto ou a sua execução judicial.

13.10. Os serviços serão prestados por intermédio do médico assistente e de rede própria ou contratada, básica ou especializada, direta ou indiretamente, de acordo com a área geográfica do contrato.

13.11. No ato da contratação será entregue ao CONTRATANTE o **Guia de Serviços de Saúde**, editado pela CONTRATADA, informando a relação de seus prestadores, médicos credenciados, hospitais e clínicas, devendo, entretanto, o beneficiário, ao utilizar-se dos serviços, confirmar as informações pelo site da CONTRATADA, em razão do processo dinâmico do quadro da rede contratada e/ou credenciada, direta e indiretamente, de acordo com a área de abrangência contratada. **Ressalta-se que o acesso à rede prestadora do plano SOMENTE OCORRERÁ APÓS AUTORIZAÇÃO PRÉVIA.**

13.12. A CONTRATADA reserva-se no direito de rescindir o contrato com qualquer participante da sua rede assistencial, bem como de contratar novos serviços, a seu exclusivo critério, sempre mantendo a qualidade da prestação dos serviços previstos neste instrumento.

13.12.1. As alterações da rede hospitalar cumprirão o disposto no art. 17 da Lei n°. 9.656/98 ou seja, as substituições serão comunicadas aos CONTRATANTES e à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS com antecedência de 30 (trinta) dias. A redução de serviços hospitalares, com propósito de

Anexo Hospitalar 4 (6844019) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 52

redimensionamento da rede, somente ocorrerá mediante prévia solicitação e autorização expressa da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e também, será informado ao CONTRATANTE.

13.13. Havendo utilização nos eventos abaixo será devida participação do beneficiário no custeio da despesa assistencial, através dos mecanismos de co-participação, de acordo com o que segue:

13.14. Os valores das despesas decorrentes da utilização dos procedimentos constantes na cobertura ambulatorial serão cobrados **50% (cinquenta por cento)** tendo como base a **tabela referência da operadora**, e a tabela estará disponível na administração da operadora, até os limites máximos de co-participação de **R$ 60,00 (sessenta reais) por procedimento classificado no Grupo 1** ou de **R$ 120,00 (cento e vinte reais) por procedimento classificado no Grupo 2**, conforme tabela Grupos_Coparticipação definida pela Operadora.

13.15. O reajuste dos valores dos limites máximos de co-particapação acima descritos, serão realizados anualmente no mesmo mês e com o mesmo índice autorizado para reajuste da taxa de manutenção do presente contrato.

13.16. Fica estabelecido que é devida a co-participação em todos os procedimentos constantes da cobertura Ambulatorial.

13.17. As internações de beneficiários **portadores de transtornos psiquiátricos** estão sujeitas à co-participação pecuniária no total das despesas, a partir do 31° (trigésimo primeiro) dia de internação, de acordo com o número de dias de internação, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, para o respectivo paciente.

13.17.1 Portanto haverá o custeio parcial, a partir do 31° (trigésimo primeiro) dia de internação, por ano de contrato, não cumulativos, contínuos ou não, em hospital psiquiátrico ou em unidade enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise, através de co-participação de 50% (cinquenta por cento) observados o tetos estabelecidos nos normativos vigentes à época e não podendo caracterizar o financiamento integral da internação.

13.17.1.1. Os percentuais e valores estabelecidos neste contrato serão calculados sobre os valores fixados na **Tabela Referencial da CONTRATADA** e respeitarão os tetos estipulados nos normativos editados pela ANS vigentes à época;

13.17.1.2. O montante devido da co-participação integrará as contraprestações subsequentes ao mês do evento, porém, será discriminado.

13.18. A CONTRATADA fornecerá, sempre que solicitado pelo beneficiário, laudo circunstanciado, bem como cópia de toda a documentação relativa às questões de impasse que possam surgir no curso do contrato, decorrente da utilização dos mecanismos de regulação.

13.19. Para as situações que implicarem em divergências nas regras de regulação, fica assegurado o atendimento ao beneficiário por profissional técnico, no prazo máximo de 1 (um) dia útil, a partir do momento da solicitação ou em prazo inferior quando caracterizada a urgência.

13.20. Nas situações de divergências a respeito de autorização prévia, a definição do impasse será feita através de Junta constituída pelo médico solicitante ou nomeado pelo beneficiário, por médico auditor da CONTRATADA e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais anteriores, cuja remuneração ficará a cargo da CONTRATADA.

CLÁUSULA XIV - FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

14.1. Para efeitos deste contrato, os valores previstos para contraprestação serão de forma PRÉ-

Anexo Hospitalar 4 (6844019) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 53

ESTABELECIDA.

14.2. Como contraprestação mensal, os valores estão expressos na tabela comercial constante do **ANEXO I**, parte integrante deste instrumento, de acordo com a idade de cada beneficiário.

14.2.1 Todos os pagamentos serão realizados diretamente à CONTRATADA, por meio de boleto bancário, não tendo o profissional médico ou qualquer outro prestador, autorização para recebimento ou negociação de valores em nome da CONTRATADA.

14.2.2. Eventuais valores de co-participação em internações decorrentes de transtornos psiquiátricos deverãoser liquidados da mesma forma que as mensalidades, pois delas farão parte, e serão cobrados subsequentes aomês do atendimento.

14.3. Quando a data de vencimento cair em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser realizado até o primeiro dia útil subsequente.

14.4. Se o CONTRATANTE não receber o documento que possibilite realizar o pagamento de sua obrigação, até 05 (cinco) dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente na sede da CONTRATADA ou por meio do site www.planohospitalar.com.br, para que não se sujeite às consequências da mora.

14.5. Ocorrendo impontualidade no pagamento da mensalidade, serão cobrados juros de mora de 1% (um porcento), além de multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado, e ainda, conformeo caso, cobrança judicial, ressarcimento por perdas e danos, honorários advocatícios e reembolso de custas judiciais, sem prejuízo do direito da CONTRATADA inscrever o nome do inadimplente nos cadastros de restrição ao crédito (SPC e SERASA) e ou protestar o contrato.

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

14.7. O pagamento da contraprestação pecuniária referente a um determinado mês não implica na quitação de débitos anteriores.

CLÁUSULA XV – REAJUSTE

15.1. O reajuste ocorrerá anualmente, a partir da data de aniversário do contrato, sendo que índice de reajuste a ser aplicado nas contraprestações, e nos valores de co-participação deste contrato está sujeito à obediência ao índice autorizativo da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS (Órgão Regulador).

15.2. Caso nova legislação venha a autorizar o reajustamento em período inferior a 12 (doze) meses, a mesma terá aplicação imediata sobre este contrato.

15.3. Fica estabelecido que os valores relativos às inclusões de dependentes terão o primeiro reajuste integral, independentemente da variação da faixa etária, na data de aniversário de vigência do presente contrato e mediante autorização da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, entendendo-se como data base única, independente da data de inclusão do beneficiário dependente.

CLÁUSULA XVI - FAIXAS ETÁRIAS

16.1. As mensalidades são estabelecidas de acordo com a faixa etária em que cada beneficiário inscrito esteja enquadrado. Ocorrendo alteração na idade de qualquer dos beneficiários que importe em deslocamento para a faixa etária superior, a contraprestação pecuniária será aumentada automaticamente, no mês seguinte ao do aniversário do beneficiário.

16.2. As faixas etárias para os fins deste contrato são:

Anexo Hospitalar 4 (6844019) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 54

1ª FAIXA Até 18 (dezoito) anos
2ª FAIXA 19 a 23 (dezenove a vinte e três) anos
3ª FAIXA 24 a 28 (vinte e quatro a vinte e oito) anos
4ª FAIXA 29 a 33 (vinte e nove a trinta e três) anos
5ª FAIXA 34 a 38 (trinta e quatro a trinta e oito) anos
6ª FAIXA 39 a 43 (trinta e nove a quarenta e três) anos
7ª FAIXA 44 a 48 (quarenta e quatro a quarenta e oito) anos
8ª FAIXA 49 a 53 (quarenta e nove a cinquenta e três) anos
9ª FAIXA 54 a 58 (cinquenta e quatro a cinquenta e oito) anos
10ª FAIXA A partir de 59 (cinquenta e nove) anos

16.3 Variação do valor da mensalidade em decorrência da mudança de faixa etária corresponderá aos percentuais abaixo, que incidirão sobre o preço então pago na faixa etária anterior, **e não se confundem** com o reajustamento pela variação de custo (mensalidades):
MUDANÇA DE FAIXAS REAJUSTE (%)

Da 1ª para 2ª Faixa 25%
Da 2ª para 3ª Faixa 30%
Da 3ª para 4ª Faixa 10%
Da 4ª para 5ª Faixa 5%
Da 5ª para 6ª Faixa 10%
Da 6ª para 7ª Faixa 15%
Da 7ª para 8ª Faixa 25%
Da 8ª para 9ª Faixa 30%
Da 9ª para 10ª Faixa 30%

16.4. Os beneficiários com **mais de 59 (cinquenta e nove) anos de idade** não sofrerão reajustes por mudança de faixa etária, mas permanecerão os reajustes anuais, ou conforme determinar a legislação pertinente, pela variação de custo.

16.5. Os percentuais de variação entre cada faixa etária sempre observará os valores fixados para a última faixa que não poderá ser superior a 6 (seis) vezes o valor da primeira faixa e, a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

CLÁUSULA XVII – BÔNUS E DESCONTOS

17.1. O CONTRATANTE/TITULAR obriga-se ao pré pagamento mensal para a CONTRATADA, por si e para cada um dos seus dependentes inscritos, de acordo com a faixa etária estabelecida na cláusula 16.3, dos valores vigentes à época da contratação,constantes na proposta de adesão, para efeito de mensalidade e agravos por doenças e lesões pré existentes, obedecida a seguinte tabela de descontos e de acordo com a inscrição e permanência do número de usuários no plano:

Quantidade Usuários por Contrato	Desconto
2 usuários	**2,5%**
3 usuários	**3,0%**
4 usuários ou mais	**3,5%**

17.2. Ocorrendo inclusões, dentro das regras estipuladas nas cláusula 6, promovendo acréscimo no número de usuários resultando mudança de faixa etária de desconto, o valor da mensalidades será automaticamente adequado à tabela de desconto, observando o número total de usuários, que somente será admitida por falecimento, separação judicial comprovada, ou perda da condição de dependentes referenciada na clausula 6, **em sendo reduzido o número total de beneficiário integrantes do plano, resultando mudança para outra faixa de desconto, o valor da mensalidade será automaticamente adequado à tabela de desconto**

Anexo Hospitalar 4 (6844019) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 55

correspondente.

CLÁUSULA XVIII – DAS CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

18.1. Perderá a condição de beneficiário e será excluído do plano:

18.1.1. O beneficiário titular que solicitar por escrito sua exclusão, ou do(s) seu(s) dependente(s);

18.1.2. O beneficiário dependente que por qualquer motivo deixar de atender as condições exigidas para sua inscrição, sendo:

18.1.2.1. Perda da condição de cônjuge ou convivente;

18.1.2.2. Aquisição da maioridade;

18.1.2.3. Perda da condição de dependência econômica;

18.1.2.4. Infrações ou fraudes com o objetivo de obter vantagens ilícitas;

18.1.2.5 Perda por morte.

18.1.3. As perdas da condição de dependência nos itens deve ser comunicado pelo titular, em até 30 dias do evento que ocasionou a perda, sob pena de em não o fazendo ser devido pelo titular o valor equivalente a um novo contrato similar ao presente.

18.2. A extinção do vínculo do beneficiário titular do plano, salvo nas hipóteses da inadimplência ou fraude comprovada, não se extingue o presente contrato, sendo assegurada a manutenção das condições contratuais aos seus dependentes, com a consequente assunção das obrigações decorrentes. Para tanto, será formalizado instrumento contratual específico de assunção das obrigações decorrentes.

18.3. Ocorrendo a perda da condição de beneficiário nas condições previstas no item 18.1.2. acima, o beneficiário poderá contratar plano na modalidade Individual ou familiar com esta CONTRATADA em até 30 (trinta) dias, contados da data em que ocorreu a referida perda, aproveitando os períodos de carências já cumpridas;

18.4. Por ocasião de nova contratação, observar-se-ão os valores de comercialização da tabela vigente na data da adesão ao plano contratado.

CLÁUSULA XIX - RESCISÃO/SUSPENSÃO

19.1. Será considerado rescindido este contrato se houver atraso no pagamento da contraprestação por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência, desde que o CONTRATANTE tenha sido notificado até o 50° (quinquagésimo) dia de inadimplência, sem prejuízo do direito da CONTRATADA requerer judicialmente a quitação dos valores devidos, com suas consequências moratórias.

19.1.1. Permitida a redução do período de inadimplência pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, haverá imediata aplicação pela CONTRATADA do novo normativo ao presente instrumento.

19.1.2. O Titular outorga poderes expressos para qualquer com seus dependentes, podendo retirar cada um suas próprias guias, bem como poderes para qualquer beneficiário dependente possa assinar cobrança, aviso e suspensão e cancelamento do contrato.

19.1.3 No caso de inadimplemento de obrigações de natureza financeira do TITULAR, a CONTRATADA poderá, após 10 dias com prévia notificação ao TITULAR, fazer o registro desse fato no sistema de proteção ao crédito (SERASA,SPC)/ ou protestar o contrato. E após o

Anexo Hospitalar 4 (6844019) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 56

reconhecimento do pagamento pela CONTRATADA,terá 5 dias úteis para retirada da inscrição do CONTRATANTE,do Sistema de Proteção ao Crédito.

19.2. Rescinde-se também o presente contrato, quando da comprovação de comportamento fraudulento, como:

19.2.1. Qualquer ato ilícito praticado pelo beneficiário titular, ou seu(s) dependente(s), na utilização do objeto deste instrumento;

19.2.2. Utilização indevida da carteira de identidade do beneficiário titular ou seu(s) dependente(s), assim entendido, também, a sua utilização por terceiros;

19.2.3. Omissão ou distorção de informações pelo beneficiário titular ou seu(s) dependente(s) em prejuízo da CONTRATADA, neste caso mediante autorização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

19.3. As hipóteses constantes dos itens 19.1. e 19.2. acima, extinguem o contrato de pleno direito, acarretando a imediata exclusão do(s) beneficiário(s) dependente(s).

19.4. Quando ocorrer rescisão antes do término deste contrato, será cobrada multa de 50% (cinquenta por cento) sobre os valores das mensalidades restantes para se completar a primeira vigência.

19.4.1. O contrato renovado por prazo indeterminado poderá ser denunciado pelo CONTRATANTE, por escrito, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, sem ônus da multa;

19.4.2. A falta de comunicação, nos termos deste artigo, implica na manutenção das obrigações contratuais assumidas.

19.4.3. Durante o prazo de denúncia não será admitida inclusão ou exclusão de beneficiários dependentes.

19.5. Fica vedada a rescisão ou suspensão unilateral do contrato, em qualquer hipótese, durante a ocorrência de internação hospitalar do beneficiário titular.

DAS OUTRAS DISPOSIÇÕES:

1. Por convenção, adotou-se neste contrato o gênero masculino quando há referência ao(à) CONTRATANTE, aos(às) beneficiários(as), aos(às) filhos(as), aos(às) menores, dentre outros.

2. A CONTRATADA não terá responsabilidade pelo pagamento nas seguintes condições:

a) Por qualquer acordo ajustado particularmente pelos beneficiários com quaisquer prestadores. Tais despesas e riscos correm por conta exclusiva do CONTRATANTE;

b) Pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa da pactuada, tais como, dentro do período de cumprimento de carência, após o término da relação contratual e fraude;

c) Na hipótese do beneficiário optar por acomodação hospitalar superior àquela contratada deverá arcar com a diferença de preço, inclusive de honorários dos profissionais, conforme negociação direta com o hospital, médicos e demais prestadores do atendimento;

d) A utilização dos serviços contratados, durante o período de suspensão ou de carência, neste último caso, ressalvadas as especificidades dos casos de urgências ou emergências é de responsabilidade do CONTRATANTE/beneficiário.

3. É obrigação do CONTRATANTE, na hipótese de rescisão, resolução ou resilição deste contrato, ou ainda, de exclusão de beneficiário, devolver os respectivos cartões de identificação e quaisquer outros documentos porventura fornecidos pela CONTRATADA, respondendo, sempre, sob todos os aspectos, pelos prejuízos resultantes do uso indevido desses documentos, restando isenta, neste caso, de qualquer responsabilidade, a CONTRATADA, a partir da exclusão do beneficiário, rescisão, resolução ou resilição do presente.

Anexo Hospitalar 4 (6844019) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 57

3.1. Considera-se uso indevido a utilização desses documentos para obter atendimento, mesmo que na forma contratada, pelos beneficiários que perderam essa condição, por exclusão ou término do contrato, ou, em qualquer hipótese, por terceiros não beneficiários;

3.2. O uso indevido e COMPROVADO do cartão de identificação, de qualquer beneficiário, a critério da CONTRATADA, ensejará pedido de indenização por perdas e danos, bem como a exclusão do respectivo titular e seus dependentes.

4. Ocorrendo a perda ou extravio de quaisquer documentos, o CONTRATANTE deverá comunicar, por escrito, o fato à CONTRATADA, para cancelamento ou, quando for o caso, emissão de segunda via. O cancelamento só terá validade quando recebido por escrito, pela CONTRATADA.

5. Os beneficiários com mais de 60 (sessenta) anos de idade, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até 5 (cinco) anos têm privilégio na marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos.

6. O CONTRATANTE reconhece como dívida líquida e certa, em favor da CONTRATADA, quaisquer despesas decorrentes de atendimento prestado a ele, seus dependentes e agregados, cessadas as responsabilidades da CONTRATADA, independentemente da data de início do tratamento, bem como aquelas coberturas deferidas liminar ou cautelarmente em procedimento judicial, e posteriormente revogadas ou decididas em contrário, e ainda, os procedimentos não cobertos explicitamente por este instrumento.

7. A inserção de mensagens no recibo de cobrança das mensalidades valerá como advertência/notificação ao CONTRATANTE, para todos os efeitos deste contrato, a partir da data do respectivo pagamento, exceto na hipótese de rescisão de contrato, por inadimplência, quando então haverá NOTIFICAÇÃO ESPECÍFICA, até o 50° (quinquagésimo) dia de inadimplemento, consecutivos ou não.

8. Qualquer tolerância não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

9. Poderá a CONTRATADA exigir documentação comprobatória das declarações do CONTRATANTE.

10. O CONTRATANTE, por si, seus dependentes e agregados, autoriza a CONTRATADA a obter o diagnóstico médico sempre que necessário, tanto para fins de reembolso como para fins de informações médicas. Ficam desde já autorizadas essas informações, que serão prestadas pelos médicos assistentes, ou pelos serviços credenciados, que se utilizarão da codificação expressa na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a Saúde - CID, da Organização Mundial de Saúde, 10ª (décima) revisão, ou fornecerão relatórios médicos detalhados.

11. Integram este contrato, para todos os fins de direito, a Proposta de Adesão, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde - MPS, o Guia de Leitura Contratual - GLC, a Declaração de Saúde, Termo de Oferecimento do Plano Referência, Guia Médico e demais anexos firmados pelos contraentes.

12. Toda e qualquer concessão pela CONTRATADA, fora do pactuado pelo presente instrumento, implicará em mera liberalidade.

13. Este contrato foi elaborado levando-se em consideração a legislação vigente nesta data. Assim, qualquer alteração das normas que implique em necessária modificação do que aqui foi avençado, sujeitará a novo ajuste das condições, inclusive com possíveis reflexos na contraprestação, desde que autorizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

Anexo Hospitalar 4 (6844019) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 58

PLANO DE SAÚDE Hospitalar

CLÁUSULA XX - ELEIÇÃO DE FORO

20.1. Fica eleito o foro do domicílio do CONTRATANTE para dirimir qualquer demanda sobre o presente contrato, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

20.2. E por estarem assim justos e acordados, assinam o presente Contrato em duas vias, de igual teor, na presença de duas testemunhas, sendo rubricadas pelas partes todas as suas folhas.

Londrina,_____de_____de _____

CONTRATANTE

Nome:

CPF: RG:

_____

Assinatura do Contratante/Titular

CONTRATADA

Associação Evangélica Beneficente de Londrina

CNPJ: 78613841/0001-61

_____

Assinatura da Contratada/AEBEL

TESTEMUNHA

Nome:

CPF: RG:

_____

Assinatura da Testemunha

TESTEMUNHA

Nome:

CPF: RG:

_____

Assinatura da Testemunha

Anexo Hospitalar 4 (6844019) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 59

CLÁUSULA XXI - DISPOSIÇÕES GERAIS

DAS DEFINIÇÕES:

Para os efeitos deste contrato, são adotadas as seguintes definições:

1. Acidente Pessoal - é o evento exclusivo, com data caracterizada, diretamente externo, súbito, imprevisível, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico.

2. Agravo - É o acréscimo no valor da contraprestação pecuniária mensal do plano oferecida ao CONTRATANTE/ TITULAR como alternativa à adoção de cláusula de Cobertura Parcial Temporária

3. Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS - autarquia sob o regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde.

4. Atendimento Ambulatorial - é aquele executado no âmbito do ambulatório, incluindo a realização de curativos, pequenas cirurgias, primeiros socorros e outros procedimentos que não exijam uma estrutura mais complexa para o atendimento.

5. Atendimento Hospitalar – É o atendimento que se limita aos serviços executados em hospitais e pronto-socorro, não incluindo atendimentos ambulatoriais para fins de diagnóstico, terapia ou recuperação, mesmo que complementar a uma internação.

6. Beneficiário - é a pessoa física que usufruirá dos serviços ora pactuados, seja na qualidade de titular ou dependente.

7. Cálculo Atuarial - é o cálculo estatístico com base em análise de informações sobre a frequencia de utilização, peculiaridades do beneficiário, tipo de procedimento, com vistas à manutenção do equilíbrio financeiro do plano e o cálculo das contraprestações.

8. Carência - é o prazo ininterrupto, contado a partir do início de vigência do contrato ou da data das novas inscrições, durante o qual os beneficiários não têm direito às coberturas contratadas.

9. Cartão Individual de Identificação - é a cédula onde se determina a identidade do beneficiário (nome, idade, código de inscrição na operadora, dentre outras informações.) e é, também, o comprovante de sua inscrição no plano.

10. CID-10 - é a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10ª revisão. **IMPORTANTE:** os procedimentos cobertos por este contrato são somente aqueles relacionados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde divulgado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e suas atualizações, de acordo com a segmentação assistencial.

11. Cobertura Parcial Temporária - É aquela que admite,num prazo determinado, a suspensão da cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta complexidade, relacionada ás doenças e lesões pré existentes.

12. Cobertura - é a assistência à saúde contratada e que o beneficiário terá direito.

13. Consulta - é o ato realizado pelo médico ou dentista, conforme o caso, que avalia as condições clínicas do beneficiário.

14. Contratada - é a OPERADORA de planos privados de assistência à saúde, que se obriga a garantir a prestação de serviços de assistência à saúde aos beneficiários do plano ora convencionado, nos termos deste instrumento,

Anexo Hospitalar 4 (6844019) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 60

através de seus médicos contratados e de rede própria, ou por ela contratada.

15. Contratante - é a pessoa física, qualificada na Proposta de Adesão em anexo, que contrata a prestação de serviços de assistência à saúde para si ou seu(s) dependente(s).

16. Contrato Individual ou Familiar - é um contrato de livre adesão de beneficiários, pessoas naturais, com ou sem grupo familiar.

17. Convivente - é a pessoa que vive em união estável com outrem em intimidade, com cunho de constituição de família, de forma pública.

18. Co-Participação - é o montante em termos percentuais ou valores monetários, para cada procedimento realizado, que, quando ocorrer, constituir-se-á parte integrante da contraprestação.

19. Doença - é o processo mórbido definido, tendo um conjunto característico de sintomas e sinais, que leva o indivíduo a tratamento médico.

20. Doença ou Lesões Pré Existente - Doença ou lesões adquirida pelo usuário antes da sua inscrição no contrato

21. Eletivo - é o termo usado para designar procedimentos médicos não considerados de urgência ou emergência.

22. Emergência - atendimentos que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, com alterações severas dos sinais vitais, caracterizado em declaração do médico assistente.

23. Entrevista qualificada – Quando o CONTRANTE/TITULAR, com auxílio do médico, afim de responder aos requisitos pertinentes a si e seus dependentes, referente às condições de saúde e doenças que tenha tido e que tenha conhecimento, antes do momento da contratação do plano.

24. Evento - é o conjunto de ocorrências ou serviços de assistência médica ou hospitalar coberto por este contrato.

25. Exame - é o procedimento complementar solicitado pelo médico assistente, que possibilita uma investigação diagnóstica, para melhor avaliar as condições clínicas do beneficiário.

26. Exame Pericial de Admissão - é o ato médico (e demais procedimentos) executado por profissional indicado pela CONTRATADA cuja finalidade é identificar doença e lesão que o beneficiário seja portador antes da contratação.

27. Guia de Serviços de Saúde - é a relação dos serviços próprios e contratados pela CONTRATADA.

28. Hospital de Categoria Diferenciada - é aquele hospital que utiliza sua própria lista de preços e procedimentos, não se sujeitando a Tabela de Referência de terceiros.

29. Inscrição - é o ato de incluir um beneficiário no plano.

30. Internação Hospitalar - é quando o beneficiário fica sob os cuidados médicos em um estabelecimento hospitalar.

31. Mensalidade ou Contraprestação - é a quantia a ser paga mensalmente à CONTRATADA, em face das coberturas previstas no contrato, ou sua mera disponibilidade.

32. Leitos de alta tecnologia - UTI, semi-intensivo; unidades coronarianas e unidades de tratamento para queimados e definidos pela portaria GM nº 3432,de 12.08.98 do ministério da saúde

33. Medicamentos /Material importado nacionalizado - entende-se o produto com matéria-prima importada, que esteja devidamente registrado no ministério da saúde, manipulado e envasado no Brasil, com protocolo

Anexo Hospitalar 4 (6844019) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 61

e diretriz de prescrição devidamente homologada pela sociedade médica brasileira da especialidade, e assim normatizado.

34. Operadora de Planos de Saúde (OPS) - empresa legalmente constituída, devidamente registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS que comercializa planos de assistência à saúde, de acordo com os dispositivos da Lei 9.656/98.

35. Órtese - refere-se unicamente aos aparelhos ou dispositivos ortopédicos de uso provisório, destinados a alinhar, prevenir ou corrigir deformidades ou melhorar a função das partes móveis do corpo, podendo, ou não, ser retirado posteriormente. (Ex: pinos e placas metálicas, lentes oculares) dentre outros em relação especifica cujo ROL atualizado no site da ANS www.ans.gov.br

36. Patologia - modificações funcionais produzidas pela doença no organismo.

37. Plano - é a opção de coberturas adquirida pelo CONTRATANTE.

38. Preposto - é o representante que poderá em nome da CONTRATADA, comercializar ou gerenciar o Plano de Saúde.

39. Primeiros Socorros - é o conjunto de procedimentos que constitui o primeiro atendimento realizado nos casos de urgência ou emergência.

40. Procedimentos de Alta Complexidade - são aqueles listados em norma da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, consistindo nos únicos procedimentos que, quando referentes à doença ou lesão preexistente, poderão constar de cláusula contratual específica e ter sua cobertura suspensa pelo prazo de até 24 (vinte e quatro) meses.

41. Proposta de Adesão - é o documento preenchido pelo CONTRATANTE que expressa a constituição jurídica entre as partes e firma as condições do contrato.

42. Prótese - é a peça artificial empregada em atos cirúrgicos, em substituição parcial ou total de um órgão ou membro, reproduzindo sua forma e/ou sua função. (Ex: Stent, marca passo) dentre outros em relação especifica cujo ROL atualizado no site da ANS www.ans.gov.br

43. Recursos ou Serviços Contratados, Credenciados ou Referenciados - são aqueles colocados à disposição do beneficiário pela CONTRATADA, para atendimento médico-hospitalar.

44. Recursos Próprios ou Rede Própria hospitalar – todo recurso físico hospitalar de propriedade da CONTRATADA:

a) médica: constituída por profissional credenciado/contratado da CONTRATADA.

45. Rol de Procedimentos - é a lista editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, que referencia os procedimentos básicos obrigatórios, individualizados para as segmentações especificadas (ambulatorial, hospitalar, hospitalar com obstetrícia, odontológica e referência), encontra-se disponível no site www.ans.gov.br.

46. Urgência - atendimentos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional, onde haja diminuição do nível de consciência, dificuldade para respirar, dor intensa e alterações dos sinais vitais.

Anexo Hospitalar 4 (6844019) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 62

AEBEL

ASSOCIAÇÃO EVANGÉLICA
BENEFICENTE DE LONDRINA

PLANO DE SAÚDE Hospitalar

Hospital Evangélico DE LONDRINA

CEMITÉRIO PARQUE DAS OLIVEIRAS

PLANO DE SAÚDE
Hospitalar

R. Senador Souza Naves, 1922
86010-020 • Londrina • PR
T. 43 3315.1900 • www.planohospitalar.com.br

ANS 32675-5

Contrato Particular de Prestação de Serviços Médicos, Hospitalares, Serviço de Diagnóstico e Terapia.
Categoria: Individual/Familiar
Nome Comercial: APS Vida Plus50
Segmentação: Ambulatorial + Hospitalar SEM Obstetrícia
Acomodação: Apartamento
Modalidade: Co-participação de 50%
Abrangência: Municipal
Registro na Agência Nacional de Saúde: 489.306.21-9

TABELA DE VALORES

PLANO APS VIDA PLUS 50% ACOMODAÇÃO APARTAMENTO SEM OBSTETRÍCIA	
FX ETÁRIA	TITULAR
00 A 18	R$ 125,31
19 A 23	R$ 156,64
24 A 28	R$ 203,63
29 A 33	R$ 223,99
34 A 38	R$ 235,19
39 A 43	R$ 258,71
44 A 48	R$ 297,52
49 A 53	R$ 371,90
54 A 58	R$ 483,46
59 OU +	R$ 628,50

O CONTRATANTE/TITULAR obriga-se ao pré pagamento mensal para a CONTRATADA,por si e para cada um dos seus dependentes inscritos,de acordo com a faixa etária estabelecida na cláusula 16.3,dos valores vigentes à época da contratação,constantes na proposta de adesão,para efeito de mensalidade e agravos por doenças e lesões pré existentes,obedecida a seguinte tabela de descontos e de acordo com a inscrição e permanência do número de usuários no plano:

Quantidade Usuários por Contrato	Desconto
2 usuários	2,5%
3 usuários	3,0%
4 usuários ou mais	3,5%

Ocorrendo inclusões, dentro das regras estipuladas nas cláusula 6,promovendo acréscimo no número de usuários resultando mudança de faixa etária de desconto,o valor da mensalidades será automaticamente adequado à tabela de desconto,observando o número total de usuários,que somente será admitida por falecimento,separação judicial comprovada,ou perda da condição de dependentes referenciada na clausula 6,em sendo reduzido o número total de beneficiário integrantes do plano para menos de três,resultando mudança para outra faixa de desconto,o valor da mensalidade será automaticamente adequado à tabela de desconto correspondente.

PLANO DE SAÚDE

Hospitalar

CONTRATO

PLANO APS Vida Plus 50

ANS 32675-5

Com menos do que você imagina,
você conta com as vantagens exclusivas do plano de saúde mais completo de Londrina para proteger a sua família.

Há mais de 50 anos o Plano de Saúde Hospitalar é especialista em cuidar dos norte-paranaenses, garantindo qualidade e eficiência nos serviços oferecidos. Nossa missão é levar mais saúde aos paranaenses pelo melhor preço, garantindo um atendimento de qualidade sempre que você precisar. Confira todas as nosas vantagens e cuide da sua família por valores que cabem no seu bolso!

- Hospital próprio, o maior e melhor da região
- Pronto-Socorro e Pronto-Atendimento funcionando 24h
- Ambulância com UTI móvel 24h
- Telemedicina via App Clic.digital
- Descontos em farmácias credenciadas
- Clínica Multiprofissional
- Clínica de Vacinas
- Mais de 500 médicos, clínicas e laboratórios
- Serviço de internação domiciliar
- Atendimento nacional de urgência e emergência por meio da ABRAMGE

A FACILIDADE DE UM PLANO DE SAÚDE DIGITAL!

- APP HOSPITALAR
- APP CLIC.DIGITAL TELEMEDICINA
- PLANOHOSPITALAR.COM.BR
- WHATSAPP ASSISTENTE VIRTUAL

Além de todos os benefícios,
o Plano de Saúde Hospitalar oferece cobertura total para todos os procedimentos exigidos pela ANS em um hospital próprio e reconhecido com Selo de Excelência ONA Nível III.

- ✔Consultas e exames
- ✔Internação e cirurgias
- ✔Parto e Cesárea
- ✔Urgências e emergências

Hospital Evangélico de Londrina

Sumário

CLÁUSULA I - QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA 4
CLÁUSULA II – LOCAL DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS 4
CLÁUSULA III -PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO 4
CLÁUSULA IV- FORMAÇÃO DO PREÇO 4
CLÁUSULA V – ATRIBUTOS DO CONTRATO 4
CLÁUSULA VI – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO 5
CLÁUSULA VII - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS 6
7.9. Da Cobertura Ambulatorial 7
7.10. Da Cobertura Hospitalar 8
CLÁUSULA VIII - EXCLUSÕES DE COBERTURA 10
CLÁUSULA IX – DA VIGÊNCIA 11
CLÁUSULA X - PERÍODOS DE CARÊNCIA 11
CLÁUSULA XI - DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES 12
CLÁUSULA XII - URGÊNCIA E EMERGÊNCIA 14
DA REMOÇÃO 14
Reembolso de despesas nas urgências/emergências: 15
CLÁUSULA XIII - MECANISMO DE REGULAÇÃO 15
CLÁUSULA XIV - FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE 18
CLÁUSULA XV – REAJUSTE 19
CLÁUSULA XVI - FAIXAS ETÁRIAS 19
MUDANÇA DE FAIXAS REAJUSTE (%) 20
CLÁUSULA XVII – BÔNUS E DESCONTOS 20
CLÁUSULA XVIII – DAS CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO 21
CLÁUSULA XIX - RESCISÃO/SUSPENSÃO 21
DAS OUTRAS DISPOSIÇÕES: 22
CLÁUSULA XX - ELEIÇÃO DE FORO 24
CLÁUSULA XXI - DISPOSIÇÕES GERAIS 25
DAS DEFINIÇÕES: 25

PLANO DE SAÚDE Hospitalar

Contrato Particular de Prestação de Serviços Médicos, Hospitalares, Serviço de Diagnóstico e Terapia.
Categoria: Individual/Familiar
Nome Comercial: APS Vida Plus 50
Segmentação: Ambulatorial + Hospitalar sem Obstetrícia
Acomodação: Apartamento
Modalidade: Co-participação de 50%
Abrangência: Municipal
Registro na Agência Nacional de Saúde (ANS): 489.306.21-9

CLÁUSULA I - QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA

1.1. ASSOCIAÇÃO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA - AEBEL, inscrita no CNPJ/MF sob o nº. 78.613.841/0001-61, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS sob o nº. 32675-5, classificada na modalidade Filantropia, com sede à Avenida Bandeirantes n.º 618, Jardim Londrilar, CEP 86015-900, em Londrina - PR, neste ato representada na forma do seu estatuto e doravante denominada simplesmente **CONTRATADA**.

CLÁUSULA II – LOCAL DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

2.1 Os serviços ora contratos serão prestados pelos médicos credenciados, em serviços/recursos próprios, serviços/recursos contratados ou credenciados da CONTRATADA, constante no guia médico específico, **mediante o encaminhamento pelo Médico do serviço de Atenção Primária à Saúde (APS)**. A atualização será realizada diariamente e estará disponível na administração da operadora e através do site www.planohospitalar.com.br, **para este plano e exclusivamente dentro da sua área de atuação compreendendo a localidade de Londrina**.

CLÁUSULA III -PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

3.1 O tipo de acomodação hospitalar oferecida pelo plano é **PRIVATIVA, padrão Apartamento**. Não havendo disponibilidade de leito hospitalar contratado nos estabelecimentos próprios ou credenciados pela CONTRATADA, é garantido ao beneficiário acesso à acomodação, em nível superior, sem ônus adicional, conforme artigo 33 da Lei 9.656/98.

CLÁUSULA IV- FORMAÇÃO DO PREÇO

4.1 Os valores a serem pagos pela cobertura assistencial contratada são **pré-estabelecidos.**

CLÁUSULA V – ATRIBUTOS DO CONTRATO

5.1. O presente contrato tem por objeto a prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais na forma de plano privado de assistência à saúde prevista no inciso I, do art. 1º, da Lei 9.656/98, visando à Assistência Médica Hospitalar com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, e do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento, através da modalidade de atendimento PORTA DE ENTRADA.

5.2. Não terão cobertura os atendimentos realizados pelos beneficiários diretamente aos prestadores credenciados, por livre escolha. Os beneficiários inscritos deverão dirigir-se primeiramente ao serviço de Atendimento Primário à Saúde (APS) na Clínica Multiprofissional do Plano de Saúde Hospitalar e, se necessário, serão devidamente encaminhados aos demais prestadores credenciados pela CONTRATADA.

Anexo Hospitalar 5 (6844043) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 68

5.3. Nos casos de atendimento de URGÊNCIA ou EMERGÊNCIA, o beneficiário deverá dirigir-se ao Hospital Evangélico de Londrina, que é a unidade de referência da CONTRATADA. Se não for possível dirigir-se aos serviços próprios da CONTRATADA, o beneficiário deverá dirigir-se a um hospital filiado ao Sistema Nacional de Atendimento de Urgência e Emergência ABRAMGE Associação Brasileira de Medicina de Grupo (www.abramge.com.br / fone 0800 7227511) e Rede Filantrópica (www.cmb.org.br).

5.4. Este instrumento tem as características de contrato de adesão, bilateral, que gera direitos e obrigações para ambas as partes, na forma do Código Civil Brasileiro, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

CLÁUSULA VI – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

6.1. O presente contrato se caracteriza pela contratação INDIVIDUAL sendo aquele que oferece cobertura da atenção prestada para a livre adesão de beneficiários, pessoas naturais, com ou sem grupo familiar.

6.2. Em face de o CONTRATANTE ter a faculdade de incluir seus dependentes ou grupo familiar, este plano também é caracterizado como FAMILIAR.

6.3. Para efeitos deste instrumento, o CONTRATANTE é o beneficiário titular e/ou responsável financeiro.

6.3.1. Os beneficiários dependentes são aqueles com grau de parentesco ou afinidade e **dependência econômica** em relação ao beneficiário titular

6.4. Podem ser inscritos como beneficiários dependentes aqueles que mantenham com o CONTRATANTE uma das seguintes relações:

a) Cônjuge;
b) Filhos solteiros, até 24 anos incompletos;
c) Enteado, o menor sob a guarda por força de decisão judicial e o menor tutelado.
d) Convivente, havendo união estável na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial;
e) Filhos comprovadamente inválidos definitivamente;

6.5. O plano firmado para os dependentes não poderá ser diferente daquele em que o beneficiário titular estiver inscrito;

6.6. A inclusão do beneficiário titular e respectivos dependentes será processada por meio da Proposta de Adesão, que integra este contrato para todos os fins de direito e com entrega da cópia dos respectivos documentos: CPF/MF, carteira de identidade (RG), comprovante de residência, certidão de nascimento/ certidão de casamento, título de eleitor, cartão nacional de saúde, e posteriores exigidos pela regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

6.7. Fica assegurada a inclusão:

6.7.1. De beneficiários na condição de dependentes, obedecidos os critérios do item 6.4, posteriormente à celebração deste Contrato, desde que solicitado pelo CONTRATANTE/TITULAR.

6.7.1.1. Filho(s) adotivo(s), menores de 12 (doze) anos, terão aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo beneficiário titular/adotante;

6.7.2. Com exceção da inscrição de filho(s) adotivo(s) menor(es) de 12 (doze) anos os novos beneficiários cumprirão integralmente as carências previstas na cláusula específica;

6.7.3. Por ocasião de nova contratação, observar-se-ão os valores de comercialização da tabela

Anexo Hospitalar 5 (6844043) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 69

vigente na data da adesão ao plano Individual ou Familiar.

6.7.4. O dependente que vier a perder a condição de dependência poderá assinar contrato em seu próprio nome, em até 30 (trinta) dias a contar da data da perda do direito como beneficiário dependente, aproveitando as carências já cumpridas neste contrato.

CLÁUSULA VII - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

7.1. As coberturas assistenciais asseguradas neste contrato, para todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde e para todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, compreendem atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares, atendimentos obstétricos, serviços auxiliares de diagnóstico, terapia e atendimentos de urgência e emergência, realizados em unidades hospitalares, próprias ou contratadas, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, e suas atualizações, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vigente na data do evento, observados os limites, prazos de carências, condições estabelecidas neste contrato e as seguintes peculiaridades:

7.1.1. A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais priorizará o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando-se a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e de acordo com indicação do médico assistente.

7.1.2. Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10° Revisão - CID - 10, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto infligidas, estão obrigatoriamente cobertos por este instrumento.

7.2. O presente instrumento assegura o atendimento independente da circunstância e do local de ocorrência do evento, respeitadas a segmentação, a área de atuação e abrangência, a rede de prestadores de serviços contratada, credenciada ou referenciada da operadora de plano privado de assistência à saúde e os prazos de carência estabelecidos neste contrato.

7.3. Os procedimentos necessários ao tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas, decorrentes de procedimentos não cobertos pelo presente instrumento têm cobertura obrigatória quando constarem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, respeitadas as segmentações, os prazos de carência e Cobertura Parcial Temporária – CPT.

7.4. Os procedimentos necessários ao seguimento de eventos excluídos da cobertura, como internação em leito de terapia intensiva após transplante não coberto, não são considerados tratamento de complicações, mas parte integrante do procedimento inicial, não havendo obrigatoriedade de sua cobertura por parte das operadoras de planos de assistência à saúde.

7.5. Fica assegurado que os procedimentos garantidos pela legislação vigente serão de cobertura obrigatória quando solicitados pelo médico assistente, com exceção dos procedimentos odontológicos e dos procedimentos vinculados aos de natureza odontológica – aqueles executados por cirurgião-dentista ou os recursos, exames e técnicas auxiliares necessários ao diagnóstico, tratamento e prognóstico odontológicos, que poderão ser solicitados ou executados diretamente pelo cirurgião dentista.

7.6. O presente instrumento cobre os atendimentos nos casos de planejamento familiar listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento e conforme a segmentação assistencial contratada, incluindo:
- atividades educacionais;
- consultas de aconselhamento para planejamento familiar;
- atendimento clínico;
- implante de dispositivo intra-uterino (diu) hormonal incluindo o dispositivo.

Anexo Hospitalar 5 (6844043) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 70

7.7. A participação de profissional médico anestesiologista nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento terá sua cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínica.

7.8. Está garantida a cobertura dos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho, respeitadas as segmentações contratadas.

7.9. Da Cobertura Ambulatorial

7.9.1. A segmentação ambulatorial assegura atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, 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 unidade de terapia intensiva e unidades similares.

7.9.2. Estão cobertas consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM, de acordo com a rede credenciada da CONTRATADA.

7.9.3. Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação.

7.9.4. Cobertura de consulta e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento e nas Diretrizes de Utilização, conforme indicação do médico assistente.

7.9.5. Está coberta a psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento e nas Diretrizes de Utilização, que poderão ser realizados tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme indicação do médico assistente.

7.9.6. Garantia de cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente.

7.9.7. Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais:

a) Hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;
b) Quimioterapia oncológica ambulatorial;
c) Radioterapia ambulatorial;
d) Procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais;
e) Hemoterapia ambulatorial; e
f) Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

7.9.8. Este contrato compreende cobertura de atendimentos caracterizados como de urgência e emergência conforme previsto no presente instrumento jurídico.

7.9.9. Está assegurada a cobertura de remoção por ambulância dentro da área de abrangência geográfica desse contrato, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao paciente ou pela necessidade de internação.

Anexo Hospitalar 5 (6844043) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 71

7.9.10. Garantia de cobertura de medicamentos registrados/regularizados na ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época.

7.10. Da Cobertura Hospitalar

7.10.1. A segmentação hospitalar assegura a cobertura dos atendimentos realizados em todas as modalidades de internação hospitalar e os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência.

7.10.2. Coberturas de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM;

7.10.3. Acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional na indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou contratados pelo plano.

7.10.4. Cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente.

7.10.5. Garantia de cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação conforme previsto mais adiante neste instrumento.

7.10.6. Cobertura do atendimento por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico assistente e desde que o procedimento esteja previsto no Rol de Procedimentos da ANS e o profissional seja pertencente ao quadro de rede credenciada da CONTRATADA.

7.10.7. Cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, previstos no Rol de Procedimentos da ANS, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar.

7.10.8. Cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados desde que vinculados à internação coberta pelo presente instrumento e enquanto a mesma durar.

7.10.9. Cobertura de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, nos termos da legislação vigente.

7.10.9.1. A classificação dos diversos materiais utilizados pela medicina no país como órteses ou próteses deverá seguir lista a ser disponibilizada e atualizada periodicamente no endereço eletrônico da ANS na Internet (www.ans.gov.br).

7.10.10. Cobertura para remoção do beneficiário, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro.

7.10.11. Cobertura de despesas relativas a um acompanhante, que incluem:

a) Acomodação e alimentação necessárias à permanência do acompanhante para beneficiários menores de dezoito anos; e

b) Acomodação e alimentação, conforme indicação do médico ou cirurgião-dentista assistente, para beneficiários idosos com idade igual ou superior a sessenta anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais.

7.10.12. Cobertura dos procedimentos cirúrgicos crânio-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar, realizados por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo a cobertura

Anexo Hospitalar 5 (6844043) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 72

de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar.

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

7.10.14. Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:

a) Hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;
b) Quimioterapia oncológica ambulatorial;
c) Radioterapia ambulatorial e hospitalar;
d) Hemoterapia;
e) Nutrição parenteral ou enteral;
f) Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
g) Embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
h) Radiologia intervencionista;
i) Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
j) Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
k) Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época evento, exceto fornecimento de medicação de manutenção.

7.10.15. Cobertura de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, reconhecidos pela medicina no país, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer, conforme protocolos clínicos e indicação do médico assistente.

7.10.16. Cobertura de cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.

7.10.17. Cobertura de todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas.

7.10.18. Cobertura de hospital dia para transtornos mentais, de acordo com as Diretrizes de Utilização emitidas pela ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar.

7.10.19. Cobertura de transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, e dos procedimentos a eles vinculados, observada a legislação específica vigente.

7.10.20. O presente instrumento assegura que os candidatos a transplante de órgãos e tecidos provenientes de doador cadáver deverão obrigatoriamente estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDO e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de seleção.

7.10.21. 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

Anexo Hospitalar 5 (6844043) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 73

forma de autorização e cadastro junto ao Sistema Nacional de Transplante - SNT.

7.10.22. São competências privativas das CNCDO, dentro das funções de gerenciamento que lhes são atribuídas pela legislação em vigor:

I - determinar o encaminhamento de equipe especializada; e

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

7.10.23. Está garantida a cobertura de transplantes listados no Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e dos procedimentos a eles vinculados, incluindo:

a) as despesas assistenciais com doadores vivos;

b) os medicamentos utilizados durante a internação;

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

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

7.10.24. Nos casos de TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS, o atendimento ocorrerá da seguinte maneira:

a) Custeio integral de até 30 (trinta) dias de internação;

b) Nas internações psiquiátricas a partir do 31° (trigésimo primeiro) dia de internação, por ano de contrato, com co-participação do Beneficiário de 50% (cinquenta por cento), e será observados os tetos estabelecidos nos normativos vigentes da época;

Esse percentual de co-participação equivalerá ao máximo admitido por norma editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que estiver vigente à época da contratação do seguro.

c) A cobertura do tratamento em regime de hospital dia deverá se dar de acordo com as diretrizes estabelecidas nos normativos vigentes.

CLÁUSULA VIII - EXCLUSÕES DE COBERTURA

8.1. Em conformidade com o previsto no art. 10 da Lei 9.656/98, respeitadas as coberturas mínimas obrigatórias previstas no seu art. 12 e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, e suas atualizações, editados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e estará disponível através do site www.ans.gov.br, dentro da segmentação assistencial deste contrato, fica permitida a exclusão de:

I. **Tratamentos clínicos e/ ou cirúrgicos que sejam experimentais realizados por médicos ou multiprofissionais como psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas dentre outos;**

II. **Tratamentos e/ou procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;**

III. **Tratamento inseminação artificial;**

IV. **Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como emspas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;**

V. **Tratamento de fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados;**

VI. **Tratamento de fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde - CITEC;**

VII. **Tratamento de fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;**

VIII. **Tratamento de fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;**

IX. **Tratamento de tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;**

Anexo Hospitalar 5 (6844043) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 74

X. **Tratamento de casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;**

XI. **Tratamento em estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;**

XII. **Tratamento de consultas domiciliares;**

XIII. **Tratamento de cirurgias para mudança de sexo;**

XIV. **Tratamento de produtos de toalete e higiene pessoal, serviços telefônicos ou qualquer outra despesa que não seja vinculada à cobertura deste contrato;**

XV. **Tratamento de procedimentos, exames e tratamentos realizados fora da área de abrangência contratada, bem como das despesas decorrentes de serviços médicos hospitalares prestados por médicos não credenciados ou entidades não credenciadas a Operadora, à exceção dos atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, que poderão ser realizados por médicos e serviços não credenciados e, posteriormente, reembolsados na forma e termos previstos neste contrato;**

XVI. **Tratamento de enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar;**

XVII. **Tratamento de aplicação de vacinas;**

XVIII. **Tratamento de exames para piscina ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;**

XIX. **Tratamento por aluguel de equipamentos hospitalares e similares;**

XX. **Tratamento de consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de emergência ou urgência,bem como remoção domiciliar, salvo nos casos de internação domiciliar oferecida pela operadora em substituição à internação hospitalar;**

XXI. **Tratamento transplantes, exceto os de córnea e rim e os transplantes autólogos;**

XXII. **Tratamento de procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior;**

XXIII. **Tratamento de investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;**

XXIV. **Tratamento de procedimentos não relacionados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;**

XXV. **Tratamento de especialidade médica não reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina; e**

XXVI. **Tratamentos eletivos realizados fora da estrutura e serviços prestados pela CONTRATADA, sem o encaminhamento do médico da Atenção Primária em Saúde (APS) e/ou sem autorização prévia.**

8.2. O presente instrumento não assegura a assistência pré-natal, compreendendo os exames complementares (ultrassons obstétricos, tococardiograma) necessários; assistência cirúrgica ou não ao parto e puerpério.

CLÁUSULA IX – DA VIGÊNCIA

9.1. Será considerado como início de vigência contratual a data da assinatura da proposta de adesão, da assinatura do instrumento jurídico em si ou a data de pagamento da mensalidade inicial, o que ocorrer primeiro,de forma a não haver prorrogação indevida dos prazos de carência.

9.2. O presente instrumento possui prazo de vigência mínima de um ano, com renovação automática por prazo indeterminado, sendo vedada a cobrança de taxa ou qualquer outro valor.

9.3. É vedada a recontagem de carências por ocasião da renovação contratual.

CLÁUSULA X - PERÍODOS DE CARÊNCIA

10.1 As carências explicitadas neste contrato serão contadas d**a data de assinatura da proposta de admissão, ou da data de assinatura do contrato, ou ainda partir do pagamento da mensalidade inicial, o que ocorrer primeiro,** sendo assim especificadas:

a) 24 (vinte quatro) horas para atendimentos de urgência e emergência decorrente de acidentes pessoais.

b) 180 (cento e oitenta) dias para consultas medicas,exames de patologia clínica simples.

c) 180 (cento e oitenta) para demais exames complementares, exceto os descritos letra "E" desta cláusula.

d) 180 (cento e oitenta) dias para procedimento de reabilitação e fisioterapia.

e) 180 (cento e oitenta) dias para procedimentos clínicos ou cirúrgicos (tanto em regime ambulatorial

Anexo Hospitalar 5 (6844043) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 75

como de internação), bem como para tomografia computadorizada, ressonância magnética, neuro-radiologia, angiografia visceral, periférica, radiologia intervencionista e hemodinâmica.
f) 180 (cento e oitenta) dias para hemodiálise e diálise, quimioterapia e radioterapia.
g) 24 (vinte quatro) meses para cobertura parcial temporária de cirurgias, leito de alto tecnologia e procedimento de alta complexidade conforme previsto nas resoluções editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar com relação ás doenças ou lesões pré-existentes informadas pelo usuário na declaração de saúde, na entrevista qualificada ou identificadas por outros meios no decorrer da vigência do contrato que eram de conhecimento prévio do usuário que foram do usuário que foram omitidas pelo mesmo por ocasião da contratação, sem que o CONTRATANTE tinha feito a opção por agravo da mensalidade para cobertura destas doenças e lesões na data da contratação.

10.2. As carências acima poderão ser reduzidas passando a valer aquelas a ser formalizado em anexo específico integrante deste contrato.

10.3. As despesas decorrentes da utilização dos serviços durante o período de carência serão de responsabilidade única e exclusiva do CONTRATANTE.

10.4. Para as inclusões de beneficiários posteriores à assinatura do Contrato, a contagem do prazo de carência iniciar-se-á na data de assinatura da Proposta de Admissão/adesão pelo beneficiário.

CLÁUSULA XI - DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

11.1. Das definições legais:
Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP) são 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 9656/98, o inciso IX do art. 4º da Lei nº 9961/00 e as diretrizes estabelecidas em Resolução específica da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.
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 os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.

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 (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.

11.2. É condição para inscrição de beneficiários, no ato da assinatura do contrato ou para inclusões posteriores, o preenchimento da **Declaração de Saúde.**

11.3. O beneficiário titular está obrigado, por ocasião da contratação, a informar, por si e por seus dependentes, ser conhecedor ou não da condição de portador ou sofredor de doença ou lesão preexistente àquela data.

11.4. A informação será prestada, através de **Declaração de Saúde**, cujo formulário é parte integrante deste contrato, facultada aos beneficiários a realização de **Entrevista Qualificada** com um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados ou referenciados pela contratada, sem nenhum ônus para o beneficiário, ou, a critério do beneficiário, com um médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da contratada, assumindo, neste caso, as despesas daí decorrentes.

11.5. O objetivo da **Entrevista Qualificada** é orientar o beneficiário para o correto preenchimento da **Declaração de Saúde**, onde são declaradas as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.

Anexo Hospitalar 5 (6844043) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 76

11.6. As informações prestadas na **Declaração de Saúde** serão protegidas pela CONTRATADA sendo vedada sua divulgação ou fornecimento a terceiros, não envolvidos na prestação dos serviços assistenciais, sem a anuência expressa do beneficiário, ressalvados os casos previstos na legislação em vigor.

11.7. A CONTRATADA, no momento da contratação, poderá optar pela realização de **Perícia Prévia**, com a concordância plena do beneficiário, cujo objetivo principal é identificar a existência de doenças ou lesões preexistentes, bem como de solicitar documentação probatória de quaisquer informações do beneficiário constantes em sua **Declaração de Saúde**. Neste caso, fica vedada a alegação de omissão de informação de DLP quando realizado qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário pela CONTRATADA, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.

11.8. Caso a CONTRATADA opte pelo não oferecimento de cobertura total e havendo constatação da existência de lesão ou doença preexistente que possa gerar a necessidade de eventos cirúrgicos, do uso de leitos de alta tecnologia ou de procedimentos de alta complexidade, nos termos da regulamentação específica, será oferecida ao beneficiário a opção de Cobertura Parcial Temporária - CPT, pelo prazo máximo de 24 (vinte e quatro) meses, sendo facultado à CONTRATADA o oferecimento de cláusula de Agravo, como opção a Cobertura Parcial Temporária – CPT, sem prejuízo do cumprimento dos prazos de carência.

11.8.1. Na hipótese de Cobertura Parcial Temporária, a CONTRATADA somente poderá suspender a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta tecnologia e os procedimentos de alta complexidade, quando relacionados exclusivamente à Doença ou Lesão Preexistente.

11.9. A opção entre a **Cobertura Parcial Temporária – CPT**, ou **Agravo**, deverá figurar em declaração expressa e específica, que fará parte integrante do presente contrato.

11.10. Nos casos em que a opção seja pelo **Agravo**, o valor correspondente ao agravamento, bem como seu período de vigência, serão previamente informados e será objeto de Termo Aditivo, ficando uma via para cada um dos contratantes.

11.11. Caso sejam identificados indícios de fraude, referente à omissão de conhecimento de doenças e lesões preexistentes por ocasião da contratação ou adesão ao plano, a CONTRATADA comunicará imediatamente ao consumidor beneficiário sendo oferecida a opção de **Cobertura Parcial Temporária – CPT,** facultada à CONTRATADA a opção do **Agravo.** Caso não haja concordância do beneficiário com a alegação, a CONTRATADA encaminhará a documentação pertinente à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, que efetuará o julgamento da alegação de informação de omissão na declaração de saúde. Se solicitado, o beneficiário deverá remeter ao Órgão Regulador toda a documentação necessária para a instrução do processo.

11.12. Caso seja aberto o **Processo Administrativo** junto ao Órgão Regulador (ANS), para julgamento da alegação de informação de omissão de doença ou lesão preexistente, não será permitida, sob qualquer alegação, a negativa de cobertura assistencial, assim como a suspensão ou rescisão unilateral de contrato, até a publicação pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS do encerramento do Processo Administrativo.

11.13. Se comprovada junto à Agência Nacional de Saúde - ANS a omissão de doença ou lesão preexistente, o beneficiário será responsável pelo pagamento das despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão omitida, a partir da data em que tiver recebido comunicado ou notificação da CONTRATADA alegando a existência de doença ou lesão preexistente não declarada.

11.14. A CONTRATADA poderá comprovar o conhecimento prévio do consumidor sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão, durante o período de 24 (vinte e quatro) meses, podendo a omissão dessa informação ser considerada comportamento fraudulento, considerando:

11.14.1. À CONTRATADA caberá o ônus da prova;

11.14.2. A CONTRATADA poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação, dentro dos princípios da ética e legalidade.

Anexo Hospitalar 5 (6844043) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 77

11.15. Não haverá exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de contratação do plano de saúde após 24 (vinte e quatro) meses de vigência da contratação, cabendo à CONTRATADA o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do beneficiário.

11.16. Não haverá suspensão da assistência à saúde do beneficiário, titular ou dependente, até a prova do conhecimento prévio do mesmo.

CLÁUSULA XII - URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

12.1. Das definições legais:

Emergência: atendimentos que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente,com alterações severas dos sinais vitais, caracterizado em declaração do médico assistente.

Urgência: atendimentos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional, onde haja diminuição do nível de consciência, dificuldade para respirar, dor intensa e alterações dos sinais vitais.

12.2. A cobertura dos procedimentos em situações de emergência ou urgência que implicar em risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis para o beneficiário, incluindo os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional, reger-se-á pela garantia da atenção e atuação no sentido da preservação da vida, órgãos e funções.

12.3. A CONTRATADA garantirá os atendimentos decorrentes de acidentes pessoais, sem restrições, depois de decorridas 24 horas de vigência do contrato.

12.4. A cobertura será prestada por 12 (doze) horas ou, caso surja a necessidade de internação, por período inferior, para:

I - **os atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, durante o cumprimento dos períodos de carência;**

II - **os atendimentos de urgência e emergência, quando efetuados no decorrer dos períodos de carência para internação; e**

III - **os casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia ou procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças ou lesões preexistentes.**

12.5. Após cumpridas as carências, haverá cobertura dos atendimentos de urgência e emergência desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções.

DA REMOÇÃO

12.6. A remoção do paciente será garantida pela CONTRATADA nas seguintes hipóteses:

I - para outra unidade de atendimento da rede do plano, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente; e

II - para uma unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, quando houver o limite de 12 (doze) horas de atendimento, nas hipóteses citadas acima, e este for atingido ou surgir a necessidade de internação.

Da Remoção para o SUS:

12.7. À CONTRATADA caberá o ônus e a responsabilidade da remoção do beneficiário para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento.

Anexo Hospitalar 5 (6844043) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 78

12.8. Quando não puder haver 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.

12.9. A CONTRATADA deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS.

12.10. Se o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade que, ainda que pertencente ao SUS, não disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento, ficará a CONTRATADA desobrigada da responsabilidademédica e do ônus financeiro da remoção.

Reembolso de despesas nas urgências/emergências:

12.11. Nos casos de urgência e emergência em que o usuário não puder utilizar os serviços próprios ou credenciados indicados na relação fornecida pela HOSPITALAR, dentro da área geográfica de abrangência do plano, serão reembolsadas as despesas cobertas pelo plano contratado.

12.12. O reembolso será efetuado tendo como base os valores vigentes na data de atendimento, de acordo com os seguintes critérios:

a) **Honorários médicos e serviços complementares de diagnóstico e tratamento, serão reembolsados tendo com base o valor do procedimento correspondente na tabela praticada pela CONTRATADA junto à sua rede credenciada, a tabela estará disponível na administração da operadora;**

b) **Despesas hospitalares serão reembolsadas tendo como base a Tabela de procedimentos do Hospital Evangélico de Londrina para categoria CONVÊNIO, até o valor máximo nela constante para o procedimento correspondente ao efetuado ao beneficiário, a tabela estará disponível na administraçãoda operadora;**

c) **Medicamentos e materiais serão reembolsados de acordo com a média de mercado na área de abrangência do plano contratado, á data do atendimento, a tabela estará disponível na administraçãoda operadora.**

12.13. O reembolso será pago no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da apresentação dos seguintes documentos originais que, posteriormente, serão disponibilizados para devolução pelo período de 6 (seis) meses subsequentes ao pagamento, na hipótese do pagamento não ser integral.

12.14. Somente serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao beneficiário, enquanto perdurou o estado de urgência ou emergência. O beneficiário perderá o direito ao reembolso decorridos 90 (noventa) dias contados da data do evento.

12.15. O reembolso será realizado pelos valores apurados na categoria CONVÊNIO, independentemente do atendimento de urgência ou emergência, ter sido efetuado na categoria particular, podendo, em razão disso, haver diferenças entre valor desembolsado pelo contratante e o valor a ser reembolsado pela CONTRATADA. Os valores excedentes aos fixados para categoria CONVÊNIO, serão de INTEIRA RESPONSABILIDADE do contratante independente da caracterização de urgência e emergência.

12.16. Do valor total do reembolso serão deduzidos os percentuais da co-participação, quando for o caso, a que estaria sujeito o Contratante caso fosse utilizada a rede credenciada da CONTRATADA, nos valores e limites previstos neste contrato.

CLÁUSULA XIII - MECANISMO DE REGULAÇÃO

13.1. Este plano **Não dá Acesso a Livre Escolha de Prestadores Credenciados**. O acesso aos serviços de

Anexo Hospitalar 5 (6844043) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 79

saúde contratados dar-se-á na modalidade de **PORTA DE ENTRADA, através da APS - ATENÇÃO PERSONALIZADA À SAÚDE**, na **Clínica Multiprofissional do Plano de Saúde Hospitalar**, conforme seus horários e dias de atendimento. **O Acesso aos demais especialistas credenciados dar-se-á por encaminhamento do MÉDICO da APS Clínica Multiprofissional do Plano de Saúde Hospitalar**.

13.2. Nos casos de baixa gravidade e ocorridos fora dos horários de atendimento da Clínica Multiprofissional do Plano de Saúde Hospitalar, serviço APS, o beneficiário deverá dirigir-se o serviço de atendimento do Pronto Atendimento do plano Hospitalar e em casos de Urgência ou Emergência deverá buscar atendimento no Pronto Socorro do Hospital Evangélico de Londrina.
13.3. Os beneficiários obrigam-se a fornecer ao prestador do serviço, o Cartão de Identificação de Beneficiário dentro do prazo de validade, emitido pela CONTRATADA, documento de identidade e/ou caso exista, permitira identificação por tecnologia digital.

13.4. As internações hospitalares serão processadas mediante Guia de Internação, solicitadas pelo médico assistente em favor do beneficiário, que será disponibilizada para análise da CONTRATADA para concessão de sua autorização.

13.5. O prazo de internação, fixado pela CONTRATADA, constará da guia expedida e corresponderá à média de dias utilizados para casos idênticos, ou ainda, contemplará aquele definido pelo médico assistente.

Excetuando-se os casos de urgência e emergência, **os demais serviços serão prestados**
13.6. mediante autorização prévia da CONTRATADA;

13.6.1. Nos casos de urgência ou emergência, o beneficiário, ou quem por ele responda, terá até o segundo dia útil, subsequente à data do evento, para **providenciar a respectiva autorização do procedimento,** mediante solicitação devidamente fundamentada, carimbada e assinada pelo médico assistente;

13.6.2. Consultas Médicas: Os beneficiários devem observar a modalidade de acesso às coberturas pelo processo de **PORTA DE ENTRADA** para atendimento médico na **Clínica Multiprofissional do Plano de Saúde Hospitalar, serviço de Atenção Primária à Saúde (APS),** unidade que é referência da CONTRATADA, observados seus horários de funcionamento. **O acesso aos demais prestadores credenciados dar-se-á por encaminhamento do MÉDICO da APS.**

13.6.3. Exames Complementares de Diagnóstico e Tratamento: poderão ser solicitados pelo médico assistente e serão realizados, após a autorização prévia da **CONTRATADA. A solicitação para autorização deverá ocorrer na Clínica Multiprofissional do Plano de Saúde Hospitalar de modo presencial ou por meios de atendimento à distância, como por aplicativos ou outros canais que estiverem disponíveis. Somente após a autorização o beneficiário poderá prosseguir aos prestadores credenciados para realizar os exames.**

13.6.4. Serviços Multiprofissionais/Terapias: poderão ser solicitados pelo médico assistente e serão realizados, após a autorização prévia da **CONTRATADA. A solicitação para autorização deverá ocorrer na Clínica Multiprofissional do Plano de Saúde Hospitalar de modo presencial ou por meios de atendimento à distância, como por aplicativos ou outros canais que estiverem disponíveis. Somente após a autorização o beneficiário poderá prosseguir aos prestadores credenciados para realizar as consultas/sessões.**

13.6.5. Tratamentos ambulatoriais: poderão ser solicitados pelo médico assistente e serão realizados, após a autorização prévia da **CONTRATADA. A solicitação para autorização deverá ocorrer na Clínica Multiprofissional do Plano de Saúde Hospitalar de modo presencial ou por meios de atendimento à distância, como por aplicativos ou outros canais que estiverem disponíveis. Somente após a autorização o beneficiário poderá prosseguir aos prestadores credenciados para realizar os tratamentos.**

Anexo Hospitalar 5 (6844043) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 80

13.6.6. Internações Hospitalares: As internações hospitalares serão processadas mediante Guia de Internação, solicitadas pelo médico assistente e serão realizadas, após a autorização prévia da CONTRATADA. **A solicitação para autorização deverá ocorrer na Clínica Multiprofissional do Plano de Saúde Hospitalar de modo presencial ou por meios de atendimento à distância, como por aplicativos ou outros canais que estiverem disponíveis. Somente após a autorização o beneficiário poderá prosseguir aos prestadores credenciados para realizar a internação.**

13.6.7. Haverá tolerância para os casos de comprovada impossibilidade de cumprimento do prazo acima disposto;

13.6.8. Nos procedimentos que exigem autorização prévia, a CONTRATADA providenciará a autorização para o procedimento em no máximo estipulados pela legislação vigente editadas pela Agência Nacional de Saúde, a partir do protocolo da solicitação ou, em prazo inferior quando caracterizado caso de urgência e/ou emergência.

13.7. Nos casos de transferência para leitos de alta tecnologia, eventos cirúrgicos em beneficiários internados para tratamento clínico e realização de procedimentos de alta complexidade será necessária a autorização prévia pela CONTRATADA, mesmo que o paciente já se encontre internado, salvo nas urgências e/ou emergências intercorrentes, quando então poderá ser solicitada posteriormente, no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas.

13.7.1. A inobservância dos prazos acima, caso não haja justificativa plausível, reserva à CONTRATADA o direito de não se responsabilizar pelo pagamento das despesas decorrentes.

13.8. As despesas extraordinárias realizadas pelo paciente e/ou acompanhante, não relacionadas diretamente com o tratamento, serão de sua inteira responsabilidade, sendo pagas diretamente à entidade hospitalar.

13.8.1. São consideradas como despesas extraordinárias: medicamentos não prescritos pelo médico assistente, produtos de toalete e higiene pessoal e alimentos que não sejam servidos pela instituição;

13.9. Comprovada a indevida utilização de serviços, estes serão de responsabilidade exclusiva do CONTRATANTE, ainda que o ato tenha sido praticado sem o seu conhecimento, ficando estabelecido que os comprovantes das despesas decorrentes deste fato poderão constituir dívida líquida, certa e exigível, caracterizando título extrajudicial capaz de autorizar o seu protesto ou a sua execução judicial.

13.10. Os serviços serão prestados por intermédio do médico assistente e de rede própria ou contratada, básica ou especializada, direta ou indiretamente, de acordo com a área geográfica do contrato.

13.11. No ato da contratação será entregue ao CONTRATANTE o **Guia de Serviços de Saúde**, editado pela CONTRATADA, informando a relação de seus prestadores, médicos credenciados, hospitais e clínicas, devendo, entretanto, o beneficiário, ao utilizar-se dos serviços, confirmar as informações pelo site da CONTRATADA, em razão do processo dinâmico do quadro da rede contratada e/ou credenciada, direta e indiretamente, de acordo com a área de abrangência contratada. **Ressalta-se que o acesso à rede prestadora do plano SOMENTE OCORRERÁ APÓS AUTORIZAÇÃO PRÉVIA.**

13.12. A CONTRATADA reserva-se no direito de rescindir o contrato com qualquer participante da sua rede assistencial, bem como de contratar novos serviços, a seu exclusivo critério, sempre mantendo a qualidade da prestação dos serviços previstos neste instrumento.

13.12.1. As alterações da rede hospitalar cumprirão o disposto no art. 17 da Lei n°. 9.656/98 ou seja, as substituições serão comunicadas aos CONTRATANTES e à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS com antecedência de 30 (trinta) dias. A redução de serviços hospitalares, com propósito de redimensionamento da rede, somente ocorrerá mediante prévia solicitação e autorização expressa da

Anexo Hospitalar 5 (6844043) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 81

Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e também, será informado ao CONTRATANTE.

13.13. Havendo utilização nos eventos abaixo será devida participação do beneficiário no custeio da despesa assistencial, através dos mecanismos de co-participação, de acordo com o que segue:

13.14. Os valores das despesas decorrentes da utilização dos procedimentos constantes na cobertura ambulatorial serão cobrados **50% (cinquenta por cento)** tendo como base a **tabela referência da operadora**, e a tabela estará disponível na administração da operadora, até os limites máximos de co-participação de **R$ 100,00 (cem reais) por procedimento classificado no Grupo 1** ou de **R$ 200,00 (duzentos reais) por procedimento classificado no Grupo 2**, conforme tabela Grupos_Coparticipação definida pela Operadora.

13.15. O reajuste dos valores dos limites máximos de co-particapação acima descritos, serão realizados anualmente no mesmo mês e com o mesmo índice autorizado para reajuste da taxa de manutenção do presente contrato.

13.16. Fica estabelecido que é devida a co-participação em todos os procedimentos constantes da cobertura Ambulatorial.

13.17. As internações de beneficiários **portadores de transtornos psiquiátricos** estão sujeitas à co-participação pecuniária no total das despesas, a partir do 31° (trigésimo primeiro) dia de internação, de acordo com o número de dias de internação, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, para o respectivo paciente.

13.17.1 Portanto haverá o custeio parcial, a partir do 31° (trigésimo primeiro) dia de internação, por ano de contrato, não cumulativos, contínuos ou não, em hospital psiquiátrico ou em unidade apartamento psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situaçãode crise, através de co-participação de 50% (cinquenta por cento) observados o tetos estabelecidos nos normativos vigentes à época e não podendo caracterizar o financiamento integral da internação.

13.17.1.1. Os percentuais e valores estabelecidos neste contrato serão calculados sobre os valores fixados na **Tabela Referencial da CONTRATADA** e respeitarão os tetos estipulados nos normativos editados pela ANS vigentes à época;

13.17.1.2. O montante devido da co-participação integrará as contraprestações subsequentes ao mês do evento, porém, será discriminado.

13.18. A CONTRATADA fornecerá, sempre que solicitado pelo beneficiário, laudo circunstanciado, bem como cópia de toda a documentação relativa às questões de impasse que possam surgir no curso do contrato, decorrente da utilização dos mecanismos de regulação.

13.19. Para as situações que implicarem em divergências nas regras de regulação, fica assegurado o atendimento ao beneficiário por profissional técnico, no prazo máximo de 1 (um) dia útil, a partir do momento da solicitação ou em prazo inferior quando caracterizada a urgência.

13.20. Nas situações de divergências a respeito de autorização prévia, a definição do impasse será feita através de Junta constituída pelo médico solicitante ou nomeado pelo beneficiário, por médico auditor da CONTRATADA e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais anteriores, cuja remuneração ficará a cargo da CONTRATADA.

CLÁUSULA XIV - FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

14.1. Para efeitos deste contrato, os valores previstos para contraprestação serão de forma PRÉ-ESTABELECIDA.

Anexo Hospitalar 5 (6844043) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 82

14.2. Como contraprestação mensal, os valores estão expressos na tabela comercial constante do **ANEXO I**, parte integrante deste instrumento, de acordo com a idade de cada beneficiário.

14.2.1 Todos os pagamentos serão realizados diretamente à CONTRATADA, por meio de boleto bancário, não tendo o profissional médico ou qualquer outro prestador, autorização para recebimento ou negociação de valores em nome da CONTRATADA.

14.2.2. Eventuais valores de co-participação em internações decorrentes de transtornos psiquiátricos deverão ser liquidados da mesma forma que as mensalidades, pois delas farão parte, e serão cobrados subsequentes aomês do atendimento.

14.3. Quando a data de vencimento cair em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser realizado até o primeiro dia útil subsequente.

14.4. Se o CONTRATANTE não receber o documento que possibilite realizar o pagamento de sua obrigação, até 05 (cinco) dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente na sede da CONTRATADA ou por meio do site www.planohospitalar.com.br, para que não se sujeite às consequências da mora.

14.5. Ocorrendo impontualidade no pagamento da mensalidade, serão cobrados juros de mora de 1% (um porcento), além de multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado, e ainda, conforme o caso, cobrança judicial, ressarcimento por perdas e danos, honorários advocatícios e reembolso de custas judiciais, sem prejuízo do direito da CONTRATADA inscrever o nome do inadimplente nos cadastros de restrição ao crédito (SPC e SERASA) e ou protestar o contrato.

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

14.7. O pagamento da contraprestação pecuniária referente a um determinado mês não implica na quitação de débitos anteriores.

CLÁUSULA XV – REAJUSTE

15.1. O reajuste ocorrerá anualmente, a partir da data de aniversário do contrato, sendo que índice de reajuste a ser aplicado nas contraprestações, e nos valores de co-participação deste contrato está sujeito à obediência ao índice autorizativo da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS (Órgão Regulador).

15.2. Caso nova legislação venha a autorizar o reajustamento em período inferior a 12 (doze) meses, a mesma terá aplicação imediata sobre este contrato.

15.3. Fica estabelecido que os valores relativos às inclusões de dependentes terão o primeiro reajuste integral, independentemente da variação da faixa etária, na data de aniversário de vigência do presente contrato e mediante autorização da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, entendendo-se como data base única, independente da data de inclusão do beneficiário dependente.

CLÁUSULA XVI - FAIXAS ETÁRIAS

16.1. As mensalidades são estabelecidas de acordo com a faixa etária em que cada beneficiário inscrito esteja enquadrado. Ocorrendo alteração na idade de qualquer dos beneficiários que importe em deslocamento para a faixa etária superior, a contraprestação pecuniária será aumentada automaticamente, no mês seguinte ao do aniversário do beneficiário.

16.2. As faixas etárias para os fins deste contrato são:
1ª FAIXA Até 18 (dezoito) anos

Anexo Hospitalar 5 (6844043) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 83

2ª FAIXA 19 a 23 (dezenove a vinte e três) anos
3ª FAIXA 24 a 28 (vinte e quatro a vinte e oito) anos
4ª FAIXA 29 a 33 (vinte e nove a trinta e três) anos
5ª FAIXA 34 a 38 (trinta e quatro a trinta e oito) anos
6ª FAIXA 39 a 43 (trinta e nove a quarenta e três) anos
7ª FAIXA 44 a 48 (quarenta e quatro a quarenta e oito) anos
8ª FAIXA 49 a 53 (quarenta e nove a cinquenta e três) anos
9ª FAIXA 54 a 58 (cinquenta e quatro a cinquenta e oito) anos
10ª FAIXA A partir de 59 (cinquenta e nove) anos

16.3 Variação do valor da mensalidade em decorrência da mudança de faixa etária corresponderá aos percentuais abaixo, que incidirão sobre o preço então pago na faixa etária anterior, **e não se confundem** com o reajustamento pela variação de custo (mensalidades):
MUDANÇA DE FAIXAS REAJUSTE (%)

Da 1ª para 2ª Faixa 25%
Da 2ª para 3ª Faixa 30%
Da 3ª para 4ª Faixa 10%
Da 4ª para 5ª Faixa 5%
Da 5ª para 6ª Faixa 10%
Da 6ª para 7ª Faixa 15%
Da 7ª para 8ª Faixa 25%
Da 8ª para 9ª Faixa 30%
Da 9ª para 10ª Faixa 30%

16.4. Os beneficiários com **mais de 59 (cinquenta e nove) anos de idade** não sofrerão reajustes por mudança de faixa etária, mas permanecerão os reajustes anuais, ou conforme determinar a legislação pertinente, pela variação de custo.

16.5. Os percentuais de variação entre cada faixa etária sempre observará os valores fixados para a última faixa que não poderá ser superior a 6 (seis) vezes o valor da primeira faixa e, a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

CLÁUSULA XVII – BÔNUS E DESCONTOS

17.1. O CONTRATANTE/TITULAR obriga-se ao pré pagamento mensal para a CONTRATADA, por si e para cada um dos seus dependentes inscritos, de acordo com a faixa etária estabelecida na cláusula 16.3, dos valores vigentes à época da contratação,constantes na proposta de adesão, para efeito de mensalidade e agravos por doenças e lesões pré existentes, obedecida a seguinte tabela de descontos e de acordo com a inscrição e permanência do número de usuários no plano:

Quantidade Usuários por Contrato	Desconto
2 usuários	2,5%
3 usuários	3,0%
4 usuários ou mais	3,5%

17.2. Ocorrendo inclusões, dentro das regras estipuladas nas cláusula 6, promovendo acréscimo no número de usuários resultando mudança de faixa etária de desconto, o valor da mensalidades será automaticamente adequado à tabela de desconto, observando o número total de usuários, que somente será admitida por falecimento, separação judicial comprovada, ou perda da condição de dependentes referenciada na clausula 6, **em sendo reduzido o número total de beneficiário integrantes do plano, resultando mudança para outra faixa de desconto, o valor da mensalidade será automaticamente adequado à tabela de desconto correspondente.**

Anexo Hospitalar 5 (6844043) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 84

CLÁUSULA XVIII – DAS CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

18.1. Perderá a condição de beneficiário e será excluído do plano:

18.1.1. O beneficiário titular que solicitar por escrito sua exclusão, ou do(s) seu(s) dependente(s);

18.1.2. O beneficiário dependente que por qualquer motivo deixar de atender as condições exigidas para sua inscrição, sendo:

18.1.2.1. Perda da condição de cônjuge ou convivente;

18.1.2.2. Aquisição da maioridade;

18.1.2.3. Perda da condição de dependência econômica;

18.1.2.4. Infrações ou fraudes com o objetivo de obter vantagens ilícitas;

18.1.2.5 Perda por morte.

18.1.3. As perdas da condição de dependência nos itens deve ser comunicado pelo titular, em até 30 dias do evento que ocasionou a perda, sob pena de em não o fazendo ser devido pelo titular o valor equivalente a um novo contrato similar ao presente.

18.2. A extinção do vínculo do beneficiário titular do plano, salvo nas hipóteses da inadimplência ou fraude comprovada, não se extingue o presente contrato, sendo assegurada a manutenção das condições contratuais aos seus dependentes, com a consequente assunção das obrigações decorrentes. Para tanto, será formalizado instrumento contratual específico de assunção das obrigações decorrentes.

18.3. Ocorrendo a perda da condição de beneficiário nas condições previstas no item 18.1.2. acima, o beneficiário poderá contratar plano na modalidade Individual ou familiar com esta CONTRATADA em até 30 (trinta) dias, contados da data em que ocorreu a referida perda, aproveitando os períodos de carências já cumpridas;

18.4. Por ocasião de nova contratação, observar-se-ão os valores de comercialização da tabela vigente na data da adesão ao plano contratado.

CLÁUSULA XIX - RESCISÃO/SUSPENSÃO

19.1. Será considerado rescindido este contrato se houver atraso no pagamento da contraprestação por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência, desde que o CONTRATANTE tenha sido notificado até o 50º (quinquagésimo) dia de inadimplência, sem prejuízo do direito da CONTRATADA requerer judicialmente a quitação dos valores devidos, com suas consequências moratórias.

19.1.1. Permitida a redução do período de inadimplência pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, haverá imediata aplicação pela CONTRATADA do novo normativo ao presente instrumento.

19.1.2. O Titular outorga poderes expressos para qualquer com seus dependentes, podendo retirar cada um suas próprias guias, bem como poderes para qualquer beneficiário dependente possa assinar cobrança, aviso e suspensão e cancelamento do contrato.

19.1.3 No caso de inadimplemento de obrigações de natureza financeira do TITULAR, a CONTRATADA poderá, após 10 dias com prévia notificação ao TITULAR, fazer o registro desse fato no sistema de proteção ao crédito (SERASA,SPC)/ ou protestar o contrato. E após o reconhecimento do pagamento pela CONTRATADA,terá 5 dias úteis para retirada da inscrição do

Anexo Hospitalar 5 (6844043) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 85

CONTRATANTE,do Sistema de Proteção ao Crédito.

19.2. Rescinde-se também o presente contrato, quando da comprovação de comportamento fraudulento, como:

19.2.1. Qualquer ato ilícito praticado pelo beneficiário titular, ou seu(s) dependente(s), na utilização do objeto deste instrumento;

19.2.2. Utilização indevida da carteira de identidade do beneficiário titular ou seu(s) dependente(s), assim entendido, também, a sua utilização por terceiros;

19.2.3. Omissão ou distorção de informações pelo beneficiário titular ou seu(s) dependente(s) em prejuízo da CONTRATADA, neste caso mediante autorização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

19.3. As hipóteses constantes dos itens 19.1. e 19.2. acima, extinguem o contrato de pleno direito, acarretando a imediata exclusão do(s) beneficiário(s) dependente(s).

19.4. Quando ocorrer rescisão antes do término deste contrato, será cobrada multa de 50% (cinquenta por cento) sobre os valores das mensalidades restantes para se completar a primeira vigência.

19.4.1. O contrato renovado por prazo indeterminado poderá ser denunciado pelo CONTRATANTE, por escrito, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, sem ônus da multa;

19.4.2. A falta de comunicação, nos termos deste artigo, implica na manutenção das obrigações contratuais assumidas.

19.4.3. Durante o prazo de denúncia não será admitida inclusão ou exclusão de beneficiários dependentes.

19.5. Fica vedada a rescisão ou suspensão unilateral do contrato, em qualquer hipótese, durante a ocorrência de internação hospitalar do beneficiário titular.

DAS OUTRAS DISPOSIÇÕES:

1. Por convenção, adotou-se neste contrato o gênero masculino quando há referência ao(à) CONTRATANTE, aos(às) beneficiários(as), aos(às) filhos(as), aos(às) menores, dentre outros.

2. A CONTRATADA não terá responsabilidade pelo pagamento nas seguintes condições:

a) Por qualquer acordo ajustado particularmente pelos beneficiários com quaisquer prestadores. Tais despesas e riscos correm por conta exclusiva do CONTRATANTE;

b) Pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa da pactuada, tais como, dentro do período de cumprimento de carência, após o término da relação contratual e fraude;

c) Na hipótese do beneficiário optar por acomodação hospitalar superior àquela contratada deverá arcar com a diferença de preço, inclusive de honorários dos profissionais, conforme negociação direta com o hospital, médicos e demais prestadores do atendimento;

d) A utilização dos serviços contratados, durante o período de suspensão ou de carência, neste último caso, ressalvadas as especificidades dos casos de urgências ou emergências é de responsabilidade do CONTRATANTE/beneficiário.

3. É obrigação do CONTRATANTE, na hipótese de rescisão, resolução ou resilição deste contrato, ou ainda, de exclusão de beneficiário, devolver os respectivos cartões de identificação e quaisquer outros documentos porventura fornecidos pela CONTRATADA, respondendo, sempre, sob todos os aspectos, pelos prejuízos resultantes do uso indevido desses documentos, restando isenta, neste caso, de qualquer responsabilidade, a CONTRATADA, a partir da exclusão do beneficiário, rescisão, resolução ou resilição do presente.

Anexo Hospitalar 5 (6844043) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 86

3.1. Considera-se uso indevido a utilização desses documentos para obter atendimento, mesmo que na forma contratada, pelos beneficiários que perderam essa condição, por exclusão ou término do contrato, ou, em qualquer hipótese, por terceiros não beneficiários;

3.2. O uso indevido e COMPROVADO do cartão de identificação, de qualquer beneficiário, a critério da CONTRATADA, ensejará pedido de indenização por perdas e danos, bem como a exclusão do respectivo titular e seus dependentes.

4. Ocorrendo a perda ou extravio de quaisquer documentos, o CONTRATANTE deverá comunicar, por escrito, o fato à CONTRATADA, para cancelamento ou, quando for o caso, emissão de segunda via. O cancelamento só terá validade quando recebido por escrito, pela CONTRATADA.

5. Os beneficiários com mais de 60 (sessenta) anos de idade, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até 5 (cinco) anos têm privilégio na marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos.

6. O CONTRATANTE reconhece como dívida líquida e certa, em favor da CONTRATADA, quaisquer despesas decorrentes de atendimento prestado a ele, seus dependentes e agregados, cessadas as responsabilidades da CONTRATADA, independentemente da data de início do tratamento, bem como aquelas coberturas deferidas liminar ou cautelarmente em procedimento judicial, e posteriormente revogadas ou decididas em contrário, e ainda, os procedimentos não cobertos explicitamente por este instrumento.

7. A inserção de mensagens no recibo de cobrança das mensalidades valerá como advertência/notificação ao CONTRATANTE, para todos os efeitos deste contrato, a partir da data do respectivo pagamento, exceto na hipótese de rescisão de contrato, por inadimplência, quando então haverá NOTIFICAÇÃO ESPECÍFICA, até o 50º (quinquagésimo) dia de inadimplemento, consecutivos ou não.

8. Qualquer tolerância não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

9. Poderá a CONTRATADA exigir documentação comprobatória das declarações do CONTRATANTE.

10. O CONTRATANTE, por si, seus dependentes e agregados, autoriza a CONTRATADA a obter o diagnóstico médico sempre que necessário, tanto para fins de reembolso como para fins de informações médicas. Ficam desde já autorizadas essas informações, que serão prestadas pelos médicos assistentes, ou pelos serviços credenciados, que se utilizarão da codificação expressa na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a Saúde - CID, da Organização Mundial de Saúde, 10ª (décima) revisão, ou fornecerão relatórios médicos detalhados.

11. Integram este contrato, para todos os fins de direito, a Proposta de Adesão, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde - MPS, o Guia de Leitura Contratual - GLC, a Declaração de Saúde, Termo de Oferecimento do Plano Referência, Guia Médico e demais anexos firmados pelos contraentes.

12. Toda e qualquer concessão pela CONTRATADA, fora do pactuado pelo presente instrumento, implicará em mera liberalidade.

13. Este contrato foi elaborado levando-se em consideração a legislação vigente nesta data. Assim, qualquer alteração das normas que implique em necessária modificação do que aqui foi avençado, sujeitará a novo ajuste das condições, inclusive com possíveis reflexos na contraprestação, desde que autorizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

Anexo Hospitalar 5 (6844043) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 87

PLANO DE SAÚDE Hospitalar

CLÁUSULA XX - ELEIÇÃO DE FORO

20.1. Fica eleito o foro do domicílio do CONTRATANTE para dirimir qualquer demanda sobre o presente contrato, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

20.2. E por estarem assim justos e acordados, assinam o presente Contrato em duas vias, de igual teor, na presença de duas testemunhas, sendo rubricadas pelas partes todas as suas folhas.

Londrina,_____de_____de _____

CONTRATANTE

Nome:

CPF: RG:

_____

Assinatura do Contratante/Titular

CONTRATADA

Associação Evangélica Beneficente de Londrina

CNPJ: 78613841/0001-61

_____

Assinatura da Contratada/AEBEL

TESTEMUNHA

Nome:

CPF: RG:

_____

Assinatura da Testemunha

TESTEMUNHA

Nome:

CPF: RG:

_____

Assinatura da Testemunha

Anexo Hospitalar 5 (6844043) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 88

CLÁUSULA XXI - DISPOSIÇÕES GERAIS

DAS DEFINIÇÕES:

Para os efeitos deste contrato, são adotadas as seguintes definições:

1. Acidente Pessoal - é o evento exclusivo, com data caracterizada, diretamente externo, súbito, imprevisível, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico.

2. Agravo - É o acréscimo no valor da contraprestação pecuniária mensal do plano oferecida ao CONTRATANTE/ TITULAR como alternativa à adoção de cláusula de Cobertura Parcial Temporária

3. Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS - autarquia sob o regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde.

4. Atendimento Ambulatorial - é aquele executado no âmbito do ambulatório, incluindo a realização de curativos, pequenas cirurgias, primeiros socorros e outros procedimentos que não exijam uma estrutura mais complexa para o atendimento.

5. Atendimento Hospitalar – É o atendimento que se limita aos serviços executados em hospitais e pronto-socorro, não incluindo atendimentos ambulatoriais para fins de diagnóstico, terapia ou recuperação, mesmo que complementar a uma internação.

6. Beneficiário - é a pessoa física que usufruirá dos serviços ora pactuados, seja na qualidade de titular ou dependente.

7. Cálculo Atuarial - é o cálculo estatístico com base em análise de informações sobre a frequencia de utilização, peculiaridades do beneficiário, tipo de procedimento, com vistas à manutenção do equilíbrio financeiro do plano e o cálculo das contraprestações.

8. Carência - é o prazo ininterrupto, contado a partir do início de vigência do contrato ou da data das novas inscrições, durante o qual os beneficiários não têm direito às coberturas contratadas.

9. Cartão Individual de Identificação - é a cédula onde se determina a identidade do beneficiário (nome, idade, código de inscrição na operadora, dentre outras informações.) e é, também, o comprovante de sua inscrição no plano.

10. CID-10 - é a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10ª revisão. **IMPORTANTE:** os procedimentos cobertos por este contrato são somente aqueles relacionados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde divulgado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e suas atualizações, de acordo com a segmentação assistencial.

11. Cobertura Parcial Temporária - É aquela que admite,num prazo determinado, a suspensão da cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta complexidade, relacionada ás doenças e lesões pré existentes.

12. Cobertura - é a assistência à saúde contratada e que o beneficiário terá direito.

13. Consulta - é o ato realizado pelo médico ou dentista, conforme o caso, que avalia as condições clínicas do beneficiário.

14. Contratada - é a OPERADORA de planos privados de assistência à saúde, que se obriga a garantir a prestação de serviços de assistência à saúde aos beneficiários do plano ora convencionado, nos termos deste instrumento,

Anexo Hospitalar 5 (6844043) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 89

através de seus médicos contratados e de rede própria, ou por ela contratada.

15. Contratante - é a pessoa física, qualificada na Proposta de Adesão em anexo, que contrata a prestação de serviços de assistência à saúde para si ou seu(s) dependente(s).

16. Contrato Individual ou Familiar - é um contrato de livre adesão de beneficiários, pessoas naturais, com ou sem grupo familiar.

17. Convivente - é a pessoa que vive em união estável com outrem em intimidade, com cunho de constituição de família, de forma pública.

18. Co-Participação - é o montante em termos percentuais ou valores monetários, para cada procedimento realizado, que, quando ocorrer, constituir-se-á parte integrante da contraprestação.

19. Doença - é o processo mórbido definido, tendo um conjunto característico de sintomas e sinais, que leva o indivíduo a tratamento médico.

20. Doença ou Lesões Pré Existente - Doença ou lesões adquirida pelo usuário antes da sua inscrição no contrato

21. Eletivo - é o termo usado para designar procedimentos médicos não considerados de urgência ou emergência.

22. Emergência - atendimentos que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, com alterações severas dos sinais vitais, caracterizado em declaração do médico assistente.

23. Entrevista qualificada – Quando o CONTRANTE/TITULAR, com auxílio do médico, afim de responder aos requisitos pertinentes a si e seus dependentes, referente às condições de saúde e doenças que tenha tido e que tenha conhecimento, antes do momento da contratação do plano.

24. Evento - é o conjunto de ocorrências ou serviços de assistência médica ou hospitalar coberto por este contrato.

25. Exame - é o procedimento complementar solicitado pelo médico assistente, que possibilita uma investigação diagnóstica, para melhor avaliar as condições clínicas do beneficiário.

26. Exame Pericial de Admissão - é o ato médico (e demais procedimentos) executado por profissional indicado pela CONTRATADA cuja finalidade é identificar doença e lesão que o beneficiário seja portador antes da contratação.

27. Guia de Serviços de Saúde - é a relação dos serviços próprios e contratados pela CONTRATADA.

28. Hospital de Categoria Diferenciada - é aquele hospital que utiliza sua própria lista de preços e procedimentos, não se sujeitando a Tabela de Referência de terceiros.

29. Inscrição - é o ato de incluir um beneficiário no plano.

30. Internação Hospitalar - é quando o beneficiário fica sob os cuidados médicos em um estabelecimento hospitalar.

31. Mensalidade ou Contraprestação - é a quantia a ser paga mensalmente à CONTRATADA, em face das coberturas previstas no contrato, ou sua mera disponibilidade.

32. Leitos de alta tecnologia - UTI, semi-intensivo; unidades coronarianas e unidades de tratamento para queimados e definidos pela portaria GM nº 3432,de 12.08.98 do ministério da saúde

33. Medicamentos /Material importado nacionalizado - entende-se o produto com matéria-prima importada, que esteja devidamente registrado no ministério da saúde, manipulado e envasado no Brasil, com protocolo

Anexo Hospitalar 5 (6844043) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 90

e diretriz de prescrição devidamente homologada pela sociedade médica brasileira da especialidade, e assim normatizado.

34. Operadora de Planos de Saúde (OPS) - empresa legalmente constituída, devidamente registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS que comercializa planos de assistência à saúde, de acordo com os dispositivos da Lei 9.656/98.

35. Órtese - refere-se unicamente aos aparelhos ou dispositivos ortopédicos de uso provisório, destinados a alinhar, prevenir ou corrigir deformidades ou melhorar a função das partes móveis do corpo, podendo, ou não, ser retirado posteriormente. (Ex: pinos e placas metálicas, lentes oculares) dentre outros em relação especifica cujo ROL atualizado no site da ANS www.ans.gov.br

36. Patologia - modificações funcionais produzidas pela doença no organismo.

37. Plano - é a opção de coberturas adquirida pelo CONTRATANTE.

38. Preposto - é o representante que poderá em nome da CONTRATADA, comercializar ou gerenciar o Plano de Saúde.

39. Primeiros Socorros - é o conjunto de procedimentos que constitui o primeiro atendimento realizado nos casos de urgência ou emergência.

40. Procedimentos de Alta Complexidade - são aqueles listados em norma da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, consistindo nos únicos procedimentos que, quando referentes à doença ou lesão preexistente, poderão constar de cláusula contratual específica e ter sua cobertura suspensa pelo prazo de até 24 (vinte e quatro) meses.

41. Proposta de Adesão - é o documento preenchido pelo CONTRATANTE que expressa a constituição jurídica entre as partes e firma as condições do contrato.

42. Prótese - é a peça artificial empregada em atos cirúrgicos, em substituição parcial ou total de um órgão ou membro, reproduzindo sua forma e/ou sua função. (Ex: Stent, marca passo) dentre outros em relação especifica cujo ROL atualizado no site da ANS www.ans.gov.br

43. Recursos ou Serviços Contratados, Credenciados ou Referenciados - são aqueles colocados à disposição do beneficiário pela CONTRATADA, para atendimento médico-hospitalar.

44. Recursos Próprios ou Rede Própria hospitalar – todo recurso físico hospitalar de propriedade da CONTRATADA:

a) médica: constituída por profissional credenciado/contratado da CONTRATADA.

45. Rol de Procedimentos - é a lista editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, que referencia os procedimentos básicos obrigatórios, individualizados para as segmentações especificadas (ambulatorial, hospitalar, hospitalar com obstetrícia, odontológica e referência), encontra-se disponível no site www.ans.gov.br.

46. Urgência - atendimentos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional, onde haja diminuição do nível de consciência, dificuldade para respirar, dor intensa e alterações dos sinais vitais.

Anexo Hospitalar 5 (6844043) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 91

AEBEL

ASSOCIAÇÃO EVANGÉLICA
BENEFICENTE DE LONDRINA

PLANO DE SAÚDE Hospitalar

Hospital Evangélico DE LONDRINA

CEMITÉRIO PARQUE DAS OLIVEIRAS

PLANO DE SAÚDE
Hospitalar

R. Senador Souza Naves, 1922
86010-020 • Londrina • PR
T. 43 3315.1900 • www.planohospitalar.com.br

ANS 32675-5

Contrato Particular de Prestação de Serviços Médicos, Hospitalares, Serviço de Diagnóstico e Terapia.
Categoria: Individual/Familiar
Nome Comercial: APS Vida Plus 50+ Obs
Segmentação: Ambulatorial + Hospitalar COM Obstetrícia
Acomodação: Apartamento
Modalidade: Co-participação de 50%
Abrangência: Municipal
Registro na Agência Nacional de Saúde: 489.307.21-7

TABELA DE VALORES

PLANO APS VIDA PLUS 50% ACOMODAÇÃO APARTAMENTO COM OBSTETRÍCIA	
FX ETÁRIA	TITULAR
00 A 18	R$ 155,49
19 A 23	R$ 194,36
24 A 28	R$ 252,67
29 A 33	R$ 277,94
34 A 38	R$ 291,84
39 A 43	R$ 321,02
44 A 48	R$ 369,17
49 A 53	R$ 461,46
54 A 58	R$ 599,90
59 OU +	R$ 779,88

O CONTRATANTE/TITULAR obriga-se ao pré pagamento mensal para a CONTRATADA,por si e para cada um dos seus dependentes inscritos,de acordo com a faixa etária estabelecida na cláusula 16.3,dos valores vigentes à época da contratação,constantes na proposta de adesão,para efeito de mensalidade e agravos por doenças e lesões pré existentes,obedecida a seguinte tabela de descontos e de acordo com a inscrição e permanência do número de usuários no plano:

Quantidade Usuários por Contrato	Desconto
2 usuários	2,5%
3 usuários	3,0%
4 usuários ou mais	3,5%

Ocorrendo inclusões, dentro das regras estipuladas nas cláusula 6,promovendo acréscimo no número de usuários resultando mudança de faixa etária de desconto,o valor da mensalidades será automaticamente adequado à tabela de desconto,observando o número total de usuários,que somente será admitida por falecimento,separação judicial comprovada,ou perda da condição de dependentes referenciada na clausula 6,em sendo reduzido o número total de beneficiário integrantes do plano para menos de três,resultando mudança para outra faixa de desconto,o valor da mensalidade será automaticamente adequado à tabela de desconto correspondente.

Anexo Hospitalar 6 (6844061) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 93

PLANO DE SAÚDE

Hospitalar

CONTRATO

PLANO APS Vida Plus 50 + OBS

ANS 32675-5

Com menos do que você imagina,
você conta com as vantagens exclusivas do plano de saúde mais completo de Londrina para proteger a sua família.

Há mais de 50 anos o Plano de Saúde Hospitalar é especialista em cuidar dos norte-paranaenses, garantindo qualidade e eficiência nos serviços oferecidos. Nossa missão é levar mais saúde aos paranaenses pelo melhor preço, garantindo um atendimento de qualidade sempre que você precisar. Confira todas as nosas vantagens e cuide da sua família por valores que cabem no seu bolso!

- Hospital próprio, o maior e melhor da região
- Pronto-Socorro e Pronto-Atendimento funcionando 24h
- Ambulância com UTI móvel 24h
- Telemedicina via App Clic.digital
- Descontos em farmácias credenciadas
- Clínica Multiprofissional
- Clínica de Vacinas
- Mais de 500 médicos, clínicas e laboratórios
- Serviço de internação domiciliar
- Atendimento nacional de urgência e emergência por meio da ABRAMGE

A FACILIDADE DE UM PLANO DE SAÚDE DIGITAL!

- APP HOSPITALAR
- APP CLIC.DIGITAL TELEMEDICINA
- PLANOHOSPITALAR.COM.BR
- WHATSAPP ASSISTENTE VIRTUAL

Além de todos os benefícios,
o Plano de Saúde Hospitalar oferece cobertura total para todos os procedimentos exigidos pela ANS em um hospital próprio e reconhecido com Selo de Excelência ONA Nível III.

- ✔Consultas e exames
- ✔Internação e cirurgias
- ✔Parto e Cesárea
- ✔Urgências e emergências

Hospital Evangélico de Londrina

Sumário

CLÁUSULA I - QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA 4
CLÁUSULA II – LOCAL DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS 4
CLÁUSULA III -PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO 4
CLÁUSULA IV- FORMAÇÃO DO PREÇO 4
CLÁUSULA V – ATRIBUTOS DO CONTRATO 4
CLÁUSULA VI – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO 5
CLÁUSULA VII - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS 6
7.9. Da Cobertura Ambulatorial 7
7.10. Da Cobertura Hospitalar com Obstetrícia 8
CLÁUSULA VIII - EXCLUSÕES DE COBERTURA 10
CLÁUSULA IX – DA VIGÊNCIA 11
CLÁUSULA X - PERÍODOS DE CARÊNCIA 11
CLÁUSULA XI - DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES 12
CLÁUSULA XII - URGÊNCIA E EMERGÊNCIA 14
DA REMOÇÃO 14
Reembolso de despesas nas urgências/emergências: 15
CLÁUSULA XIII - MECANISMO DE REGULAÇÃO 15
CLÁUSULA XIV - FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE 18
CLÁUSULA XV – REAJUSTE 19
CLÁUSULA XVI - FAIXAS ETÁRIAS 19
MUDANÇA DE FAIXAS REAJUSTE (%) 20
CLÁUSULA XVII – BÔNUS E DESCONTOS 20
CLÁUSULA XVIII – DAS CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO 21
CLÁUSULA XIX - RESCISÃO/SUSPENSÃO 21
DAS OUTRAS DISPOSIÇÕES: 22
CLÁUSULA XX - ELEIÇÃO DE FORO 24
CLÁUSULA XXI - DISPOSIÇÕES GERAIS 25
DAS DEFINIÇÕES: 25

PLANO DE SAÚDE Hospitalar

Contrato Particular de Prestação de Serviços Médicos, Hospitalares, Serviço de Diagnóstico e Terapia.

Categoria: Individual/Familiar

Nome Comercial: APS Vida Plus 50 + Obs

Segmentação: Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia

Acomodação: Apartamento

Modalidade: Co-participação de 50%

Abrangência: Municipal

Registro na Agência Nacional de Saúde (ANS): 489.307.21-7

CLÁUSULA I - QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA

1.1. ASSOCIAÇÃO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA - AEBEL, inscrita no CNPJ/MF sob o nº. 78.613.841/0001-61, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS sob o nº. 32675-5, classificada na modalidade Filantropia, com sede à Avenida Bandeirantes n.º 618, Jardim Londrilar, CEP 86015-900, em Londrina - PR, neste ato representada na forma do seu estatuto e doravante denominada simplesmente **CONTRATADA**.

CLÁUSULA II – LOCAL DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

2.1 Os serviços ora contratos serão prestados pelos médicos credenciados, em serviços/recursos próprios, serviços/recursos contratados ou credenciados da CONTRATADA, constante no guia médico específico, **mediante o encaminhamento pelo Médico do serviço de Atenção Primária à Saúde (APS)**. A atualização será realizada diariamente e estará disponível na administração da operadora e através do site www.planohospitalar.com.br, **para este plano e exclusivamente dentro da sua área de atuação compreendendo a localidade de Londrina**.

CLÁUSULA III -PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

3.1 O tipo de acomodação hospitalar oferecida pelo plano é privativo, **padrão Apartamento**. Não havendo disponibilidade de leito hospitalar contratado nos estabelecimentos próprios ou credenciados pela CONTRATADA, é garantido ao beneficiário acesso à acomodação, em nível superior, sem ônus adicional, conforme artigo 33 da Lei 9.656/98.

CLÁUSULA IV- FORMAÇÃO DO PREÇO

4.1 Os valores a serem pagos pela cobertura assistencial contratada são **pré-estabelecidos.**

CLÁUSULA V – ATRIBUTOS DO CONTRATO

5.1. O presente contrato tem por objeto a prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais na forma de plano privado de assistência à saúde prevista no inciso I, do art. 1º, da Lei 9.656/98, visando à Assistência Médica Hospitalar com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, e do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento, através da modalidade de atendimento PORTA DE ENTRADA.

5.2. Não terão cobertura os atendimentos realizados pelos beneficiários diretamente aos prestadores credenciados, por livre escolha. Os beneficiários inscritos deverão dirigir-se primeiramente ao serviço de Atendimento Primário à Saúde (APS) na Clínica Multiprofissional do Plano de Saúde Hospitalar e, se necessário, serão devidamente encaminhados aos demais prestadores credenciados pela CONTRATADA.

Anexo Hospitalar 6 (6844061) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 97

5.3. Nos casos de atendimento de URGÊNCIA ou EMERGÊNCIA, o beneficiário deverá dirigir-se ao Hospital Evangélico de Londrina, que é a unidade de referência da CONTRATADA. Se não for possível dirigir-se aos serviços próprios da CONTRATADA, o beneficiário deverá dirigir-se a um hospital filiado ao Sistema Nacional de Atendimento de Urgência e Emergência ABRAMGE Associação Brasileira de Medicina de Grupo (www.abramge.com.br / fone 0800 7227511) e Rede Filantrópica (www.cmb.org.br).

5.4. Este instrumento tem as características de contrato de adesão, bilateral, que gera direitos e obrigações para ambas as partes, na forma do Código Civil Brasileiro, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

CLÁUSULA VI – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

6.1. O presente contrato se caracteriza pela contratação INDIVIDUAL sendo aquele que oferece cobertura da atenção prestada para a livre adesão de beneficiários, pessoas naturais, com ou sem grupo familiar.

6.2. Em face de o CONTRATANTE ter a faculdade de incluir seus dependentes ou grupo familiar, este plano também é caracterizado como FAMILIAR.

6.3. Para efeitos deste instrumento, o CONTRATANTE é o beneficiário titular e/ou responsável financeiro.

6.3.1. Os beneficiários dependentes são aqueles com grau de parentesco ou afinidade e **dependência econômica** em relação ao beneficiário titular

6.4. Podem ser inscritos como beneficiários dependentes aqueles que mantenham com o CONTRATANTE uma das seguintes relações:

a) Cônjuge;
b) Filhos solteiros, até 24 anos incompletos;
c) Enteado, o menor sob a guarda por força de decisão judicial e o menor tutelado.
d) Convivente, havendo união estável na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial;
e) Filhos comprovadamente inválidos definitivamente;

6.5. O plano firmado para os dependentes não poderá ser diferente daquele em que o beneficiário titular estiver inscrito;

6.6. A inclusão do beneficiário titular e respectivos dependentes será processada por meio da Proposta de Adesão, que integra este contrato para todos os fins de direito e com entrega da cópia dos respectivos documentos: CPF/MF, carteira de identidade (RG), comprovante de residência, certidão de nascimento/ certidão de casamento, título de eleitor, cartão nacional de saúde, e posteriores exigidos pela regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

6.7. Fica assegurada a inclusão:

6.7.1. Do recém-nascido, filho natural ou adotivo, como dependente, com isenção de carência, sendo vedada qualquer alegação de DLP ou aplicação de CPT ou Agravo, e desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 dias do nascimento pelo plano ou da adoção:

6.7.1.1. Do recém-nascido e filho adotivo, menor de 12 (doze) anos, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo beneficiário titular/adotante;

6.7.2. Ultrapassados os prazos para inclusão, previstos nos itens acima, os novos beneficiários cumprirão integralmente as carências previstas na cláusula específica;

6.7.3. Por ocasião de nova contratação, observar-se-ão os valores de comercialização da tabela vigente

Anexo Hospitalar 6 (6844061) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 98

na data da adesão ao plano Individual ou Familiar.

6.7.4. O dependente que vier a perder a condição de dependência poderá assinar contrato em seu próprio nome, em até 30 (trinta) dias a contar da data da perda do direito como beneficiário dependente, aproveitando as carências já cumpridas neste contrato.

CLÁUSULA VII - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

7.1. As coberturas assistenciais asseguradas neste contrato, para todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde e para todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, compreendem atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares, atendimentos obstétricos, serviços auxiliares de diagnóstico, terapia e atendimentos de urgência e emergência, realizados em unidades hospitalares, próprias ou contratadas, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, e suas atualizações, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vigente na data do evento, observados os limites, prazos de carências, condições estabelecidas neste contrato e as seguintes peculiaridades:

7.1.1. A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais priorizará o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando-se a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e de acordo com indicação do médico assistente.

7.1.2. Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10º Revisão - CID - 10, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto infligidas, estão obrigatoriamente cobertos por este instrumento.

7.2. O presente instrumento assegura o atendimento independente da circunstância e do local de ocorrência do evento, respeitadas a segmentação, a área de atuação e abrangência, a rede de prestadores de serviços contratada, credenciada ou referenciada da operadora de plano privado de assistência à saúde e os prazos de carência estabelecidos neste contrato.

7.3. Os procedimentos necessários ao tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas, decorrentes de procedimentos não cobertos pelo presente instrumento têm cobertura obrigatória quando constarem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, respeitadas as segmentações, os prazos de carência e Cobertura Parcial Temporária – CPT.

7.4. Os procedimentos necessários ao seguimento de eventos excluídos da cobertura, como internação em leito de terapia intensiva após transplante não coberto, não são considerados tratamento de complicações, mas parte integrante do procedimento inicial, não havendo obrigatoriedade de sua cobertura por parte das operadoras de planos de assistência à saúde.

7.5. Fica assegurado que os procedimentos garantidos pela legislação vigente serão de cobertura obrigatória quando solicitados pelo médico assistente, com exceção dos procedimentos odontológicos e dos procedimentos vinculados aos de natureza odontológica – aqueles executados por cirurgião-dentista ou os recursos, exames e técnicas auxiliares necessários ao diagnóstico, tratamento e prognóstico odontológicos, que poderão ser solicitados ou executados diretamente pelo cirurgião dentista.

7.6. O presente instrumento cobre os atendimentos nos casos de planejamento familiar listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento e conforme a segmentação assistencial contratada, incluindo:
- atividades educacionais;
- consultas de aconselhamento para planejamento familiar;
- atendimento clínico;
- implante de dispositivo intra-uterino (diu) hormonal incluindo o dispositivo.

Anexo Hospitalar 6 (6844061) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 99

7.7. A participação de profissional médico anestesiologista nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento terá sua cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínica.

7.8. Está garantida a cobertura dos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho, respeitadas as segmentações contratadas.

7.9. Da Cobertura Ambulatorial

7.9.1. A segmentação ambulatorial assegura atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, 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 unidade de terapia intensiva e unidades similares.

7.9.2. Estão cobertas consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM, de acordo com a rede credenciada da CONTRATADA.

7.9.3. Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação.

7.9.4. Cobertura de consulta e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento e nas Diretrizes de Utilização, conforme indicação do médico assistente.

7.9.5. Está coberta a psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento e nas Diretrizes de Utilização, que poderão ser realizados tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme indicação do médico assistente.

7.9.6. Garantia de cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente.

7.9.7. Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais:

a) Hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;
b) Quimioterapia oncológica ambulatorial;
c) Radioterapia ambulatorial;
d) Procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais;
e) Hemoterapia ambulatorial; e
f) Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

7.9.8. Este contrato compreende cobertura de atendimentos caracterizados como de urgência e emergência conforme previsto no presente instrumento jurídico.

7.9.9. Está assegurada a cobertura de remoção por ambulância dentro da área de abrangência geográfica desse contrato, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao paciente ou pela necessidade de internação.

Anexo Hospitalar 6 (6844061) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 100

7.9.10. Garantia de cobertura de medicamentos registrados/regularizados na ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época.

7.10. Da Cobertura Hospitalar com Obstetrícia

7.10.1. A segmentação hospitalar assegura a cobertura dos atendimentos realizados em todas as modalidades de internação hospitalar e os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência.

7.10.2. Coberturas de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM;

7.10.3. Acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional na indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou contratados pelo plano.

7.10.4. Cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente.

7.10.5. Garantia de cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação conforme previsto mais adiante neste instrumento.

7.10.6. Cobertura do atendimento por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico assistente e desde que o procedimento esteja previsto no Rol de Procedimentos da ANS e o profissional seja pertencente ao quadro de rede credenciada da CONTRATADA.

7.10.7. Cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, previstos no Rol de Procedimentos da ANS, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar.

7.10.8. Cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados desde que vinculados à internação coberta pelo presente instrumento e enquanto a mesma durar.

7.10.9. Cobertura de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, nos termos da legislação vigente.

7.10.9.1. A classificação dos diversos materiais utilizados pela medicina no país como órteses ou próteses deverá seguir lista a ser disponibilizada e atualizada periodicamente no endereço eletrônico da ANS na Internet (www.ans.gov.br).

7.10.10. Cobertura para remoção do beneficiário, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro.

7.10.11. Cobertura de despesas relativas a um acompanhante, que incluem:
a) Acomodação e alimentação necessárias à permanência do acompanhante para beneficiários menores de dezoito anos; e
b) Acomodação e alimentação, conforme indicação do médico ou cirurgião-dentista assistente, para beneficiários idosos com idade igual ou superior a sessenta anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais.

7.10.12. Cobertura dos procedimentos cirúrgicos crânio-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar, realizados por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo a cobertura

Anexo Hospitalar 6 (6844061) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 101

de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar.

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

7.10.14. Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:

a) Hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;
b) Quimioterapia oncológica ambulatorial;
c) Radioterapia ambulatorial e hospitalar;
d) Hemoterapia;
e) Nutrição parenteral ou enteral;
f) Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
g) Embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
h) Radiologia intervencionista;
i) Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
j) Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
k) Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época evento, exceto fornecimento de medicação de manutenção.

7.10.15. Cobertura de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, reconhecidos pela medicina no país, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer, conforme protocolos clínicos e indicação do médico assistente.

7.10.16. Cobertura de cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.

7.10.17. Cobertura de todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas.

7.10.18. Cobertura de hospital dia para transtornos mentais, de acordo com as Diretrizes de Utilização emitidas pela ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar.

7.10.19. Cobertura de transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, e dos procedimentos a eles vinculados, observada a legislação específica vigente.

7.10.20. O presente instrumento assegura que os candidatos a transplante de órgãos e tecidos provenientes de doador cadáver deverão obrigatoriamente estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDO e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de seleção.

7.10.21. 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

Anexo Hospitalar 6 (6844061) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 102

forma de autorização e cadastro junto ao Sistema Nacional de Transplante - SNT.

7.10.22. São competências privativas das CNCDO, dentro das funções de gerenciamento que lhes são atribuídas pela legislação em vigor:

I - determinar o encaminhamento de equipe especializada; e

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

7.10.23. Está garantida a cobertura de transplantes listados no Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e dos procedimentos a eles vinculados, incluindo:

a) as despesas assistenciais com doadores vivos;

b) os medicamentos utilizados durante a internação;

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

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

7.10.24. Nos casos de TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS, o atendimento ocorrerá da seguinte maneira:

a) Custeio integral de até 30 (trinta) dias de internação;

b) Nas internações psiquiátricas a partir do 31° (trigésimo primeiro) dia de internação, por ano de contrato, com co-participação do Beneficiário de 50% (cinquenta por cento), e será observados os tetos estabelecidos nos normativos vigentes da época;

Esse percentual de co-participação equivalerá ao máximo admitido por norma editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que estiver vigente à época da contratação do seguro.

c) A cobertura do tratamento em regime de hospital dia deverá se dar de acordo com as diretrizes estabelecidas nos normativos vigentes.

CLÁUSULA VIII - EXCLUSÕES DE COBERTURA

8.1. Em conformidade com o previsto no art. 10 da Lei 9.656/98, respeitadas as coberturas mínimas obrigatórias previstas no seu art. 12 e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, e suas atualizações, editados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e estará disponível através do site www.ans.gov.br, dentro da segmentação assistencial deste contrato, fica permitida a exclusão de:

I. **Tratamentos clínicos e/ ou cirúrgicos que sejam experimentais realizados por médicos ou multiprofissionais como psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas dentre outos;**

II. **Tratamentos e/ou procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;**

III. **Tratamento inseminação artificial;**

IV. **Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como emspas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;**

V. **Tratamento de fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados;**

VI. **Tratamento de fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde - CITEC;**

VII. **Tratamento de fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;**

VIII. **Tratamento de fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;**

IX. **Tratamento de tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;**

Anexo Hospitalar 6 (6844061) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 103

X. **Tratamento de casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;**

XI. **Tratamento em estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;**

XII. **Tratamento de consultas domiciliares;**

XIII. **Tratamento de cirurgias para mudança de sexo;**

XIV. **Tratamento de produtos de toalete e higiene pessoal, serviços telefônicos ou qualquer outra despesa que não seja vinculada à cobertura deste contrato;**

XV. **Tratamento de procedimentos, exames e tratamentos realizados fora da área de abrangência contratada, bem como das despesas decorrentes de serviços médicos hospitalares prestados por médicos não credenciados ou entidades não credenciadas a Operadora, à exceção dos atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, que poderão ser realizados por médicos e serviços não credenciados e, posteriormente, reembolsados na forma e termos previstos neste contrato;**

XVI. **Tratamento de enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar;**

XVII. **Tratamento de aplicação de vacinas;**

XVIII. **Tratamento de exames para piscina ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;**

XIX. **Tratamento por aluguel de equipamentos hospitalares e similares;**

XX. **Tratamento de consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de emergência ou urgência,bem como remoção domiciliar, salvo nos casos de internação domiciliar oferecida pela operadora em substituição à internação hospitalar;**

XXI. **Tratamento transplantes, exceto os de córnea e rim e os transplantes autólogos;**

XXII. **Tratamento de procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior;**

XXIII. **Tratamento de investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;**

XXIV. **Tratamento de procedimentos não relacionados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;**

XXV. **Tratamento de especialidade médica não reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina; e**

XXVI. **Tratamentos eletivos realizados fora da estrutura e serviços prestados pela CONTRATADA, sem o encaminhamento do médico da Atenção Primária em Saúde (APS) e/ou sem autorização prévia.**

CLÁUSULA IX – DA VIGÊNCIA

9.1. Será considerado como início de vigência contratual a data da assinatura da proposta de adesão, da assinatura do instrumento jurídico em si ou a data de pagamento da mensalidade inicial, o que ocorrer primeiro,de forma a não haver prorrogação indevida dos prazos de carência.

9.2. O presente instrumento possui prazo de vigência mínima de um ano, com renovação automática por prazo indeterminado, sendo vedada a cobrança de taxa ou qualquer outro valor.

9.3. É vedada a recontagem de carências por ocasião da renovação contratual.

CLÁUSULA X - PERÍODOS DE CARÊNCIA

10.1 As carências explicitadas neste contrato serão contadas d**a data de assinatura da proposta de admissão, ou da data de assinatura do contrato, ou ainda partir do pagamento da mensalidade inicial, o que ocorrer primeiro,** sendo assim especificadas:

a) 24 (vinte quatro) horas para atendimentos de urgência e emergência decorrente de acidentes pessoais.

b) 180 (cento e oitenta) dias para consultas medicas,exames de patologia clínica simples.

c) 180 (cento e oitenta) para demais exames complementares, exceto os descritos letra "E" desta cláusula.

d) 180 (cento e oitenta) dias para procedimento de reabilitação e fisioterapia.

e) 180 (cento e oitenta) dias para procedimentos clínicos ou cirúrgicos (tanto em regime ambulatorial como de internação), bem como para tomografia computadorizada, ressonância magnética, neuro-radiologia, angiografia visceral, periférica, radiologia intervencionista e hemodinâmica.

Anexo Hospitalar 6 (6844061) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 104

f) 180 (cento e oitenta) dias para hemodiálise e diálise, quimioterapia e radioterapia.

g) 300 (trezentos) dias para parto a termo (desde que contratada a modalidade obstétrica)

h) 24 (vinte quatro) meses para cobertura parcial temporária de cirurgias, leito de alto tecnologia e procedimento de alta complexidade conforme previsto nas resoluções editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar com relação ás doenças ou lesões pré-existentes informadas pelo usuário na declaração de saúde, na entrevista qualificada ou identificadas por outros meios no decorrer da vigência do contrato que eram de conhecimento prévio do usuário que foram do usuário que foram omitidas pelo mesmo por ocasião da contratação, sem que o CONTRATANTE tinha feito a opção por agravo da mensalidade para cobertura destas doenças e lesões na data da contratação.

10.2. As carências acima poderão ser reduzidas passando a valer aquelas a ser formalizado em anexo específico integrante deste contrato.

10.3. As despesas decorrentes da utilização dos serviços durante o período de carência serão de responsabilidade única e exclusiva do CONTRATANTE.

10.4. Para as inclusões de beneficiários posteriores à assinatura do Contrato, a contagem do prazo de carência iniciar-se-á na data de assinatura da Proposta de Admissão/adesão pelo beneficiário.

CLÁUSULA XI - DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

11.1. Das definições legais:
Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP) são 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 9656/98, o inciso IX do art. 4º da Lei nº 9961/00 e as diretrizes estabelecidas em Resolução específica da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.
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 os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.

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 (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.

11.2. É condição para inscrição de beneficiários, no ato da assinatura do contrato ou para inclusões posteriores, o preenchimento da **Declaração de Saúde.**

11.3. O beneficiário titular está obrigado, por ocasião da contratação, a informar, por si e por seus dependentes, ser conhecedor ou não da condição de portador ou sofredor de doença ou lesão preexistente àquela data.

11.4. A informação será prestada, através de **Declaração de Saúde**, cujo formulário é parte integrante deste contrato, facultada aos beneficiários a realização de **Entrevista Qualificada** com um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados ou referenciados pela contratada, sem nenhum ônus para o beneficiário, ou, a critério do beneficiário, com um médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da contratada, assumindo, neste caso, as despesas daí decorrentes.

11.5. O objetivo da **Entrevista Qualificada** é orientar o beneficiário para o correto preenchimento da **Declaração de Saúde**, onde são declaradas as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.

Anexo Hospitalar 6 (6844061) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 105

11.6. As informações prestadas na **Declaração de Saúde** serão protegidas pela CONTRATADA sendo vedada sua divulgação ou fornecimento a terceiros, não envolvidos na prestação dos serviços assistenciais, sem a anuência expressa do beneficiário, ressalvados os casos previstos na legislação em vigor.

11.7. A CONTRATADA, no momento da contratação, poderá optar pela realização de **Perícia Prévia**, com a concordância plena do beneficiário, cujo objetivo principal é identificar a existência de doenças ou lesões preexistentes, bem como de solicitar documentação probatória de quaisquer informações do beneficiário constantes em sua **Declaração de Saúde**. Neste caso, fica vedada a alegação de omissão de informação de DLP quando realizado qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário pela CONTRATADA, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.

11.8. Caso a CONTRATADA opte pelo não oferecimento de cobertura total e havendo constatação da existência de lesão ou doença preexistente que possa gerar a necessidade de eventos cirúrgicos, do uso de leitos de alta tecnologia ou de procedimentos de alta complexidade, nos termos da regulamentação específica, será oferecida ao beneficiário a opção de Cobertura Parcial Temporária - CPT, pelo prazo máximo de 24 (vinte e quatro) meses, sendo facultado à CONTRATADA o oferecimento de cláusula de Agravo, como opção a Cobertura Parcial Temporária – CPT, sem prejuízo do cumprimento dos prazos de carência.

11.8.1. Na hipótese de Cobertura Parcial Temporária, a CONTRATADA somente poderá suspender a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta tecnologia e os procedimentos de alta complexidade, quando relacionados exclusivamente à Doença ou Lesão Preexistente.

11.9. A opção entre a **Cobertura Parcial Temporária – CPT**, ou **Agravo**, deverá figurar em declaração expressa e específica, que fará parte integrante do presente contrato.

11.10. Nos casos em que a opção seja pelo **Agravo**, o valor correspondente ao agravamento, bem como seu período de vigência, serão previamente informados e será objeto de Termo Aditivo, ficando uma via para cada um dos contratantes.

11.11. Caso sejam identificados indícios de fraude, referente à omissão de conhecimento de doenças e lesões preexistentes por ocasião da contratação ou adesão ao plano, a CONTRATADA comunicará imediatamente ao consumidor beneficiário sendo oferecida a opção de **Cobertura Parcial Temporária – CPT,** facultada à CONTRATADA a opção do **Agravo.** Caso não haja concordância do beneficiário com a alegação, a CONTRATADA encaminhará a documentação pertinente à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, que efetuará o julgamento da alegação de informação de omissão na declaração de saúde. Se solicitado, o beneficiário deverá remeter ao Órgão Regulador toda a documentação necessária para a instrução do processo.

11.12. Caso seja aberto o **Processo Administrativo** junto ao Órgão Regulador (ANS), para julgamento da alegação de informação de omissão de doença ou lesão preexistente, não será permitida, sob qualquer alegação, a negativa de cobertura assistencial, assim como a suspensão ou rescisão unilateral de contrato, até a publicação pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS do encerramento do Processo Administrativo.

11.13. Se comprovada junto à Agência Nacional de Saúde - ANS a omissão de doença ou lesão preexistente, o beneficiário será responsável pelo pagamento das despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão omitida, a partir da data em que tiver recebido comunicado ou notificação da CONTRATADA alegando a existência de doença ou lesão preexistente não declarada.

11.14. A CONTRATADA poderá comprovar o conhecimento prévio do consumidor sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão, durante o período de 24 (vinte e quatro) meses, podendo a omissão dessa informação ser considerada comportamento fraudulento, considerando:

11.14.1. À CONTRATADA caberá o ônus da prova;

11.14.2. A CONTRATADA poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação, dentro dos princípios da ética e legalidade.

Anexo Hospitalar 6 (6844061) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 106

11.15. Não haverá exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de contratação do plano de saúde após 24 (vinte e quatro) meses de vigência da contratação, cabendo à CONTRATADA o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do beneficiário.

11.16. Não haverá suspensão da assistência à saúde do beneficiário, titular ou dependente, até a prova do conhecimento prévio do mesmo.

CLÁUSULA XII - URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

12.1. Das definições legais:

Emergência: atendimentos que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente,com alterações severas dos sinais vitais, caracterizado em declaração do médico assistente.

Urgência: atendimentos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional, ondehaja diminuição do nível de consciência, dificuldade para respirar, dor intensa e alterações dos sinais vitais.

12.2. A cobertura dos procedimentos em situações de emergência ou urgência que implicar em risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis para o beneficiário, incluindo os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional, reger-se-á pela garantia da atenção e atuação no sentido da preservação da vida, órgãos e funções.

12.3. A CONTRATADA garantirá os atendimentos decorrentes de acidentes pessoais, sem restrições, depois de decorridas 24 horas de vigência do contrato.

12.4. A cobertura será prestada por 12 (doze) horas ou, caso surja a necessidade de internação, por período inferior, para:

I - **os atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, durante o cumprimento dos períodos de carência;**

II - **os atendimentos de urgência e emergência, quando efetuados no decorrer dos períodos de carência para internação; e**

III - **os casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia ou procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças ou lesões preexistentes.**

12.5. Após cumpridas as carências, haverá cobertura dos atendimentos de urgência e emergência desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções.

DA REMOÇÃO

12.6. A remoção do paciente será garantida pela CONTRATADA nas seguintes hipóteses:

I - para outra unidade de atendimento da rede do plano, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente; e

II - para uma unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, quando houver o limite de 12 (doze) horas de atendimento, nas hipóteses citadas acima, e este for atingido ou surgir a necessidade de internação.

Da Remoção para o SUS:

12.7. À CONTRATADA caberá o ônus e a responsabilidade da remoção do beneficiário para uma unidade

Anexo Hospitalar 6 (6844061) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 107

do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento.

12.8. Quando não puder haver 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.

12.9. A CONTRATADA deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS.

12.10. Se o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade que, ainda que pertencente ao SUS, não disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento, ficará a CONTRATADA desobrigada da responsabilidademédica e do ônus financeiro da remoção.

Reembolso de despesas nas urgências/emergências:

12.11. Nos casos de urgência e emergência em que o usuário não puder utilizar os serviços próprios ou credenciados indicados na relação fornecida pela HOSPITALAR, dentro da área geográfica de abrangência do plano, serão reembolsadas as despesas cobertas pelo plano contratado.

12.12. O reembolso será efetuado tendo como base os valores vigentes na data de atendimento, de acordo com os seguintes critérios:

a) **Honorários médicos e serviços complementares de diagnóstico e tratamento, serão reembolsados tendo com base o valor do procedimento correspondente na tabela praticada pela CONTRATADA junto à sua rede credenciada, a tabela estará disponível na administração da operadora;**

b) **Despesas hospitalares serão reembolsadas tendo como base a Tabela de procedimentos do Hospital Evangélico de Londrina para categoria CONVÊNIO, até o valor máximo nela constante para o procedimento correspondente ao efetuado ao beneficiário, a tabela estará disponível na administraçãoda operadora;**

c) **Medicamentos e materiais serão reembolsados de acordo com a média de mercado na área de abrangência do plano contratado, á data do atendimento, a tabela estará disponível na administraçãoda operadora.**

12.13. O reembolso será pago no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da apresentação dos seguintes documentos originais que, posteriormente, serão disponibilizados para devolução pelo período de 6 (seis) meses subsequentes ao pagamento, na hipótese do pagamento não ser integral.

12.14. Somente serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao beneficiário, enquanto perdurou o estado de urgência ou emergência. O beneficiário perderá o direito ao reembolso decorridos 90 (noventa) dias contados da data do evento.

12.15. O reembolso será realizado pelos valores apurados na categoria CONVÊNIO, independentemente do atendimento de urgência ou emergência, ter sido efetuado na categoria particular, podendo, em razão disso, haver diferenças entre valor desembolsado pelo contratante e o valor a ser reembolsado pela CONTRATADA. Os valores excedentes aos fixados para categoria CONVÊNIO, serão de INTEIRA RESPONSABILIDADE do contratante independente da caracterização de urgência e emergência.

12.16. Do valor total do reembolso serão deduzidos os percentuais da co-participação, quando for o caso, a que estaria sujeito o Contratante caso fosse utilizada a rede credenciada da CONTRATADA, nos valores e limites previstos neste contrato.

CLÁUSULA XIII - MECANISMO DE REGULAÇÃO

Anexo Hospitalar 6 (6844061) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 108

13.1. Este plano **Não dá Acesso a Livre Escolha de Prestadores Credenciados**. O acesso aos serviços de saúde contratados dar-se-á na modalidade de **PORTA DE ENTRADA, através da APS - ATENÇÃO PERSONALIZADA À SAÚDE**, na **Clínica Multiprofissional do Plano de Saúde Hospitalar**, conforme seus horários e dias de atendimento. **O Acesso aos demais especialistas credenciados dar-se-á por encaminhamento do MÉDICO da APS Clínica Multiprofissional do Plano de Saúde Hospitalar**.

13.2. Nos casos de baixa gravidade e ocorridos fora dos horários de atendimento da Clínica Multiprofissional do Plano de Saúde Hospitalar, serviço APS, o beneficiário deverá dirigir-se o serviço de atendimento do Pronto Atendimento do plano Hospitalar e em casos de Urgência ou Emergência deverá buscar atendimento no Pronto Socorro do Hospital Evangélico de Londrina.
13.3. Os beneficiários obrigam-se a fornecer ao prestador do serviço, o Cartão de Identificação de Beneficiário dentro do prazo de validade, emitido pela CONTRATADA, documento de identidade e/ou caso exista, permitira identificação por tecnologia digital.

13.4. As internações hospitalares serão processadas mediante Guia de Internação, solicitadas pelo médico assistente em favor do beneficiário, que será disponibilizada para análise da CONTRATADA para concessão de sua autorização.

13.5. O prazo de internação, fixado pela CONTRATADA, constará da guia expedida e corresponderá à média de dias utilizados para casos idênticos, ou ainda, contemplará aquele definido pelo médico assistente.

Excetuando-se os casos de urgência e emergência, **os demais serviços serão prestados**
13.6. mediante autorização prévia da CONTRATADA;

13.6.1. Nos casos de urgência ou emergência, o beneficiário, ou quem por ele responda, terá até o segundo dia útil, subsequente à data do evento, para **providenciar a respectiva autorização do procedimento,** mediante solicitação devidamente fundamentada, carimbada e assinada pelo médico assistente;

13.6.2. Consultas Médicas: Os beneficiários devem observar a modalidade de acesso às coberturas pelo processo de **PORTA DE ENTRADA** para atendimento médico na **Clínica Multiprofissional do Plano de Saúde Hospitalar, serviço de Atenção Primária à Saúde (APS),** unidade que é referência da CONTRATADA, observados seus horários de funcionamento. **O acesso aos demais prestadores credenciados dar-se-á por encaminhamento do MÉDICO da APS.**

13.6.3. Exames Complementares de Diagnóstico e Tratamento: poderão ser solicitados pelo médico assistente e serão realizados, após a autorização prévia da **CONTRATADA. A solicitação para autorização deverá ocorrer na Clínica Multiprofissional do Plano de Saúde Hospitalar de modo presencial ou por meios de atendimento à distância, como por aplicativos ou outros canais que estiverem disponíveis. Somente após a autorização o beneficiário poderá prosseguir aos prestadores credenciados para realizar os exames.**

13.6.4. Serviços Multiprofissionais/Terapias: poderão ser solicitados pelo médico assistente e serão realizados, após a autorização prévia da **CONTRATADA. A solicitação para autorização deverá ocorrer na Clínica Multiprofissional do Plano de Saúde Hospitalar de modo presencial ou por meios de atendimento à distância, como por aplicativos ou outros canais que estiverem disponíveis. Somente após a autorização o beneficiário poderá prosseguir aos prestadores credenciados para realizar as consultas/sessões.**

13.6.5. Tratamentos ambulatoriais: poderão ser solicitados pelo médico assistente e serão realizados, após a autorização prévia da **CONTRATADA. A solicitação para autorização deverá ocorrer na Clínica Multiprofissional do Plano de Saúde Hospitalar de modo presencial ou por meios de atendimento à distância, como por aplicativos ou outros canais que estiverem disponíveis. Somente após a autorização o beneficiário poderá prosseguir aos prestadores credenciados para realizar os tratamentos.**

Anexo Hospitalar 6 (6844061) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 109

13.6.6. Internações Hospitalares: As internações hospitalares serão processadas mediante Guia de Internação, solicitadas pelo médico assistente e serão realizadas, após a autorização prévia da CONTRATADA. **A solicitação para autorização deverá ocorrer na Clínica Multiprofissional do Plano de Saúde Hospitalar de modo presencial ou por meios de atendimento à distância, como por aplicativos ou outros canais que estiverem disponíveis. Somente após a autorização o beneficiário poderá prosseguir aos prestadores credenciados para realizar a internação.**

13.6.7. Haverá tolerância para os casos de comprovada impossibilidade de cumprimento do prazo acima disposto;

13.6.8. Nos procedimentos que exigem autorização prévia, a CONTRATADA providenciará a autorização para o procedimento em no máximo estipulados pela legislação vigente editadas pela Agência Nacional de Saúde, a partir do protocolo da solicitação ou, em prazo inferior quando caracterizado caso de urgência e/ou emergência.

13.7. Nos casos de transferência para leitos de alta tecnologia, eventos cirúrgicos em beneficiários internados para tratamento clínico e realização de procedimentos de alta complexidade será necessária a autorização prévia pela CONTRATADA, mesmo que o paciente já se encontre internado, salvo nas urgências e/ou emergências intercorrentes, quando então poderá ser solicitada posteriormente, no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas.

13.7.1. A inobservância dos prazos acima, caso não haja justificativa plausível, reserva à CONTRATADA o direito de não se responsabilizar pelo pagamento das despesas decorrentes.

13.8. As despesas extraordinárias realizadas pelo paciente e/ou acompanhante, não relacionadas diretamente com o tratamento, serão de sua inteira responsabilidade, sendo pagas diretamente à entidade hospitalar.

13.8.1. São consideradas como despesas extraordinárias: medicamentos não prescritos pelo médico assistente, produtos de toalete e higiene pessoal e alimentos que não sejam servidos pela instituição;

13.9. Comprovada a indevida utilização de serviços, estes serão de responsabilidade exclusiva do CONTRATANTE, ainda que o ato tenha sido praticado sem o seu conhecimento, ficando estabelecido que os comprovantes das despesas decorrentes deste fato poderão constituir dívida líquida, certa e exigível, caracterizando título extrajudicial capaz de autorizar o seu protesto ou a sua execução judicial.

13.10. Os serviços serão prestados por intermédio do médico assistente e de rede própria ou contratada, básica ou especializada, direta ou indiretamente, de acordo com a área geográfica do contrato.

13.11. No ato da contratação será entregue ao CONTRATANTE o **Guia de Serviços de Saúde**, editado pela CONTRATADA, informando a relação de seus prestadores, médicos credenciados, hospitais e clínicas, devendo, entretanto, o beneficiário, ao utilizar-se dos serviços, confirmar as informações pelo site da CONTRATADA, em razão do processo dinâmico do quadro da rede contratada e/ou credenciada, direta e indiretamente, de acordo com a área de abrangência contratada. **Ressalta-se que o acesso à rede prestadora do plano SOMENTE OCORRERÁ APÓS AUTORIZAÇÃO PRÉVIA.**

13.12. A CONTRATADA reserva-se no direito de rescindir o contrato com qualquer participante da sua rede assistencial, bem como de contratar novos serviços, a seu exclusivo critério, sempre mantendo a qualidade da prestação dos serviços previstos neste instrumento.

13.12.1. As alterações da rede hospitalar cumprirão o disposto no art. 17 da Lei n°. 9.656/98 ou seja, as substituições serão comunicadas aos CONTRATANTES e à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS com antecedência de 30 (trinta) dias. A redução de serviços hospitalares, com propósito de

Anexo Hospitalar 6 (6844061) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 110

redimensionamento da rede, somente ocorrerá mediante prévia solicitação e autorização expressa da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e também, será informado ao CONTRATANTE.

13.13. Havendo utilização nos eventos abaixo será devida participação do beneficiário no custeio da despesa assistencial, através dos mecanismos de co-participação, de acordo com o que segue:

13.14. Os valores das despesas decorrentes da utilização dos procedimentos constantes na cobertura ambulatorial serão cobrados **50% (cinquenta por cento)** tendo como base a **tabela referência da operadora**, e a tabela estará disponível na administração da operadora, até os limites máximos de co-participação de **R$ 100,00 (cem reais) por procedimento classificado no Grupo 1** ou de **R$ 200,00 (duzentos reais) por procedimento classificado no Grupo 2**, conforme tabela Grupos_Coparticipação definida pela Operadora.

13.15. O reajuste dos valores dos limites máximos de co-particapação acima descritos, serão realizados anualmente no mesmo mês e com o mesmo índice autorizado para reajuste da taxa de manutenção do presente contrato.

13.16. Fica estabelecido que é devida a co-participação em todos os procedimentos constantes da cobertura Ambulatorial.

13.17. As internações de beneficiários **portadores de transtornos psiquiátricos** estão sujeitas à co-participação pecuniária no total das despesas, a partir do 31° (trigésimo primeiro) dia de internação, de acordo com o número de dias de internação, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, para o respectivo paciente.

13.17.1 Portanto haverá o custeio parcial, a partir do 31° (trigésimo primeiro) dia de internação, por ano de contrato, não cumulativos, contínuos ou não, em hospital psiquiátrico ou em unidade Apartamento psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise, através de co-participação de 50% (cinquenta por cento) observados o tetos estabelecidos nos normativos vigentes à época e não podendo caracterizar o financiamento integral da internação.

13.17.1.1. Os percentuais e valores estabelecidos neste contrato serão calculados sobre os valores fixados na **Tabela Referencial da CONTRATADA** e respeitarão os tetos estipulados nos normativos editados pela ANS vigentes à época;

13.17.1.2. O montante devido da co-participação integrará as contraprestações subsequentes ao mês do evento, porém, será discriminado.

13.18. A CONTRATADA fornecerá, sempre que solicitado pelo beneficiário, laudo circunstanciado, bem como cópia de toda a documentação relativa às questões de impasse que possam surgir no curso do contrato, decorrente da utilização dos mecanismos de regulação.

13.19. Para as situações que implicarem em divergências nas regras de regulação, fica assegurado o atendimento ao beneficiário por profissional técnico, no prazo máximo de 1 (um) dia útil, a partir do momento da solicitação ou em prazo inferior quando caracterizada a urgência.

13.20. Nas situações de divergências a respeito de autorização prévia, a definição do impasse será feita através de Junta constituída pelo médico solicitante ou nomeado pelo beneficiário, por médico auditor da CONTRATADA e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais anteriores, cuja remuneração ficará a cargo da CONTRATADA.

CLÁUSULA XIV - FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

14.1. Para efeitos deste contrato, os valores previstos para contraprestação serão de forma PRÉ-

Anexo Hospitalar 6 (6844061) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 111

ESTABELECIDA.

14.2. Como contraprestação mensal, os valores estão expressos na tabela comercial constante do **ANEXO I**, parte integrante deste instrumento, de acordo com a idade de cada beneficiário.

14.2.1 Todos os pagamentos serão realizados diretamente à CONTRATADA, por meio de boleto bancário, não tendo o profissional médico ou qualquer outro prestador, autorização para recebimento ou negociação de valores em nome da CONTRATADA.

14.2.2. Eventuais valores de co-participação em internações decorrentes de transtornos psiquiátricos deverão ser liquidados da mesma forma que as mensalidades, pois delas farão parte, e serão cobrados subsequentes aomês do atendimento.

14.3. Quando a data de vencimento cair em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser realizado até o primeiro dia útil subsequente.

14.4. Se o CONTRATANTE não receber o documento que possibilite realizar o pagamento de sua obrigação, até 05 (cinco) dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente na sede da CONTRATADA ou por meio do site www.planohospitalar.com.br, para que não se sujeite às consequências da mora.

14.5. Ocorrendo impontualidade no pagamento da mensalidade, serão cobrados juros de mora de 1% (um porcento), além de multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado, e ainda, conformeo caso, cobrança judicial, ressarcimento por perdas e danos, honorários advocatícios e reembolso de custas judiciais, sem prejuízo do direito da CONTRATADA inscrever o nome do inadimplente nos cadastros de restrição ao crédito (SPC e SERASA) e ou protestar o contrato.

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

14.7. O pagamento da contraprestação pecuniária referente a um determinado mês não implica na quitação de débitos anteriores.

CLÁUSULA XV – REAJUSTE

15.1. O reajuste ocorrerá anualmente, a partir da data de aniversário do contrato, sendo que índice de reajuste a ser aplicado nas contraprestações, e nos valores de co-participação deste contrato está sujeito à obediência ao índice autorizativo da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS (Órgão Regulador).

15.2. Caso nova legislação venha a autorizar o reajustamento em período inferior a 12 (doze) meses, a mesma terá aplicação imediata sobre este contrato.

15.3. Fica estabelecido que os valores relativos às inclusões de dependentes terão o primeiro reajuste integral, independentemente da variação da faixa etária, na data de aniversário de vigência do presente contrato e mediante autorização da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, entendendo-se como data base única, independente da data de inclusão do beneficiário dependente.

CLÁUSULA XVI - FAIXAS ETÁRIAS

16.1. As mensalidades são estabelecidas de acordo com a faixa etária em que cada beneficiário inscrito esteja enquadrado. Ocorrendo alteração na idade de qualquer dos beneficiários que importe em deslocamento para a faixa etária superior, a contraprestação pecuniária será aumentada automaticamente, no mês seguinte ao do aniversário do beneficiário.

16.2. As faixas etárias para os fins deste contrato são:

Anexo Hospitalar 6 (6844061) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 112

1ª FAIXA Até 18 (dezoito) anos
2ª FAIXA 19 a 23 (dezenove a vinte e três) anos
3ª FAIXA 24 a 28 (vinte e quatro a vinte e oito) anos
4ª FAIXA 29 a 33 (vinte e nove a trinta e três) anos
5ª FAIXA 34 a 38 (trinta e quatro a trinta e oito) anos
6ª FAIXA 39 a 43 (trinta e nove a quarenta e três) anos
7ª FAIXA 44 a 48 (quarenta e quatro a quarenta e oito) anos
8ª FAIXA 49 a 53 (quarenta e nove a cinquenta e três) anos
9ª FAIXA 54 a 58 (cinquenta e quatro a cinquenta e oito) anos
10ª FAIXA A partir de 59 (cinquenta e nove) anos

16.3 Variação do valor da mensalidade em decorrência da mudança de faixa etária corresponderá aos percentuais abaixo, que incidirão sobre o preço então pago na faixa etária anterior, **e não se confundem** com o reajustamento pela variação de custo (mensalidades):
MUDANÇA DE FAIXAS REAJUSTE (%)

Da 1ª para 2ª Faixa 25%
Da 2ª para 3ª Faixa 30%
Da 3ª para 4ª Faixa 10%
Da 4ª para 5ª Faixa 5%
Da 5ª para 6ª Faixa 10%
Da 6ª para 7ª Faixa 15%
Da 7ª para 8ª Faixa 25%
Da 8ª para 9ª Faixa 30%
Da 9ª para 10ª Faixa 30%

16.4. Os beneficiários com **mais de 59 (cinquenta e nove) anos de idade** não sofrerão reajustes por mudança de faixa etária, mas permanecerão os reajustes anuais, ou conforme determinar a legislação pertinente, pela variação de custo.

16.5. Os percentuais de variação entre cada faixa etária sempre observará os valores fixados para a última faixa que não poderá ser superior a 6 (seis) vezes o valor da primeira faixa e, a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

CLÁUSULA XVII – BÔNUS E DESCONTOS

17.1. O CONTRATANTE/TITULAR obriga-se ao pré pagamento mensal para a CONTRATADA, por si e para cada um dos seus dependentes inscritos, de acordo com a faixa etária estabelecida na cláusula 16.3, dos valores vigentes à época da contratação,constantes na proposta de adesão, para efeito de mensalidade e agravos por doenças e lesões pré existentes, obedecida a seguinte tabela de descontos e de acordo com a inscrição e permanência do número de usuários no plano:

Quantidade Usuários por Contrato	Desconto
2 usuários	2,5%
3 usuários	3,0%
4 usuários ou mais	3,5%

17.2. Ocorrendo inclusões, dentro das regras estipuladas nas cláusula 6, promovendo acréscimo no número de usuários resultando mudança de faixa etária de desconto, o valor da mensalidades será automaticamente adequado à tabela de desconto, observando o número total de usuários, que somente será admitida por falecimento, separação judicial comprovada, ou perda da condição de dependentes referenciada na clausula 6, **em sendo reduzido o número total de beneficiário integrantes do plano, resultando mudança para outra faixa de desconto, o valor da mensalidade será automaticamente adequado à tabela de desconto**

Anexo Hospitalar 6 (6844061) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 113

correspondente.

CLÁUSULA XVIII – DAS CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

18.1. Perderá a condição de beneficiário e será excluído do plano:

18.1.1. O beneficiário titular que solicitar por escrito sua exclusão, ou do(s) seu(s) dependente(s);

18.1.2. O beneficiário dependente que por qualquer motivo deixar de atender as condições exigidas para sua inscrição, sendo:

18.1.2.1. Perda da condição de cônjuge ou convivente;

18.1.2.2. Aquisição da maioridade;

18.1.2.3. Perda da condição de dependência econômica;

18.1.2.4. Infrações ou fraudes com o objetivo de obter vantagens ilícitas;

18.1.2.5 Perda por morte.

18.1.3. As perdas da condição de dependência nos itens deve ser comunicado pelo titular, em até 30 dias do evento que ocasionou a perda, sob pena de em não o fazendo ser devido pelo titular o valor equivalente a um novo contrato similar ao presente.

18.2. A extinção do vínculo do beneficiário titular do plano, salvo nas hipóteses da inadimplência ou fraude comprovada, não se extingue o presente contrato, sendo assegurada a manutenção das condições contratuais aos seus dependentes, com a consequente assunção das obrigações decorrentes. Para tanto, será formalizado instrumento contratual específico de assunção das obrigações decorrentes.

18.3. Ocorrendo a perda da condição de beneficiário nas condições previstas no item 18.1.2. acima, o beneficiário poderá contratar plano na modalidade Individual ou familiar com esta CONTRATADA em até 30 (trinta) dias, contados da data em que ocorreu a referida perda, aproveitando os períodos de carências já cumpridas;

18.4. Por ocasião de nova contratação, observar-se-ão os valores de comercialização da tabela vigente na data da adesão ao plano contratado.

CLÁUSULA XIX - RESCISÃO/SUSPENSÃO

19.1. Será considerado rescindido este contrato se houver atraso no pagamento da contraprestação por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência, desde que o CONTRATANTE tenha sido notificado até o 50º (quinquagésimo) dia de inadimplência, sem prejuízo do direito da CONTRATADA requerer judicialmente a quitação dos valores devidos, com suas consequências moratórias.

19.1.1. Permitida a redução do período de inadimplência pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, haverá imediata aplicação pela CONTRATADA do novo normativo ao presente instrumento.

19.1.2. O Titular outorga poderes expressos para qualquer com seus dependentes, podendo retirar cada um suas próprias guias, bem como poderes para qualquer beneficiário dependente possa assinar cobrança, aviso e suspensão e cancelamento do contrato.

19.1.3 No caso de inadimplemento de obrigações de natureza financeira do TITULAR, a CONTRATADA poderá, após 10 dias com prévia notificação ao TITULAR, fazer o registro desse fato no sistema de proteção ao crédito (SERASA,SPC)/ ou protestar o contrato. E após o

Anexo Hospitalar 6 (6844061) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 114

reconhecimento do pagamento pela CONTRATADA,terá 5 dias úteis para retirada da inscrição do CONTRATANTE,do Sistema de Proteção ao Crédito.

19.2. Rescinde-se também o presente contrato, quando da comprovação de comportamento fraudulento, como:

19.2.1. Qualquer ato ilícito praticado pelo beneficiário titular, ou seu(s) dependente(s), na utilização do objeto deste instrumento;

19.2.2. Utilização indevida da carteira de identidade do beneficiário titular ou seu(s) dependente(s), assim entendido, também, a sua utilização por terceiros;

19.2.3. Omissão ou distorção de informações pelo beneficiário titular ou seu(s) dependente(s) em prejuízo da CONTRATADA, neste caso mediante autorização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

19.3. As hipóteses constantes dos itens 19.1. e 19.2. acima, extinguem o contrato de pleno direito, acarretando a imediata exclusão do(s) beneficiário(s) dependente(s).

19.4. Quando ocorrer rescisão antes do término deste contrato, será cobrada multa de 50% (cinquenta por cento) sobre os valores das mensalidades restantes para se completar a primeira vigência.

19.4.1. O contrato renovado por prazo indeterminado poderá ser denunciado pelo CONTRATANTE, por escrito, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, sem ônus da multa;

19.4.2. A falta de comunicação, nos termos deste artigo, implica na manutenção das obrigações contratuais assumidas.

19.4.3. Durante o prazo de denúncia não será admitida inclusão ou exclusão de beneficiários dependentes.

19.5. Fica vedada a rescisão ou suspensão unilateral do contrato, em qualquer hipótese, durante a ocorrência de internação hospitalar do beneficiário titular.

DAS OUTRAS DISPOSIÇÕES:

1. Por convenção, adotou-se neste contrato o gênero masculino quando há referência ao(à) CONTRATANTE, aos(às) beneficiários(as), aos(às) filhos(as), aos(às) menores, dentre outros.

2. A CONTRATADA não terá responsabilidade pelo pagamento nas seguintes condições:

a) Por qualquer acordo ajustado particularmente pelos beneficiários com quaisquer prestadores. Tais despesas e riscos correm por conta exclusiva do CONTRATANTE;

b) Pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa da pactuada, tais como, dentro do período de cumprimento de carência, após o término da relação contratual e fraude;

c) Na hipótese do beneficiário optar por acomodação hospitalar superior àquela contratada deverá arcar com a diferença de preço, inclusive de honorários dos profissionais, conforme negociação direta com o hospital, médicos e demais prestadores do atendimento;

d) A utilização dos serviços contratados, durante o período de suspensão ou de carência, neste último caso, ressalvadas as especificidades dos casos de urgências ou emergências é de responsabilidade do CONTRATANTE/beneficiário.

3. É obrigação do CONTRATANTE, na hipótese de rescisão, resolução ou resilição deste contrato, ou ainda, de exclusão de beneficiário, devolver os respectivos cartões de identificação e quaisquer outros documentos porventura fornecidos pela CONTRATADA, respondendo, sempre, sob todos os aspectos, pelos prejuízos resultantes do uso indevido desses documentos, restando isenta, neste caso, de qualquer responsabilidade, a CONTRATADA, a partir da exclusão do beneficiário, rescisão, resolução ou resilição do presente.

Anexo Hospitalar 6 (6844061) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 115

3.1. Considera-se uso indevido a utilização desses documentos para obter atendimento, mesmo que na forma contratada, pelos beneficiários que perderam essa condição, por exclusão ou término do contrato, ou, em qualquer hipótese, por terceiros não beneficiários;

3.2. O uso indevido e COMPROVADO do cartão de identificação, de qualquer beneficiário, a critério da CONTRATADA, ensejará pedido de indenização por perdas e danos, bem como a exclusão do respectivo titular e seus dependentes.

4. Ocorrendo a perda ou extravio de quaisquer documentos, o CONTRATANTE deverá comunicar, por escrito, o fato à CONTRATADA, para cancelamento ou, quando for o caso, emissão de segunda via. O cancelamento só terá validade quando recebido por escrito, pela CONTRATADA.

5. Os beneficiários com mais de 60 (sessenta) anos de idade, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até 5 (cinco) anos têm privilégio na marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos.

6. O CONTRATANTE reconhece como dívida líquida e certa, em favor da CONTRATADA, quaisquer despesas decorrentes de atendimento prestado a ele, seus dependentes e agregados, cessadas as responsabilidades da CONTRATADA, independentemente da data de início do tratamento, bem como aquelas coberturas deferidas liminar ou cautelarmente em procedimento judicial, e posteriormente revogadas ou decididas em contrário, e ainda, os procedimentos não cobertos explicitamente por este instrumento.

7. A inserção de mensagens no recibo de cobrança das mensalidades valerá como advertência/notificação ao CONTRATANTE, para todos os efeitos deste contrato, a partir da data do respectivo pagamento, exceto na hipótese de rescisão de contrato, por inadimplência, quando então haverá NOTIFICAÇÃO ESPECÍFICA, até o 50º (quinquagésimo) dia de inadimplemento, consecutivos ou não.

8. Qualquer tolerância não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

9. Poderá a CONTRATADA exigir documentação comprobatória das declarações do CONTRATANTE.

10. O CONTRATANTE, por si, seus dependentes e agregados, autoriza a CONTRATADA a obter o diagnóstico médico sempre que necessário, tanto para fins de reembolso como para fins de informações médicas. Ficam desde já autorizadas essas informações, que serão prestadas pelos médicos assistentes, ou pelos serviços credenciados, que se utilizarão da codificação expressa na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a Saúde - CID, da Organização Mundial de Saúde, 10ª (décima) revisão, ou fornecerão relatórios médicos detalhados.

11. Integram este contrato, para todos os fins de direito, a Proposta de Adesão, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde - MPS, o Guia de Leitura Contratual - GLC, a Declaração de Saúde, Termo de Oferecimento do Plano Referência, Guia Médico e demais anexos firmados pelos contraentes.

12. Toda e qualquer concessão pela CONTRATADA, fora do pactuado pelo presente instrumento, implicará em mera liberalidade.

13. Este contrato foi elaborado levando-se em consideração a legislação vigente nesta data. Assim, qualquer alteração das normas que implique em necessária modificação do que aqui foi avençado, sujeitará a novo ajuste das condições, inclusive com possíveis reflexos na contraprestação, desde que autorizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

Anexo Hospitalar 6 (6844061) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 116

CLÁUSULA XX - ELEIÇÃO DE FORO

20.1. Fica eleito o foro do domicílio do CONTRATANTE para dirimir qualquer demanda sobre o presente contrato, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

20.2. E por estarem assim justos e acordados, assinam o presente Contrato em duas vias, de igual teor, na presença de duas testemunhas, sendo rubricadas pelas partes todas as suas folhas.

Londrina,_____de_____de _____

CONTRATANTE

Nome:

CPF: RG:

_____

Assinatura do Contratante/Titular

CONTRATADA

Associação Evangélica Beneficente de Londrina

CNPJ: 78613841/0001-61

_____

Assinatura da Contratada/AEBEL

TESTEMUNHA

Nome:

CPF: RG:

_____

Assinatura da Testemunha

TESTEMUNHA

Nome:

CPF: RG:

_____

Assinatura da Testemunha

Anexo Hospitalar 6 (6844061) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 117

CLÁUSULA XXI - DISPOSIÇÕES GERAIS

DAS DEFINIÇÕES:

Para os efeitos deste contrato, são adotadas as seguintes definições:

1. Acidente Pessoal - é o evento exclusivo, com data caracterizada, diretamente externo, súbito, imprevisível, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico.

2. Agravo - É o acréscimo no valor da contraprestação pecuniária mensal do plano oferecida ao CONTRATANTE/ TITULAR como alternativa à adoção de cláusula de Cobertura Parcial Temporária

3. Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS - autarquia sob o regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde.

4. Atendimento Ambulatorial - é aquele executado no âmbito do ambulatório, incluindo a realização de curativos, pequenas cirurgias, primeiros socorros e outros procedimentos que não exijam uma estrutura mais complexa para o atendimento.

5. Atendimento Hospitalar – É o atendimento que se limita aos serviços executados em hospitais e pronto-socorro, não incluindo atendimentos ambulatoriais para fins de diagnóstico, terapia ou recuperação, mesmo que complementar a uma internação.

6. Beneficiário - é a pessoa física que usufruirá dos serviços ora pactuados, seja na qualidade de titular ou dependente.

7. Cálculo Atuarial - é o cálculo estatístico com base em análise de informações sobre a frequencia de utilização, peculiaridades do beneficiário, tipo de procedimento, com vistas à manutenção do equilíbrio financeiro do plano e o cálculo das contraprestações.

8. Carência - é o prazo ininterrupto, contado a partir do início de vigência do contrato ou da data das novas inscrições, durante o qual os beneficiários não têm direito às coberturas contratadas.

9. Cartão Individual de Identificação - é a cédula onde se determina a identidade do beneficiário (nome, idade, código de inscrição na operadora, dentre outras informações.) e é, também, o comprovante de sua inscrição no plano.

10. CID-10 - é a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10ª revisão. **IMPORTANTE:** os procedimentos cobertos por este contrato são somente aqueles relacionados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde divulgado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e suas atualizações, de acordo com a segmentação assistencial.

11. Cobertura Parcial Temporária - É aquela que admite,num prazo determinado, a suspensão da cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta complexidade, relacionada ás doenças e lesões pré existentes.

12. Cobertura - é a assistência à saúde contratada e que o beneficiário terá direito.

13. Consulta - é o ato realizado pelo médico ou dentista, conforme o caso, que avalia as condições clínicas do beneficiário.

14. Contratada - é a OPERADORA de planos privados de assistência à saúde, que se obriga a garantir a prestação de serviços de assistência à saúde aos beneficiários do plano ora convencionado, nos termos deste instrumento,

Anexo Hospitalar 6 (6844061) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 118

através de seus médicos contratados e de rede própria, ou por ela contratada.

15. Contratante - é a pessoa física, qualificada na Proposta de Adesão em anexo, que contrata a prestação de serviços de assistência à saúde para si ou seu(s) dependente(s).

16. Contrato Individual ou Familiar - é um contrato de livre adesão de beneficiários, pessoas naturais, com ou sem grupo familiar.

17. Convivente - é a pessoa que vive em união estável com outrem em intimidade, com cunho de constituição de família, de forma pública.

18. Co-Participação - é o montante em termos percentuais ou valores monetários, para cada procedimento realizado, que, quando ocorrer, constituir-se-á parte integrante da contraprestação.

19. Doença - é o processo mórbido definido, tendo um conjunto característico de sintomas e sinais, que leva o indivíduo a tratamento médico.

20. Doença ou Lesões Pré Existente - Doença ou lesões adquirida pelo usuário antes da sua inscrição no contrato

21. Eletivo - é o termo usado para designar procedimentos médicos não considerados de urgência ou emergência.

22. Emergência - atendimentos que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, com alterações severas dos sinais vitais, caracterizado em declaração do médico assistente.

23. Entrevista qualificada – Quando o CONTRANTE/TITULAR, com auxílio do médico, afim de responder aos requisitos pertinentes a si e seus dependentes, referente às condições de saúde e doenças que tenha tido e que tenha conhecimento, antes do momento da contratação do plano.

24. Evento - é o conjunto de ocorrências ou serviços de assistência médica ou hospitalar coberto por este contrato.

25. Exame - é o procedimento complementar solicitado pelo médico assistente, que possibilita uma investigação diagnóstica, para melhor avaliar as condições clínicas do beneficiário.

26. Exame Pericial de Admissão - é o ato médico (e demais procedimentos) executado por profissional indicado pela CONTRATADA cuja finalidade é identificar doença e lesão que o beneficiário seja portador antes da contratação.

27. Guia de Serviços de Saúde - é a relação dos serviços próprios e contratados pela CONTRATADA.

28. Hospital de Categoria Diferenciada - é aquele hospital que utiliza sua própria lista de preços e procedimentos, não se sujeitando a Tabela de Referência de terceiros.

29. Inscrição - é o ato de incluir um beneficiário no plano.

30. Internação Hospitalar - é quando o beneficiário fica sob os cuidados médicos em um estabelecimento hospitalar.

31. Mensalidade ou Contraprestação - é a quantia a ser paga mensalmente à CONTRATADA, em face das coberturas previstas no contrato, ou sua mera disponibilidade.

32. Leitos de alta tecnologia - UTI, semi-intensivo; unidades coronarianas e unidades de tratamento para queimados e definidos pela portaria GM nº 3432,de 12.08.98 do ministério da saúde

33. Medicamentos /Material importado nacionalizado - entende-se o produto com matéria-prima importada, que esteja devidamente registrado no ministério da saúde, manipulado e envasado no Brasil, com protocolo

Anexo Hospitalar 6 (6844061) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 119

AEBEL

ASSOCIAÇÃO EVANGÉLICA
BENEFICENTE DE LONDRINA

PLANO DE SAÚDE Hospitalar

Hospital Evangélico DE LONDRINA

CEMITÉRIO PARQUE DAS OLIVEIRAS

PLANO DE SAÚDE
Hospitalar

R. Senador Souza Naves, 1922
86010-020 • Londrina • PR
T. 43 3315.1900 • www.planohospitalar.com.br

ANS 32675-5

Contrato Particular de Prestação de Serviços Médicos, Hospitalares, Serviço de Diagnóstico e Terapia.
Categoria: Individual/Familiar
Nome Comercial: VIVA E
Segmentação: Ambulatorial + Hospitalar SEM Obstetrícia
Acomodação: ENFERMARIA
Modalidade: Co-participação de 50%
Abrangência: Local
Registro na Agência Nacional de Saúde: 470.202/13-6

TABELA DE VALORES

PLANO VIVA E 50% ACOMODAÇÃO APARTAMENTO SEM OBSTETRÍCIA	
FX ETÁRIA	TITULAR
00 A 18	R$ 143,62
19 A 23	R$ 165,17
24 A 28	R$ 189,95
29 A 33	R$ 218,45
34 A 38	R$ 251,19
39 A 43	R$ 291,41
44 A 48	R$ 352,59
49 A 53	R$ 458,38
54 A 58	R$ 618,83
59 OU +	R$ 860,15

O CONTRATANTE/TITULAR obriga-se ao pré pagamento mensal para a CONTRATADA,por si e para cada um dos seus dependentes inscritos,de acordo com a faixa etária estabelecida na cláusula 15.3,dos valores vigentes à época da contratação,constantes na proposta de adesão,para efeito de mensalidade e agravos por doenças e lesões pré existentes,obedecida a seguinte tabela de descontos e de acordo com a inscrição e permanência do número de usuários no plano:

Quantidade Usuários por Contrato	Desconto
2 usuários	10,00%
3 usuários	20,00%
4 usuários ou mais	30,00%

Ocorrendo inclusões, dentro das regras estipuladas nas cláusula 6,promovendo acréscimo no número de usuários resultando mudança de faixa etária de desconto,o valor da mensalidades será automaticamente adequado à tabela de desconto,observando o número total de usuários,que somente será admitida por falecimento,separação judicial comprovada,ou perda da condição de dependentes referenciada na clausula 6,em sendo reduzido o número total de beneficiário integrantes do plano para menos de três,resultando mudança para outra faixa de desconto,o valor da mensalidade será automaticamente adequado à tabela de desconto correspondente.

Anexo Hospitalar 7 (6844076) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 121

PLANO DE SAÚDE

Hospitalar

CONTRATO

PLANO VIVA E

ANS 32675-5

Com menos do que você imagina,
você conta com as vantagens exclusivas do plano de saúde mais completo de Londrina para proteger a sua família.

Há mais de 50 anos o Plano de Saúde Hospitalar é especialista em cuidar dos norte-paranaenses, garantindo qualidade e eficiência nos serviços oferecidos. Nossa missão é levar mais saúde aos paranaenses pelo melhor preço, garantindo um atendimento de qualidade sempre que você precisar. Confira todas as nosas vantagens e cuide da sua família por valores que cabem no seu bolso!

- **Hospital próprio, o maior e melhor da região**
- **Pronto-Socorro e Pronto-Atendimento funcionando 24h**
- **Ambulância com UTI móvel 24h**
- **Telemedicina via App Clic.digital**
- **Descontos em farmácias credenciadas**
- **Clínica Multiprofissional**
- **Clínica de Vacinas**
- **Mais de 500 médicos, clínicas e laboratórios**
- **Serviço de internação domiciliar**
- **Atendimento nacional de urgência e emergência por meio da ABRAMGE**

A FACILIDADE DE UM PLANO DE SAÚDE DIGITAL!

- APP HOSPITALAR
- APP CLIC.DIGITAL TELEMEDICINA
- PLANOHOSPITALAR.COM.BR
- WHATSAPP ASSISTENTE VIRTUAL

Além de todos os benefícios,
o Plano de Saúde Hospitalar oferece cobertura total para todos os procedimentos exigidos pela ANS em um hospital próprio e reconhecido com Selo de Excelência ONA Nível III.

- ✔Consultas e exames
- ✔Internação e cirurgias
- ✔Parto e Cesárea
- ✔Urgências e emergências

Hospital Evangélico DE LONDRINA

SUMÁRIO

Qualificação da Operadora 04
Local da Prestação de Serviço 04
Padrão de Acomodação 04
Formação do Preço 04
Atributos do Contrato 04
Condições de Admissão 04
Coberturas e Procedimentos Garantidos 05
Exclusões de Cobertura 10
Vigência 11
Períodos de Carência 11
Doenças e Lesões Pré Existentes 12
Urgência e Emergência 14
Mecanismo de Regulação 15
Formação do Preço e Mensalidade 17
Reajuste 18
Faixa Etárias 18
Bônus 19
Das Condições da Perda da Qualidade de Beneficiário 20
Rescisão/Suspensão 20
Outras Disposições 21
Eleição de Foro 24
Glossário 25

PLANO DE SAÚDE Hospitalar

Contrato Particular de Prestação de Serviços Médicos, Hospitalares, Serviço de Diagnóstico e Terapia.
Categoria: Individual/Familiar
Nome Comercial: VIVA E
Segmentação: Ambulatorial + Hospitalar sem Obstetrícia
Acomodação: Enfermaria
Modalidade: Co-participação de 50%
Abrangência: Local
Registro na Agência Nacional de Saúde: 470.202/13-6

CLÁUSULA I - QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA

1.1. ASSOCIAÇÃO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA - AEBEL, inscrita no CNPJ/MF sob o nº. 78.613.841/0001-61, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS sob o nº. 32675-5, classificada na modalidade Filantropia, com sede à Avenida Bandeirantes n.º 618, Jardim Londrilar, CEP 86015-900, em Londrina - PR, neste ato representada na forma do seu estatuto e doravante denominada simplesmente **CONTRATADA.**

CLÁUSULA II – LOCAL DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

2.1. Os serviços ora contratos serão prestados pelos médicos credenciados, em serviços/recursos próprios, serviços/recursos contratados ou credenciados da CONTRATADA, constante no guia médico específico, a atualização será realizada diariamente e estará disponível na administração da operadora e através do site www.planohospitalar.com.br, para este plano e exclusivamente dentro da sua área de atuação compreendendo a localidade de **Londrina**.

CLÁUSULA III - PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

3.1. O tipo de acomodação hospitalar oferecida pelo plano é coletivo padrão Enfermaria.
Não havendo disponibilidade de leito hospitalar contratado nos estabelecimentos próprios ou credenciado pela Operadora, é garantido ao beneficiário acesso à acomodação, em nível superior, sem ônus adicional, conforme artigo 33 da Lei 9.656/98.

CLÁUSULA IV- FORMAÇÃO DO PREÇO

4.1 Os valores a serem pagos pela cobertura assistencial contratada são **pré-estabelecidos.**

CLÁUSULA V – ATRIBUTOS DO CONTRATO

5.1. O presente contrato tem por objeto a prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais na forma de plano privado de assistência à saúde prevista no inciso I, do art. 1º, da Lei 9.656/98, visando à Assistência Médica Hospitalar com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, e do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento.

5.2. Este instrumento tem as características de contrato de adesão, bilateral, que gera direitos e obrigações para ambas as partes, na forma do Código Civil Brasileiro, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

CLÁUSULA VI – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

6.1. O presente contrato se caracteriza pela contratação INDIVIDUAL sendo aquele que oferece cobertura da

atenção prestada para a livre adesão de beneficiários, pessoas naturais, com ou sem grupo familiar.

6.2. Em face de o CONTRATANTE ter a faculdade de incluir seus dependentes ou grupo familiar, este plano também é caracterizado como FAMILIAR.

6.3. Para efeitos deste instrumento, o CONTRATANTE é o beneficiário titular e/ou responsável financeiro.

6.3.1. Os **beneficiários dependentes** são aqueles com **grau de parentesco ou afinidade e dependência econômica** em relação ao beneficiário titular.

6.4. Podem ser inscritos como beneficiários dependentes aqueles que mantenham com o CONTRATANTE uma das seguintes relações:

a) Cônjuge;
b) Filhos solteiros, até 24 anos incompletos;
c) Enteado, o menor sob a guarda por força de decisão judicial e o menor tutelado.
d) Convivente, havendo união estável na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial;
e) Filhos comprovadamente inválidos definitivamente;

6.5. O plano firmado para os dependentes não poderá ser diferente daquele em que o beneficiário titular estiver inscrito;

6.6. A inclusão do beneficiário titular e respectivos dependentes será processada por meio da Proposta de Adesão, que integra este contrato para todos os fins de direito e com entrega da cópia dos respectivos documentos: CPF/MF, carteira de identidade (RG), comprovante de residência, certidão de nascimento/ certidão de casamento, título de eleitor, cartão nacional de saúde, e posteriores exigidos pela regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

6.7. Fica assegurada a inclusão:

6.7.1. Do recém-nascido, filho natural ou adotivo, como dependente, com isenção de carência, sendo vedada qualquer alegação de DLP ou aplicação de CPT ou Agravo, e desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 dias do nascimento pelo plano ou da adoção:

6.7.1.1. Do recém-nascido e filho adotivo, menor de 12 (doze) anos, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo beneficiário titular/adotante;

6.7.2. Ultrapassados os prazos para inclusão, previstos nos itens acima, os novos beneficiários cumprirão integralmente as carências previstas na cláusula específica;

6.7.3. Por ocasião de nova contratação, observar-se-ão os valores de comercialização da tabela vigente na data da adesão ao plano Individual ou Familiar.

6.7.4. O dependente que vier a perder a condição de dependência poderá assinar contrato em seu próprio nome, em até 30 (trinta) dias a contar da data da perda do direito como beneficiário dependente, aproveitando as carências já cumpridas neste contrato.

CLÁUSULA VII - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

7.1. As coberturas assistenciais asseguradas neste contrato, para todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde e para todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, compreendem atendimentos

ambulatoriais, internações hospitalares, serviços auxiliares de diagnóstico, terapia e atendimentos de urgência e emergência, realizados em unidades hospitalares, próprias ou contratadas, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, e suas atualizações, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vigente na data do evento, observados os limites, prazos de carências, condições estabelecidas neste contrato e as seguintes peculiaridades:

7.1.1. A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais priorizará o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando-se a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e de acordo com indicação do médico assistente.

7.1.2. Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10º Revisão - CID-10, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto infligidas, estão obrigatoriamente cobertos por este instrumento.

7.2. O presente instrumento assegura o atendimento respeitando a segmentação e a área de atuação e abrangência do plano, a rede de prestadores de serviços contratada, credenciada ou referenciada da CONTRATADA e os prazos de carência estabelecidos neste contrato.

7.3. Os procedimentos necessários ao tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas, decorrentes de procedimentos não cobertos pelo presente instrumento têm cobertura obrigatória quando constarem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, respeitadas as segmentações, os prazos de carência e Cobertura Parcial Temporária – CPT.

7.4. Os procedimentos necessários ao seguimento de eventos excluídos da cobertura, como internação em leito de terapia intensiva após transplante não coberto, não são considerados tratamento de complicações, mas parte integrante do procedimento inicial, não havendo obrigatoriedade de sua cobertura por parte das operadoras de planos de assistência à saúde.

7.5. Os procedimentos serão garantidos pela legislação vigente, respeitando protocolos de utilização e os prazos de carência, terão de cobertura quando solicitados pelo médico assistente, com exceção dos procedimentos odontológicos e dos procedimentos vinculados aos de natureza odontológica – aqueles executados por cirurgião-dentista ou os recursos, exames e técnicas auxiliares necessários ao diagnóstico, tratamento e prognóstico odontológicos, que poderão ser solicitados ou executados diretamente pelo cirurgião dentista.

7.6. O presente instrumento cobre os atendimentos nos casos de planejamento familiar listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento e conforme a segmentação assistencial contratada, incluindo:

- atividades educacionais;
- consultas de aconselhamento para planejamento familiar;
- atendimento clínico;
- implante de dispositivo intra-uterino (diu) hormonal incluindo o dispositivo.

7.7. A participação de profissional médico anestesiologista nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento terá sua cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínica.

7.8. Está garantida a cobertura dos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho, respeitadas as segmentações contratadas.

7.9. Da Cobertura Ambulatorial

7.9.1. A segmentação ambulatorial assegura atendimentos realizados em consultório ou em

ambulatório, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, 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 unidade de terapia intensiva e unidades similares.

7.9.2. Estão cobertas consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM, de acordo com a rede credenciada da CONTRATADA.

7.9.3. Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação.

7.9.4. Cobertura de consulta e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento e nas Diretrizes de Utilização, conforme indicação do médico assistente.

7.9.5. Está coberta a psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento e nas Diretrizes de Utilização, que poderão ser realizados tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme indicação do médico assistente.

7.9.6. Garantia de cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física lista dos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente.

7.9.7. Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais:

a) Hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;
b) Quimioterapia oncológica ambulatorial;
c) Radioterapia ambulatorial;
d) Procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais;
e) Hemoterapia ambulatorial; e
f) Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

7.9.8. Este contrato compreende cobertura de atendimentos caracterizados como de urgência e emergência conforme previsto no presente instrumento jurídico.

7.9.9. Está assegurada a cobertura de remoção por ambulância dentro da área de abrangência geográfica desse contrato, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao paciente ou pela necessidade de internação.

7.9.10. Garantia de cobertura de medicamentos registrados/regularizados na ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época.

7.10. Da Cobertura Hospitalar

7.10.1. A segmentação hospitalar assegura a cobertura dos atendimentos realizados em todas as modalidades de internação hospitalar e os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência.

7.10.2. Coberturas de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM;

7.10.3. Cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente.

7.10.4. Garantia de cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação conforme previsto mais adiante neste instrumento.

7.10.5. Cobertura do atendimento por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico assistente e desde que o procedimento esteja previsto no Rol de Procedimentos da ANS e o profissional seja pertencente ao quadro de rede credenciada da CONTRATADA.

7.10.6. Cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, previstos no Rol de Procedimentos da ANS, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar.

7.10.7. Cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados desde que vinculados à internação coberta pelo presente instrumento e enquanto a mesma durar.

7.10.8. Cobertura de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, nos termos da legislação vigente.

7.10.8.1. A classificação dos diversos materiais utilizados pela medicina no país como órteses ou próteses deverá seguir lista a ser disponibilizada e atualizada periodicamente no endereço eletrônico da ANS na Internet (www.ans.gov.br).

7.10.9. Cobertura de despesas relativas a um acompanhante, que incluem:

a) Acomodação e alimentação necessárias à permanência do acompanhante para beneficiários menores de dezoito anos; e

b) Acomodação e alimentação, conforme indicação do médico ou cirurgião-dentista assistente, para beneficiários idosos com idade igual ou superior a sessenta anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais.

7.10.10. Cobertura dos procedimentos cirúrgicos crânio-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar, realizados por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar.

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

7.10.12. Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:

a) Hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;

b) Quimioterapia oncológica ambulatorial;
c) Radioterapia ambulatorial e hospitalar;
d) Hemoterapia;
e) Nutrição parenteral ou enteral;
f) Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
g) Embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
h) Radiologia intervencionista;
i) Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
j) Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
l) Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época evento, exceto fornecimento de medicação de manutenção.

7.10.13. Cobertura de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, reconhecidos pela medicina no país, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer, conforme protocolos clínicos e indicação do médico assistente.

7.10.14. Cobertura de cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.

7.10.15. Cobertura de todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas.

7.10.16. Cobertura de hospital-dia para transtornos mentais, de acordo com as Diretrizes de Utilização emitidas pela ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar.

7.10.17. Cobertura de transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, e dos procedimentos a eles vinculados, observada a legislação específica vigente.

7.10.18. O presente instrumento assegura que os candidatos a transplante de órgãos e tecidos provenientes de doador cadáver deverão obrigatoriamente estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDO e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de seleção.

7.10.19. 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 de autorização e cadastro junto ao Sistema Nacional de Transplante - SNT.

7.10.20. São competências privativas das CNCDO, dentro das funções de gerenciamento que lhes são atribuídas pela legislação em vigor:
I - determinar o encaminhamento de equipe especializada; e
II - providenciar o transporte de tecidos e órgãos ao estabelecimento de saúde autorizado em que se encontre o receptor.

7.10.21. Está garantida a cobertura de transplantes listados no Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e dos procedimentos a eles vinculados, incluindo:
a) as despesas assistenciais com doadores vivos;
b) os medicamentos utilizados durante a internação;

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

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

7.10.22. Nos casos de TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS, o atendimento ocorrerá da seguinte maneira:

- Custeio integral de até 30 (trinta) dias de internação;
- Nas internações psiquiátricas a partir do 31° (trigésimo primeiro) dia de internação, por ano de contrato, com co-participação do Beneficiário de 50%(cinquenta por cento),e será observados os tetos estabelecidos nos normativos vigentes da época; Esse percentual de co-participação equivalerá ao máximo admitido por norma editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que estiver vigente à época da contratação do seguro.
- A cobertura do tratamento em regime de hospital dia deverá se dar de acordo com as diretrizes estabelecidas nos normativos vigentes.

CLÁUSULA VIII - EXCLUSÕES DE COBERTURA

8.1. Em conformidade com o previsto no art. 10 da Lei 9.656/98, respeitadas as coberturas mínimas obrigatórias previstas no seu art. 12 e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, e suas atualizações, editados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e estará disponível através do site www.ans.gov.br, dentro da segmentação assistencial deste contrato, fica permitida a exclusão de:

a) Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;

b) Tratamento procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;

c) Tratamento inseminação artificial;

d) Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;

e) Tratamento de fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados;

f) Tratamento de fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde - CITEC;

g) Tratamento de fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;

h) Tratamento de fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;

i) Tratamento de tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

j) Tratamento de casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;

k) Tratamento de estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;

l) Tratamento de consultas domiciliares;

m) Tratamento de cirurgias para mudança de sexo;

n) Tratamento de produtos de toalete e higiene pessoal, serviços telefônicos ou qualquer outra despesa que não seja vinculada à cobertura deste contrato;

o) Tratamento de procedimentos, exames e tratamentos realizados fora da área de abrangência contratada, bem como das despesas decorrentes de serviços médicos hospitalares prestados por médicos não credenciados ou entidades não credenciadas a Operadora, à exceção dos atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, que poderão ser realizados por médicos e serviços não credenciados e, posteriormente, reembolsados na forma e termos previstos neste contrato;

p) Tratamento de enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar;

q) Tratamento de aplicação de vacinas;

r) Tratamento de exames para piscina ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma

do cabelo;
s) Tratamento de aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
t) Tratamento de consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de emergência ou urgência, bem como remoção domiciliar, salvo nos casos de internação domiciliar oferecida pela operadora em substituição à internação hospitalar;
u) Tratamento transplantes, exceto os de córnea e rim e os transplantes autólogos;;
v) Tratamento de procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior;
x) Tratamento de investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;
y) Tratamento de procedimentos não relacionados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento; e
w) Tratamento de especialidade médica não reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina.

8.2. O presente instrumento não assegura a assistência pré-natal, compreendendo os exames complementares (ultrassons obstétricos, tococardiograma) necessários; assistência cirúrgica ou não ao parto e puerpério.

CLÁUSULA IX – DA VIGÊNCIA

9.1. Será considerado como início de vigência contratual a data da assinatura da proposta de adesão, da assinatura do instrumento jurídico em si ou a data de pagamento da mensalidade inicial, o que ocorrer primeiro, de forma a não haver prorrogação indevida dos prazos de carência.

9.2. O presente instrumento possui prazo de vigência mínima de um ano, com renovação automática por prazo indeterminado.

9.3. É vedada a recontagem de carências por ocasião da renovação contratual.

CLÁUSULA X - PERÍODOS DE CARÊNCIA

10.1. As carências explicitadas neste contrato serão contadas **da data de assinatura da proposta de admissão, ou da data de assinatura do contrato, ou ainda partir do pagamento da mensalidade inicial, o que ocorrer primeiro**, sendo assim especificadas:

a) 24 (vinte quatro) horas para atendimentos de urgência e emergência decorrente de acidentes pessoais.
b) 180 (cento e oitenta) dias para consultas medicas, exames de patologia clínica simples.
c) 180 (cento e oitenta) dias para demais exames complementares, **exceto os descritos na letra "E" desta cláusula.**
d) 180 (cento e oitenta) dias para procedimento de reabilitação e fisioterapia.
e) 180 (cento e oitenta) dias para procedimentos clínicos ou cirúrgicos (tanto em regime ambulatorial como de internação), bem como para tomografia computadorizada, ressonância magnética, neuro-radiologia, angiografia visceral, periférica, radiologia intervencionista e hemodinâmica.
f) 180 (cento e oitenta) dias para hemodiálise e diálise, quimioterapia e radioterapia.
g) 24(vinte quatro) meses para cobertura parcial temporária de cirurgias, leito de alto tecnologia e procedimento de alta complexidade conforme previsto nas resoluções editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar com relação ás doenças ou lesões pré existentes informadas pelo usuário na declaração de saúde, na entrevista qualificada ou identificadas por outros meios no decorrer da vigência do contrato que eram de conhecimento prévio do usuário que foram do usuário que foram omitidas pelo mesmo por ocasião da contratação, sem que o Contratante tinha feito a opção por agravo da mensalidade para cobertura destas doenças e lesões na data da contratação.

10.2. As carências acima poderão ser reduzidas passando a valer aquelas a ser formalizado em anexo específico integrante deste contrato.

10.3. As despesas decorrentes da utilização dos serviços durante o período de carência serão de responsabilidade única e exclusiva do CONTRATANTE.

10.4. Para as inclusões de beneficiários posteriores à assinatura do Contrato, a contagem do prazo de carência iniciar-se-á na data de assinatura da Proposta de Admissão/adesão pelo beneficiário.

CLÁUSULA XI - DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

11.1. Das definições legais:
Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP) são 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 9656/98, o inciso IX do art. 4º da Lei nº 9961/00 e as diretrizes estabelecidas em Resolução específica da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

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 os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.

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 (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.

11.2. É condição para inscrição de beneficiários, no ato da assinatura do contrato ou para inclusões posteriores, o preenchimento da **Declaração de Saúde.**

11.3. O beneficiário titular está obrigado, por ocasião da contratação, a informar, por si e por seus dependentes, ser conhecedor ou não da condição de portador ou sofredor de doença ou lesão preexistente àquela data.

11.4. A informação será prestada, através de **Declaração de Saúde**, cujo formulário é parte integrante deste contrato, facultada aos beneficiários a realização de **Entrevista Qualificada** com um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados ou referenciados pela contratada, sem nenhum ônus para o beneficiário, ou, a critério do beneficiário, com um médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da contratada, assumindo, neste caso, as despesas daí decorrentes.

11.5. O objetivo da **Entrevista Qualificada** é orientar o beneficiário para o correto preenchimento da **Declaração de Saúde**, onde são declaradas as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.

11.6. As informações prestadas na **Declaração de Saúde** serão protegidas pela CONTRATADA sendo vedada sua divulgação ou fornecimento a terceiros, não envolvidos na prestação dos serviços assistenciais, sem a anuência expressa do beneficiário, ressalvados os casos previstos na legislação em vigor.

11.7. A CONTRATADA, no momento da contratação, poderá optar pela realização de **Perícia Prévia**, com a concordância plena do beneficiário, cujo objetivo principal é identificar a existência de doenças ou lesões preexistentes, bem como de solicitar documentação probatória de quaisquer informações do beneficiário constantes em sua **Declaração de Saúde**.

11.8. Caso a CONTRATADA opte pelo não oferecimento de cobertura total e havendo constatação da

existência de lesão ou doença preexistente que possa gerar a necessidade de eventos cirúrgicos, do uso de leitos de alta tecnologia ou de procedimentos de alta complexidade, nos termos da regulamentação específica, será oferecida ao beneficiário a opção de **Cobertura Parcial Temporária - CPT**, pelo prazo máximo de 24 (vinte e quatro) meses, sendo facultado à CONTRATADA o oferecimento de cláusula de **Agravo**, como opção a **Cobertura Parcial Temporária – CPT**, sem prejuízo do cumprimento dos prazos de carência.

11.8.1. Na hipótese de Cobertura Parcial Temporária, a CONTRATADA somente poderá suspender a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta tecnologia e os procedimentos de alta complexidade, quando relacionados exclusivamente à Doença ou Lesão Preexistente.

11.9. A opção entre a **Cobertura Parcial Temporária – CPT**, ou **Agravo**, deverá figurar em declaração expressa e específica, que fará parte integrante do presente contrato.

11.10. Nos casos em que a opção seja pelo **Agravo**, o valor correspondente ao agravamento, bem como seu período de vigência, serão previamente informados e será objeto de Termo Aditivo, ficando uma via para cada um dos contratantes.

11.11. Caso sejam identificados indícios de fraude, referente à omissão de conhecimento de doenças e lesões preexistentes por ocasião da contratação ou adesão ao plano, a CONTRATADA comunicará imediatamente ao consumidor beneficiário sendo oferecida a opção de **Cobertura Parcial Temporária – CPT**, facultada à CONTRATADA a opção do **Agravo**. Caso não haja concordância do beneficiário com a alegação, a CONTRATADA encaminhará a documentação pertinente à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, que efetuará o julgamento da alegação de informação de omissão na declaração de saúde. Se solicitado, o beneficiário deverá remeter ao Órgão Regulador toda a documentação necessária para a instrução do processo.

11.12. Caso seja aberto o **Processo Administrativo** junto ao Órgão Regulador (ANS), para julgamento da alegação de informação de omissão de doença ou lesão preexistente, não será permitida, sob qualquer alegação, a negativa de cobertura assistencial, assim como a suspensão ou rescisão unilateral de contrato, até a publicação pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS do encerramento do **Processo Administrativo.**

11.13. Se comprovada junto à Agência Nacional de Saúde - ANS a omissão de doença ou lesão preexistente, o beneficiário será responsável pelo pagamento das despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão omitida, a partir da data em que tiver recebido comunicado ou notificação da CONTRATADA alegando a existência de doença ou lesão preexistente não declarada.

11.14. A CONTRATADA poderá comprovar o conhecimento prévio do consumidor sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão, durante o período de 24 (vinte e quatro) meses, podendo a omissão dessa informação ser considerada comportamento fraudulento, considerando:

11.14.1. À CONTRATADA caberá o ônus da prova;

11.14.2. A CONTRATADA poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação, dentro dos princípios da ética e legalidade.

11.15. Não haverá exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de contratação do plano de saúde após 24 (vinte e quatro) meses de vigência da contratação, cabendo à CONTRATADA o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do beneficiário.

CLÁUSULA XII - URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

12.1. Das definições legais:
Emergência: atendimentos que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente,

com alterações severas dos sinais vitais, caracterizado em declaração do médico assistente.

Urgência: atendimentos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional, onde haja diminuição do nível de consciência, dificuldade para respirar, dor intensa e alterações dos sinais vitais.

12.2. A cobertura dos procedimentos em situações de emergência ou urgência que implicar em risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis para o beneficiário, incluindo os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional, reger-se-á pela garantia da atenção e atuação no sentido da preservação da vida, órgãos e funções.

12.3. A CONTRATADA garantirá os atendimentos decorrentes de acidentes pessoais, sem restrições, depois de decorridas 24 horas de vigência do contrato.

12.4. A cobertura será prestada por 12 (doze) horas ou, caso surja a necessidade de internação, por período inferior, para:

I - os atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, durante o cumprimento dos períodos de carência;

II - os atendimentos de urgência e emergência, quando efetuados no decorrer dos períodos de carência para internação; e

III - os casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia ou procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças ou lesões preexistentes.

12.5. Após cumpridas as carências, haverá cobertura dos atendimentos de urgência e emergência desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções.

DA REMOÇÃO

12.6. A remoção do paciente será garantida pela CONTRATADA nas seguintes hipóteses:

I - para outra unidade de atendimento da rede do plano, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente; e

II - para uma unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, quando houver o limite de 12 (doze) horas de atendimento, nas hipóteses citadas acima, e este for atingido ou surgir a necessidade de internação.

Da Remoção para o SUS:

12.7. À CONTRATADA caberá o ônus e a responsabilidade da remoção do beneficiário para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento.

12.8. Quando não puder haver 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.

12.9. A CONTRATADA deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS.

12.10. Se o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade que, ainda que pertencente ao SUS, não disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento, ficará a CONTRATADA desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

Reembolso de despesas nas urgências/emergências:

12.11. Nos casos de urgência e emergência em que o usuário não puder utilizar os serviços próprios ou credenciados indicados na relação fornecida pela HOSPITALAR, dentro da área geográfica de abrangência do plano, serão reembolsadas as despesas cobertas pelo plano contratado.

12.12. O reembolso será efetuado tendo como base os valores vigentes na data de atendimento, de acordo com os seguintes critérios:

a) Honorários médicos e serviços complementares de diagnóstico e tratamento, serão reembolsados tendo com base o valor do procedimento correspondente na tabela praticada pelo HOSPITALAR junto à sua rede credenciada, a tabela estará disponível na administração da operadora;

b) Despesas hospitalares serão reembolsadas tendo como base a Tabela de procedimentos do Hospital Evangélico de Londrina para categoria CONVÊNIO, até o valor máximo nela constante para o procedimento correspondente ao efetuado ao beneficiário, a tabela estará disponível na administração da operadora;

12.13. O reembolso será pago no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da apresentação dos seguintes documentos originais que, posteriormente, serão disponibilizados para devolução pelo perío do de 6(seis) meses subsequentes ao pagamento, na hipótese do pagamento não ser integral.

12.14. Somente serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao beneficiário, enquanto perdurou o estado de urgência ou emergência. O beneficiário perderá o direito ao reembolso decorridos 90 (noventa) dias contados da data do evento.

12.15. O reembolso será realizado pelos valores apurados na categoria CONVÊNIO, independentemente do atendimento de urgência ou emergência,ter sido efetuado na categoria particular, podendo, em razão disso, haver diferenças entre valor desembolsado pelo contratante e o valor a ser reembolsado pelo HOSPITALAR. Os valores excedentes aos fixados para categoria CONVÊNIO, serão de INTEIRA RESPONSABILIDADE do contratante independente da caracterização de urgência e emergência.

12.16. Do valor total do reembolso serão deduzidos os percentuais da co-participação, quando for o caso,a que estaria sujeito o Contratante caso fosse utilizada a rede credenciada do HOSPITALAR, nos valores e limites previstos neste contrato.

CLÁUSULA XIII - MECANISMO DE REGULAÇÃO

13.1. Os beneficiários obrigam-se a fornecer ao prestador do serviço, o Cartão de Identificação de Beneficiário dentro do prazo de validade, emitido pela CONTRATADA, documento de identidade e/ou caso exista, permitir a identificação por tecnologia digital.

13.2. As internações hospitalares serão processadas mediante Guia de Internação, solicitadas pelo médico assistente em favor do beneficiário, que será disponibilizada para análise da CONTRATADA para concessão de sua autorização.

13.3. O prazo de internação, fixado pela CONTRATADA, constará da guia expedida e corresponderá à média de dias utilizados para casos idênticos, ou ainda, contemplará aquele definido pelo médico assistente.

13.4. Excetuando-se os casos de urgência e emergência, os demais serviços serão prestados mediante autorização prévia da CONTRATADA;

13.4.1. Nos casos de urgência ou emergência, o beneficiário, ou quem por ele responda, terá até o próximo dia útil, subseqüente à data do evento, para **providenciar a respectiva autorização do procedimento,** mediante solicitação devidamente fundamentada, carimbada e assinada pelo médico assistente;

13.4.2. Caso o prestador se proponha a providenciar a autorização, caberá à CONTRATADA verificar se foram respeitados os prazos limites;

13.4.3. Nos procedimentos que exigem autorização prévia, a CONTRATADA providenciará a autorização seguindo os prazos estipulados pela legislação vigente editadas pela Agência Nacional de Saúde, a partir do protocolo da solicitação ou, em prazo inferior quando caracterizado caso de urgência e/ou emergência.

13.5. Nos casos de transferência para leitos de alta tecnologia, eventos cirúrgicos em beneficiários internados para tratamento clínico e realização de procedimentos de alta complexidade será necessária a autorização prévia pela CONTRATADA, mesmo que o paciente já se encontre internado, salvo nas urgências e/ou emergências intercorrentes, quando então poderá ser solicitada posteriormente, no próximo dia útil.

13.5.1. A inobservância dos prazos acima, caso não haja justificativa plausível, reserva à CONTRATADA o direito de não se responsabilizar pelo pagamento das despesas decorrentes.

13.6. As despesas extraordinárias realizadas pelo paciente e/ou acompanhante, não relacionadas diretamente com o tratamento, serão de sua inteira responsabilidade, sendo pagas diretamente à entidade hospitalar.

13.6.1. São consideradas como despesas extraordinárias: medicamentos não prescritos pelo médico assistente, produtos de toalete e higiene pessoal e alimentos que não sejam servidos pela instituição;

13.7. Comprovada a indevida utilização de serviços, estes serão de responsabilidade exclusiva do CONTRATANTE, ainda que o ato tenha sido praticado sem o seu conhecimento, ficando estabelecido que os comprovantes das despesas decorrentes deste fato poderão constituir dívida líquida, certa e exigível, caracterizando título extrajudicial capaz de autorizar o seu protesto ou a sua execução judicial.

13.8. Os serviços serão prestados por intermédio do médico assistente e de rede própria ou contratada, básica ou especializada, direta ou indiretamente, de acordo com a área geográfica do contrato. Salienta-se que não haverá restrição aos não pertencentes à rede própria ou contratualizada da operadora referenciados/cooperados/credenciados.

13.9. No ato da contratação será entregue ao CONTRATANTE o **Guia de Serviços de Saúde**, editado pela CONTRATADA, informando a relação de seus prestadores, médicos credenciados, hospitais e clínicas, devendo, entretanto, o beneficiário, ao utilizar-se dos serviços, confirmar as informações pelo site da CONTRATADA, em razão do processo dinâmico do quadro da rede contratada e/ou credenciada, direta e indiretamente, de acordo com a área de abrangência contratada.

13.10. A CONTRATADA reserva-se no direito de rescindir o contrato com qualquer participante da sua rede assistencial, bem como de contratar novos serviços, a seu exclusivo critério, sempre mantendo a qualidade da prestação dos serviços previstos neste instrumento.

13.11. Havendo utilização nos eventos abaixo será devida participação do beneficiário no custeio da despesa assistencial, através dos mecanismos de co-participação, de acordo com o que segue:

13.12. Os valores das despesas decorrentes da utilização dos procedimentos constantes na cobertura ambulatorial serão cobrados **50% (cinquenta por cento)** tendo como base a tabela de referência da operadora,

a tabela estará disponível na administração da operadora, até os limites máximos de co-participação de **R$ 110,00** (cento e dez reais) por procedimento.

13.13. O reajuste do valor do limite de co-participação de **R$ 110,00** (cento e dez reais) por procedimento, será realizado anualmente no mesmo mês de aniversário do contrato e com o mesmo índice autorizado para reajuste da taxa de manutenção do presente contrato.

13.14. Fica estabelecido que é devida a co-participação em todos os procedimentos constantes da Cobertura ambulatorial.

13.15. As internações de beneficiários **portadores de transtornos psiquiátricos** estão sujeitas à co-participação pecuniária no total das despesas, a partir do 31° (trigésimo primeiro) dia de internação, de acordo com o número de dias de internação, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, para o respectivo paciente.

13.15.1. Portanto haverá o custeio parcial, a partir do 31° (trigésimo primeiro) dia até o 60° (sexagésimo) dia de internação a co-participação será de 50% (cinquenta por cento),e após o 61° (sexagésimo primeiro) dia o percentual será de 70% (setenta por cento) em hospital psiquiátrico ou em unidade enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise, observados os tetos estabelecidos nos normativos vigentes à época e não podendo caracterizar o financiamento integral da internação.

13.15.1.1. Os percentuais e valores estabelecidos neste contrato serão calculados sobre os valores fixados na Tabela Referencial da CONTRATADA e respeitarão os tetos estipulados nos normativos editados pela ANS vigentes à época;

13.15.1.2. O montante devido da co-participação integrará as contraprestações subsequentes ao mês do evento, porém, será discriminado.

13.16. Divergência Médica

13.16.1. As divergências de natureza médica sobre solicitações de cobertura de exames, procedimentos especiais de diagnóstico e tratamento e internações serão dirimidas por Junta Médica constituída por três membros, sendo um nomeado pelo beneficiário outro pela operadora e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

13.16.2. Não havendo consenso sobre a escolha do médico desempatador, a sua designação será solicitada ao presidente de uma das Sociedades Médicas reconhecidas pelo Conselho Regional de Medicina local.

13.16.3. Cada uma das partes pagará os honorários e despesas do médico que nomear, quando não credenciado, sendo que o terceiro desempatador serão pagos pela operadora, conforme previso na legislação vigente.

CLÁUSULA XIV - FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

14.1. Para efeitos deste contrato, os valores previstos para contraprestação serão de forma PRÉ-ESTABELECIDA..

14.2. Como contraprestação mensal, os valores estão expressos na tabela comercial constante do **ANEXO I e na proposta de inclusão**, parte integrante deste instrumento, de acordo com a idade de cada beneficiário.

14.2.1. Todos os pagamentos serão realizados diretamente à CONTRATADA, por meio de boleto bancário, não tendo o profissional médico ou qualquer outro prestador, autorização para recebimento ou negociação de valores em nome da CONTRATADA.

14.2.2. Eventuais valores de co-participação em internações decorrentes de transtornos psiquiátricos deverão ser liquidados da mesma forma que as mensalidades, pois delas farão parte, e serão cobrados subsequentes ao mês do atendimento.

14.3. Quando a data de vencimento cair em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser realizado até o primeiro dia útil subsequente.

14.4. Se o CONTRATANTE não receber o documento que possibilite realizar o pagamento de sua obrigação, até 05 (cinco) dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente na sede da CONTRATADA ou por meio do site www.planohospitalar.com.br, para que não se sujeite às consequências da mora.

14.5. Ocorrendo impontualidade no pagamento da mensalidade, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento), além de multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado, e ainda, conforme o caso, cobrança judicial, ressarcimento por perdas e danos, honorários advocatícios e reembolso de custas judiciais, sem prejuízo do direito da CONTRATADA inscrever o nome do inadimplente nos cadastros de restrição ao crédito (SPC e SERASA) e ou protestar o contrato.

14.6. O pagamento da contraprestação pecuniária referente a um determinado mês não implica na quitação de débitos anteriores.

CLÁUSULA XV – REAJUSTE

15.1. O reajuste ocorrerá anualmente, a partir da data de aniversário do contrato, sendo que índice de reajuste a ser aplicado nas contraprestações, e nos valores de co-participação deste contrato está sujeito à obediência ao índice autorizativo da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS (Órgão Regulador).

15.2. Caso nova legislação venha a autorizar o reajustamento em período inferior a 12 (doze) meses, a mesma terá aplicação imediata sobre este contrato.

15.3. Fica estabelecido que os valores relativos às inclusões de dependentes terão o primeiro reajuste integral, independentemente da variação da faixa etária, na data de aniversário de vigência do presente contrato e mediante autorização da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, entendendo-se como data base única, independente da data de inclusão do beneficiário dependente.

CLÁUSULA XVI - FAIXAS ETÁRIAS

16.1. As mensalidades são estabelecidas de acordo com a faixa etária em que cada beneficiário inscrito esteja enquadrado. Ocorrendo alteração na idade de qualquer dos beneficiários que importe em deslocamento para a faixa etária superior, a contraprestação pecuniária será aumentada automaticamente, no mês seguinte ao do aniversário do beneficiário.

16.2. As faixas etárias para os fins deste contrato são:

1ª FAIXA Até 18 (dezoito) anos
2ª FAIXA 19 a 23 (dezenove a vinte e três) anos
3ª FAIXA 24 a 28 (vinte e quatro a vinte e oito) anos
4ª FAIXA 29 a 33 (vinte e nove a trinta e três) anos
5ª FAIXA 34 a 38 (trinta e quatro a trinta e oito) anos

6ª FAIXA 39 a 43 (trinta e nove a quarenta e três) anos
7ª FAIXA 44 a 48 (quarenta e quatro a quarenta e oito) anos
8ª FAIXA 49 a 53 (quarenta e nove a cinquenta e três) anos
9ª FAIXA 54 a 58 (cinquenta e quatro a cinquenta e oito) anos
10ª FAIXA A partir de 59 (cinquenta e nove) anos

16.3. Variação do valor da mensalidade em decorrência da mudança de faixa etária corresponderá aos percentuais abaixo, que incidirão sobre o preço então pago na faixa etária anterior, **e não se confundem** com o reajustamento pela variação de custo (mensalidades):

MUDANÇA DE FAIXAS REAJUSTE (%)

Da 1ª para 2ª Faixa 15,00%
Da 2ª para 3ª Faixa 15,00%
Da 3ª para 4ª Faixa 15,00%
Da 4ª para 5ª Faixa 15,00%
Da 5ª para 6ª Faixa 16,00%
Da 6ª para 7ª Faixa 21,00%
Da 7ª para 8ª Faixa 30,00%
Da 8ª para 9ª Faixa 35,00%
Da 9ª para 10ª Faixa 39,00%

16.4. Os beneficiários com mais de **59 (cinquenta e nove) anos de idade** não sofrerão reajustes por mudança de faixa etária, mas permanecerão os reajustes anuais, ou conforme determinar a legislação pertinente, pela variação de custo.

16.5. Os percentuais de variação entre cada faixa etária sempre observará os valores fixados para a última faixa que não poderá ser superior a 6 (seis) vezes o valor da primeira faixa e, a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

CLÁUSULA XVII – BÔNUS

17.1. O CONTRATANTE/TITULAR obriga-se ao pré-pagamento mensal para a CONTRATADA, por si e para cada um dos seus dependentes inscritos de acordo com a faixa etária estabelecida na cláusula 15.3, dos valores vigentes à época da contratação, constantes na proposta de adesão, para efeito de mensalidade e agravos por doenças e lesões pré existentes, obedecida a seguinte tabela de descontos e de acordo com a inscrição e permanência do número de usuários no plano:

Quantidade Usuários por Contrato	Desconto
2 usuários	10,00%
3 usuários	20,00%
4 usuários ou mais	30,00%

17.2. Ocorrendo inclusões, dentro das regras estipuladas na cláusula 6, promovendo acréscimo no número de usuários resultando mudança de faixa de desconto, o valor da mensalidade será automaticamente adequado à tabela de desconto, observando o número total de usuários, que somente será admitida por falecimento, separação judicial comprovada, ou perda da condição de dependentes referenciada na cláusula 6, em sendo reduzido o número total de beneficiário integrantes do plano resultando mudança para outra faixa de desconto, o valor da mensalidade será automaticamente adequado à tabela de desconto correspondente.

CLÁUSULA XVIII – DAS CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

18.1. Perderá a condição de beneficiário e será excluído do plano:

18.1.1. O beneficiário titular que solicitar por escrito sua exclusão, ou do(s) seu(s) dependente(s);

18.1.2. O beneficiário dependente que por qualquer motivo deixar de atender as condições exigidas para sua inscrição, sendo:

18.1.2.1. Perda da condição de cônjuge ou convivente;

18.1.2.2. Aquisição da maioridade;

18.1.2.3. Perda da condição de dependência econômica;

18.1.2.4. Infrações ou fraudes com o objetivo de obter vantagens ilícitas.

18.1.2.5. Perda por morte

18.1.3. As perdas da condição de dependência nos itens deve ser comunicado pelo titular, em até 30 dias do evento que ocasionou a perda, sob pena de em não o fazendo ser devido pelo titular o valor equivalente a um novo contrato similar ao presente.

18.2. A extinção do vínculo do beneficiário titular do plano, salvo nas hipóteses da inadimplência ou fraude comprovada, não se extingue o presente contrato, sendo assegurada a manutenção das condições contratuais aos seus dependentes, com a conseqüente assunção das obrigações decorrentes.

18.3. Ocorrendo a perda da condição de beneficiário nas condições previstas no item 18.1.2. acima, o beneficiário poderá contratar plano na modalidade Individual ou familiar com esta CONTRATADA em até 30 (trinta) dias, contados da data em que ocorreu a referida perda, aproveitando os períodos de carências já cumpridas;

18.4. Por ocasião de nova contratação, observar-se-ão os valores de comercialização da tabela vigente na data da adesão ao plano contratado.

CLÁUSULA XIX - RESCISÃO/SUSPENSÃO

19.1. Será considerado rescindido este contrato se houver atraso no pagamento da contraprestação por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência, desde que o CONTRATANTE tenha sido notificado até o 50º (qüinquagésimo) dia de inadimplência, sem prejuízo do direito da CONTRATADA requerer judicialmente a quitação dos valores devidos, com suas consequencias moratórias.

19.1.1. permitida a redução do período de inadimplência pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, haverá imediata aplicação pela CONTRATADA do novo normativo ao presente instrumento.

19.1.2. O Titular outorga poderes expressos para qualquer com seus dependentes, podendo retirar cada um suas próprias guias,bem como poderes para qualquer beneficiário dependente possa assinar cobrança,aviso e suspensão e cancelamento do contrato.

19.1.3. No caso de inadimplemento de obrigações de natureza financeira do TITULAR, a

CONTRATADA poderá, após 10 dias com prévia notificação ao TITULAR, fazer o registro desse fato no sistema de proteção ao crédito (SERASA,SPC)/ou protestar o contrato. E após o reconhecimento do pagamento pela CONTRATADA,terá 5 dias úteis para retirada da inscrição do CONTRATANTE,do Sistema de Proteção ao Crédito.

19.2. Rescinde-se também o presente contrato, quando da comprovação de comportamento fraudulento, como:

19.2.1. Qualquer ato ilícito praticado pelo beneficiário titular, ou seu(s) dependente(s), na utilização do objeto deste instrumento;

19.2.2. Utilização indevida da carteira de identidade do beneficiário titular ou seu(s) dependente(s), assim entendido, também, a sua utilização por terceiros;

19.2.3. Omissão ou distorção de informações pelo beneficiário titular ou seu(s) dependente(s) em prejuízo da CONTRATADA, neste caso mediante autorização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

19.3. As hipóteses constantes dos itens 19.1. e 19.2. acima, extinguem o contrato de pleno direito, acarretando a imediata exclusão do(s) beneficiário(s) dependente(s).

19.4. Quando ocorrer rescisão antes do término deste contrato, será cobrada multa de 50% (cinquenta por cento) sobre os valores das mensalidades restantes para se completar a primeira vigência.

19.4.1. O contrato renovado por prazo indeterminado poderá ser denunciado pelo CONTRATANTE, por escrito, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, sem ônus da multa;

19.4.2. A falta de comunicação, nos termos deste artigo, implica na manutenção das obrigações contratuais assumidas.

19.4.3. Durante o prazo de denúncia não será admitida inclusão ou exclusão de beneficiários dependentes.

19.5. Fica vedada a rescisão ou suspensão unilateral do contrato, em qualquer hipótese, durante a ocorrência de internação hospitalar do beneficiário titular.

II - DAS OUTRAS DISPOSIÇÕES:

1. Por convenção, adotou-se neste contrato o gênero masculino quando há referência ao(à) CONTRATANTE, aos(às) beneficiários(as), aos(às) filhos(as), aos(às) menores, dentre outros.

2. A CONTRATADA não terá responsabilidade pelo pagamento nas seguintes condições:

a) Por qualquer acordo ajustado particularmente pelos beneficiários com quaisquer prestadores. Tais despesas e riscos correm por conta exclusiva do CONTRATANTE;

b) Pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa da pactuada, tais como, dentro do período de cumprimento de carência, após o término da relação contratual e fraude;

c) Na hipótese do beneficiário optar por acomodação hospitalar superior àquela contratada deverá arcar com a diferença de preço, inclusive de honorários dos profissionais, conforme negociação direta com o hospital, médicos e demais prestadores do atendimento;

d) A utilização dos serviços contratados, durante o período de suspensão ou de carência, neste último caso, ressalvadas as especificidades dos casos de urgências ou emergências é de responsabilidade do CONTRATANTE/beneficiário.

3. É obrigação do CONTRATANTE, na hipótese de rescisão, resolução ou resilição deste contrato, ou ainda, de exclusão de beneficiário, devolver os respectivos cartões de identificação e quaisquer outros documentos porventura fornecidos pela CONTRATADA, respondendo, sempre, sob todos os aspectos, pelos prejuízos resultantes do uso indevido desses documentos, restando isenta, neste caso, de qualquer responsabilidade, a CONTRATADA, a partir da exclusão do beneficiário, rescisão, resolução ou resilição do presente.

3.1. Considera-se uso indevido a utilização desses documentos para obter atendimento, mesmo que na forma contratada, pelos beneficiários que perderam essa condição, por exclusão ou término do contrato, ou, em qualquer hipótese, por terceiros não beneficiários;

3.2. O uso indevido e COMPROVADO do cartão de identificação, de qualquer beneficiário, a critério da CONTRATADA, ensejará pedido de indenização por perdas e danos, bem como a exclusão do respectivo titular e seus dependentes.

4. Ocorrendo a perda ou extravio de quaisquer documentos, o CONTRATANTE deverá comunicar, por escrito, o fato à CONTRATADA, para cancelamento ou, quando for o caso, emissão de segunda via. O cancelamento só terá validade quando recebido por escrito, pela CONTRATADA.

5. Os beneficiários com mais de 60 (sessenta) anos de idade, as gestantes, lactentes e crianças até 5 (cinco) anos têm privilégio na marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos.

6. O CONTRATANTE reconhece como dívida líquida e certa, em favor da CONTRATADA, quaisquer despesas decorrentes de atendimento prestado a ele, seus dependentes e agregados, cessadas as responsabilidades da CONTRATADA, independentemente da data de início do tratamento, bem como aquelas coberturas deferidas liminar ou cautelarmente em procedimento judicial, e posteriormente revogadas ou decididas em contrário, e ainda, os procedimentos não cobertos explicitamente por este instrumento.

7. A inserção de mensagens no recibo de cobrança das mensalidades valerá como advertência/notificação ao CONTRATANTE, para todos os efeitos deste contrato, a partir da data do respectivo pagamento, exceto na hipótese de rescisão de contrato, por inadimplência, quando então haverá NOTIFICAÇÃO ESPECÍFICA, até o 50º (quinquagésimo) dia de inadimplemento, consecutivos ou não.

8. Qualquer tolerância não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

9. Poderá a CONTRATADA exigir documentação comprobatória das declarações do CONTRATANTE.

10. O CONTRATANTE, por si, seus dependentes e agregados, autoriza a CONTRATADA a obter o diagnóstico médico sempre que necessário, tanto para fins de reembolso como para fins de informações médicas. Ficam desde já autorizadas essas informações, que serão prestadas pelos médicos assistentes, ou pelos serviços credenciados, que se utilizarão da codificação expressa na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a Saúde - CID, da Organização Mundial de Saúde, 10ª (décima) revisão, ou fornecerão relatórios médicos detalhados.

11. Integram este contrato, para todos os fins de direito, a **Proposta de Adesão, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde - MPS, o Guia de Leitura Contratual - GLC, a Declaração de Saúde, Termo de Oferecimento do Plano Referência, Guia Médico, a Tabela de Reembolso** e demais anexos firmados pelos contraentes.

12. Toda e qualquer concessão pela CONTRATADA, fora do pactuado pelo presente instrumento, implicará em mera liberalidade.

13. Este contrato foi elaborado levando-se em consideração a legislação vigente nesta data. Assim, qualquer alteração das normas que implique em necessária modificação do que aqui foi avençado, sujeitará a novo ajuste das condições, inclusive com possíveis reflexos na contraprestação, desde que autorizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

CLÁUSULA XX - ELEIÇÃO DE FORO

20.1. Fica eleito o foro do domicílio do CONTRATANTE para dirimir qualquer demanda sobre o presente contrato, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

20.2. E por estarem assim justos e acordados, assinam o presente Contrato em duas vias, de igual teor, na presença de duas testemunhas, sendo rubricadas pelas partes todas as suas folhas.

Londrina, _____ de _____ de _____

CONTRATANTE

Nome:

CPF: RG:

_____

Assinatura do Contratante/Titular

CONTRATADA

Associação Evangélica Beneficente de Londrina

CNPJ: 78613841/0001-61

_____

Assinatura da Contratada/AEBEL

TESTEMUNHA

Nome:

CPF: RG:

_____

Assinatura da Testemunha

TESTEMUNHA

Nome:

CPF: RG:

_____

Assinatura da Testemunha

CLÁUSULA XXI - GLOSSÁRIO

I - Para os efeitos deste contrato, são adotadas as seguintes definições:

1. Acidente Pessoal - é o evento exclusivo, com data caracterizada, diretamente externo, súbito, imprevisível, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico.

2. Agravo - É o acréscimo no valor da contraprestação pecuniária mensal do plano oferecida ao CONTRATANTE/ TITULAR como alternativa à adoção de cláusula de Cobertura Parcial Temporária

3. Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS - autarquia sob o regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde.

4. Atendimento Ambulatorial - é aquele executado no âmbito do ambulatório, incluindo a realização de curativos, pequenas cirurgias, primeiros socorros e outros procedimentos que não exijam uma estrutura mais complexa para o atendimento.

5. Atendimento Hospitalar – É o atendimento que se limita aos serviços executados em hospitais e pronto-socorro,não incluindo atendimentos ambulatoriais para fins de diagnóstico,terapia ou recuperação,mesmo que complementar a uma internação.

6. Beneficiário - é a pessoa física que usufruirá dos serviços ora pactuados, seja na qualidade de titular ou dependente.

7. Cálculo Atuarial - é o cálculo estatístico com base em análise de informações sobre a frequência de utilização, peculiaridades do beneficiário, tipo de procedimento, com vistas à manutenção do equilíbrio financeiro do plano e o cálculo das contraprestações.

8. Carência - é o prazo ininterrupto, contado a partir do início de vigência do contrato ou da data das novas inscrições, durante o qual os beneficiários não têm direito às coberturas contratadas.

9. Cartão Individual de Identificação - é a cédula onde se determina a identidade do beneficiário (nome, idade, código de inscrição na operadora, dentre outras informações.) e é, também, o comprovante de sua inscrição no plano.

10. CID-10 - é a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10ª revisão. IMPORTANTE: os procedimentos cobertos por este contrato são somente aqueles relacionados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde divulgado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e suas atualizações, de acordo com a segmentação assistencial.

11. Cobertura Parcial Temporária – É aquela que admite,num prazo determinado,a suspensão da cobertura de eventos cirúrgicos,leitos de alta complexidade,relacionada ás doenças e lesões pré existentes.

12. Cobertura - é a assistência à saúde contratada e que o beneficiário terá direito.

13. Consulta - é o ato realizado pelo médico ou dentista, conforme o caso, que avalia as condições clínicas do beneficiário.

14. Contratada - é a OPERADORA de planos privados de assistência à saúde, que se obriga a garantir a prestação de serviços de assistência à saúde aos beneficiários do plano ora convencionado, nos termos deste instrumento, através de seus médicos contratados e de rede própria, ou por e la contratada.

15. Contratante - é a pessoa física, qualificada na Proposta de Adesão em anexo, que contrata a prestação de serviços de assistência à saúde para si ou seu(s) dependente(s).

16. Contrato Individual ou Familiar - é um contrato de livre adesão de beneficiários, pessoas naturais, com ou sem grupo familiar.

17. Convivente - é a pessoa que vive em união estável com outrem em intimidade, com cunho de constituição de família, de forma pública.

18. Co-Participação - é o montante em termos percentuais ou valores monetários, para cada procedimento realizado, que, quando ocorrer, constituir-se-á parte integrante da contraprestação.

19. Doença - é o processo mórbido definido, tendo um conjunto característico de sintomas e sinais, que leva o indivíduo a tratamento médico.

20. Doença ou Lesões Pré Existente - Doença ou lesões adquirida pelo usuário antes da sua inscrição no contrato

21. Eletivo - é o termo usado para designar procedimentos médicos não considerados de urgência ou emergência.

22. Emergência - atendimentos que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, com alterações severas dos sinais vitais, caracterizado em declaração do médico assistente.

23. Entrevista qualificada – Quando o CONTRANTE/TITULAR,com auxílio do médico, afim de responder aos requisitos pertinentes a si e seus dependentes,referente às condições de saúde e doenças que tenha tido e que tenha conhecimento,antes do momento da contratação do plano.

24. Evento - é o conjunto de ocorrências ou serviços de assistência médica ou hospitalar coberto por este contrato.

25. Exame - é o procedimento complementar solicitado pelo médico assistente, que possibilita uma investigação diagnóstica, para melhor avaliar as condições clínicas do beneficiário.

26. Exame Pericial de Admissão - é o ato médico (e demais procedimentos) executado por profissional indicado pela CONTRATADA cuja finalidade é identificar doença e lesão que o beneficiário seja portador antes da contratação.

27. Guia de Serviços de Saúde - é a relação dos serviços próprios e contratados pela CONTRATADA.

28. Hospital de Categoria Diferenciada - é aquele hospital que utiliza sua própria lista de preços e procedimentos, não se sujeitando a Tabela de Referência de terceiros.

29. Inscrição - é o ato de incluir um beneficiário no plano.

30. Internação Hospitalar - é quando o beneficiário fica sob os cuidados médicos em um estabelecimento hospitalar.

31. Mensalidade ou Contraprestação - é a quantia a ser paga mensalmente à CONTRATADA, em face das coberturas previstas no contrato, ou sua mera disponibilidade.

32. Leitos de alta tecnologia – UTI,semi-intensivo;unidades coronarianas e unidades de tratamento para queimados e definidos pela portaria GM nº 3432,de 12.08.98 do ministério da saúde

33. Medicamentos /Material importado nacionalizado – entende-se o produto com matéria-prima importada, que esteja devidamente registrado no ministério da saúde, manipulado e envasado no Brasil, com protocolo e diretriz de prescrição devidamente homologada pela sociedade médica brasileira da especialidade, e assim normatizado.

34. Operadora de Planos de Saúde (OPS) - empresa legalmente constituída, devidamente registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS que comercializa planos de assistência à saúde, de acordo com os dispositivos da Lei 9.656/98.

35. Órtese - refere-se unicamente aos aparelhos ou dispositivos ortopédicos de uso provisório, destinados a alinhar, prevenir ou corrigir deformidades ou melhorar a função das partes móveis do corpo, podendo, ou não, ser retirado posteriormente. (Ex: pinos e placas metálicas, lentes oculares) dentre outros em relação específica cujo ROL atualizado no site da ANS www.ans.gov.br.

36. Patologia - modificações funcionais produzidas pela doença no organismo.

37. Plano - é a opção de coberturas adquirida pelo CONTRATANTE.

38. Preposto - é o representante que poderá em nome da CONTRATADA, comercializar ou gerenciar o Plano de Saúde.

39. Primeiros Socorros - é o conjunto de procedimentos que constitui o primeiro atendimento realizado nos casos de urgência ou emergência.

40. Procedimentos de Alta Complexidade - são aqueles listados em norma da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, consistindo nos únicos procedimentos que, quando referentes à doença ou lesão preexistente, poderão constar de cláusula contratual específica e ter sua cobertura suspensa pelo prazo de até 24 (vinte e quatro) meses.

41. Proposta de Adesão - é o documento preenchido pelo CONTRATANTE que expressa a constituição jurídica entre as partes e firma as condições do contrato.

42. Prótese - é a peça artificial empregada em atos cirúrgicos, em substituição parcial ou total de um órgão ou membro, reproduzindo sua forma e/ou sua função. (Ex: Stent, marca passo) dentre outros em relação específica cujo ROL atualizado no site da ANS - www.ans.gov.br.

43. Recursos ou Serviços Contratados, Credenciados ou Referenciados - são aqueles colocados à disposição do beneficiário pela CONTRATADA, para atendimento médico-hospitalar.

44. Recursos Próprios ou Rede Própria

a) hospitalar: todo recurso físico hospitalar de propriedade da CONTRATADA;
b) médica: constituída por profissional credenciado/contratado da CONTRATADA.

45. Rol de Procedimentos - é a lista editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, que referencia os procedimentos básicos obrigatórios, individualizados para as segmentações especificadas (ambulatorial, hospitalar, hospitalar com obstetrícia, odontológica e referência), encontra-se disponível no site www.ans.gov.br.

46. Urgência - atendimentos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional, onde haja diminuição do nível de consciência, dificuldade para respirar, dor intensa e alterações dos sinais vitais.

AEBEL

ASSOCIAÇÃO EVANGÉLICA
BENEFICENTE DE LONDRINA

PLANO DE SAÚDE Hospitalar

Hospital Evangélico DE LONDRINA

CEMITÉRIO PARQUE DAS OLIVEIRAS

PLANO DE SAÚDE
Hospitalar

R. Senador Souza Naves, 1922
86010-020 • Londrina • PR
T. 43 3315.1900 • www.planohospitalar.com.br

ANS 32675-5

Contrato Particular de Prestação de Serviços Médicos, Hospitalares, Serviço de Diagnóstico e Terapia.
Categoria: Individual/Familiar
Nome Comercial: VIVA MAIS
Segmentação: Ambulatorial + Hospitalar COM Obstetrícia
Acomodação: ENFERMARIA
Modalidade: Co-participação de 50%
Abrangência: Local
Registro na Agência Nacional de Saúde: 462.241/10-3

TABELA DE VALORES

PLANO VIVA MAIS 50% ACOMODAÇÃO APARTAMENTO COM OBSTETRÍCIA	
FX ETÁRIA	TITULAR
00 A 18	R$ 195,03
19 A 23	R$ 224,30
24 A 28	R$ 257,94
29 A 33	R$ 296,61
34 A 38	R$ 341,11
39 A 43	R$ 395,70
44 A 48	R$ 478,79
49 A 53	R$ 622,45
54 A 58	R$ 840,32
59 OU +	R$ 1.168,02

O CONTRATANTE/TITULAR obriga-se ao pré pagamento mensal para a CONTRATADA,por si e para cada um dos seus dependentes inscritos,de acordo com a faixa etária estabelecida na cláusula 15.3,dos valores vigentes à época da contratação,constantes na proposta de adesão,para efeito de mensalidade e agravos por doenças e lesões pré existentes,obedecida a seguinte tabela de descontos e de acordo com a inscrição e permanência do número de usuários no plano:

Quantidade Usuários por Contrato	Desconto
2 usuários	10,00%
3 usuários	20,00%
4 usuários ou mais	30,00%

Ocorrendo inclusões, dentro das regras estipuladas nas cláusula 6,promovendo acréscimo no número de usuários resultando mudança de faixa etária de desconto,o valor da mensalidades será automaticamente adequado à tabela de desconto,observando o número total de usuários,que somente será admitida por falecimento,separação judicial comprovada,ou perda da condição de dependentes referenciada na clausula 6,em sendo reduzido o número total de beneficiário integrantes do plano para menos de três,resultando mudança para outra faixa de desconto,o valor da mensalidade será automaticamente adequado à tabela de desconto correspondente.

Anexo Hospitalar 8 (6844121) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 150

PLANO DE SAÚDE

Hospitalar

CONTRATO

PLANO VIVA MAIS

ANS 32675-5

Com menos do que você imagina,
você conta com as vantagens exclusivas do plano de saúde mais completo de Londrina para proteger a sua família.

Há mais de 50 anos o Plano de Saúde Hospitalar é especialista em cuidar dos norte-paranaenses, garantindo qualidade e eficiência nos serviços oferecidos. Nossa missão é levar mais saúde aos paranaenses pelo melhor preço, garantindo um atendimento de qualidade sempre que você precisar. Confira todas as nosas vantagens e cuide da sua família por valores que cabem no seu bolso!

- Hospital próprio, o maior e melhor da região
- Pronto-Socorro e Pronto-Atendimento funcionando 24h
- Ambulância com UTI móvel 24h
- Telemedicina via App Clic.digital
- Descontos em farmácias credenciadas
- Clínica Multiprofissional
- Clínica de Vacinas
- Mais de 500 médicos, clínicas e laboratórios
- Serviço de internação domiciliar
- Atendimento nacional de urgência e emergência por meio da ABRAMGE

A FACILIDADE DE UM PLANO DE SAÚDE DIGITAL!



Além de todos os benefícios,
o Plano de Saúde Hospitalar oferece cobertura total para todos os procedimentos exigidos pela ANS em um hospital próprio e reconhecido com Selo de Excelência ONA Nível III.

- ✔Consultas e exames
- ✔Internação e cirurgias
- ✔Parto e Cesárea
- ✔Urgências e emergências

Hospital Evangélico Londrina

SUMÁRIO

Qualificação da Operadora 04
Local da Prestação de Serviço 04
Padrão de Acomodação 04
Formação do Preço 04
Atributos do Contrato 04
Condições de Admissão 04
Coberturas e Procedimentos Garantidos 05
Exclusões de Cobertura 10
Vigência 11
Períodos de Carência 11
Doenças e Lesões Pré Existentes 12
Urgência e Emergência 14
Mecanismo de Regulação 15
Formação do Preço e Mensalidade 17
Reajuste 18
Faixa Etárias 18
Bônus 19
Das Condições da Perda da Qualidade de Beneficiário 20
Rescisão/Suspensão 20
Outras Disposições 21
Eleição de Foro 24
Glossário 25

Anexo Hospitalar 8 (6844121) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 153

PLANO DE SAÚDE Hospitalar

Contrato Particular de Prestação de Serviços Médicos, Hospitalares, Serviço de Diagnóstico e Terapia.

Categoria: Individual/Familiar
Nome Comercial: VIVA MAIS
Segmentação: Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia
Acomodação: Enfermaria
Modalidade: Co-participação de 50%
Abrangência: Local
Registro na Agência Nacional de Saúde: 462.241/10-3

CLÁUSULA I - QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA

1.1. ASSOCIAÇÃO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA - AEBEL, inscrita no CNPJ/MF sob o nº. 78.613.841/0001-61, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS sob o nº. 32675-5, classificada na modalidade Filantropia, com sede à Avenida Bandeirantes n.º 618, Jardim Londrilar, CEP 86015-900, em Londrina - PR, neste ato representada na forma do seu estatuto e doravante denominada simplesmente **CONTRATADA.**

CLÁUSULA II – LOCAL DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

2.1. Os serviços ora contratos serão prestados pelos médicos credenciados,em serviços/recursos próprios,serviços/recursos contratados ou credenciados da CONTRATADA, constante no guia médico específico, a atualização será realizada diariamente e estará disponível na administração da operadora e através do site www.planohospitalar.com.br, para este plano e exclusivamente dentro da sua área de atuação compreendendo a localidade de **Londrina**.

CLÁUSULA III -PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

3.1. O tipo de acomodação hospitalar oferecida pelo plano é coletivo padrão Enfermaria.
Não havendo disponibilidade de leito hospitalar contratado nos estabelecimentos próprios ou credenciado pela Operadora, é garantido ao beneficiário acesso à acomodação, em nível superior, sem ônus adicional, conforme artigo 33 da Lei 9.656/98.

CLÁUSULA IV- FORMAÇÃO DO PREÇO

4.1. Os valores a serem pagos pela cobertura assistencial contratada são **pré-estabelecidos**.

CLÁUSULA V – ATRIBUTOS DO CONTRATO

5.1. O presente contrato tem por objeto a prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais na forma de plano privado de assistência à saúde prevista no inciso I, do art. 1º, da Lei 9.656/98, visando à Assistência Médica Hospitalar com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, e do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento.

5.2. Este instrumento tem as características de contrato de adesão, bilateral, que gera direitos e obrigações para ambas as partes, na forma do Código Civil Brasileiro, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

CLÁUSULA VI – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

6.1. O presente contrato se caracteriza pela contratação INDIVIDUAL sendo aquele que oferece cobertura da atenção prestada para a livre adesão de beneficiários, pessoas naturais, com ou sem grupo familiar.

6.2. Em face de o CONTRATANTE ter a faculdade de incluir seus dependentes ou grupo familiar, este plano também é caracterizado como FAMILIAR.

6.3. Para efeitos deste instrumento, o CONTRATANTE é o beneficiário titular e/ou responsável financeiro.

6.3.1. Os beneficiários dependentes são aqueles **com grau de parentesco ou afinidade e dependência econômica** em relação ao beneficiário titular

6.4. Podem ser inscritos como beneficiários dependentes aqueles que mantenham com o CONTRATANTE uma das seguintes relações:

a) Cônjuge;
b) Filhos solteiros, até 24 anos incompletos;
c) Enteado, o menor sob a guarda por força de decisão judicial e o menor tutelado.
d) Convivente, havendo união estável na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial;
e) Filhos comprovadamente inválidos definitivamente;

6.5. O plano firmado para os dependentes não poderá ser diferente daquele em que o beneficiário titular estiver inscrito;

6.6. A inclusão do beneficiário titular e respectivos dependentes será processada por meio da Proposta de Adesão, que integra este contrato para todos os fins de direito e com entrega da cópia dos respectivos documentos: CPF/MF, carteira de identidade (RG), comprovante de residência, certidão de nascimento/ certidão de casamento,título de eleitor,cartão nacional de saúde,e posteriores exigidos pela regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

6.7. Fica assegurada a inclusão:

6.7.1. Do recém-nascido, filho natural ou adotivo, como dependente, com isenção de carência, sendo vedada qualquer alegação de DLP ou aplicação de CPT ou Agravo, e desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 dias do nascimento pelo plano ou da adoção:

6.7.1.1. Do recém-nascido e filho adotivo, menor de 12 (doze) anos, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo beneficiário titular/adotante;

6.7.2. Ultrapassados os prazos para inclusão, previstos nos itens acima, os novos beneficiários cumprirão integralmente as carências previstas na cláusula específica;

6.7.3. Por ocasião de nova contratação, observar-se-ão os valores de comercialização da tabela vigente na data da adesão ao plano Individual ou Familiar.

6.7.4. O dependente que vier a perder a condição de dependência poderá assinar contrato em seu próprio nome, em até 30 (trinta) dias a contar da data da perda do direito como beneficiário dependente, aproveitando as carências já cumpridas neste contrato.

CLÁUSULA VII - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

7.1. As coberturas assistenciais asseguradas neste contrato, para todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde e para todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, compreendem atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares, atendimentos obstétricos, serviços auxiliares de diagnóstico, terapia e atendimentos de urgência e emergência, realizados em unidades hospitalares, próprias ou contratadas,

definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, e suas atualizações, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vigente na data do evento, observados os limites, prazos de carências condições estabelecidas neste contrato e as seguintes peculiaridades:

7.1.1. A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais priorizará o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando-se a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e de acordo com indicação do médico assistente.

7.1.2. Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10ª Revisão - CID - 10, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto infligidas, estão obrigatoriamente cobertos por este instrumento.

7.2. O presente instrumento assegura o atendimento independente da circunstância e do local de ocorrência do evento, respeitadas a segmentação, a área de atuação e abrangência, a rede de prestadores de serviços contratada, credenciada ou referenciada da operadora de plano privado de assistência à saúde e os prazos de carência estabelecidos neste contrato.

7.3. Os procedimentos necessários ao tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas, decorrentes de procedimentos não cobertos pelo presente instrumento têm cobertura obrigatória quando constarem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, respeitadas as segmentações, os prazos de carência e Cobertura Parcial Temporária – CPT.

7.4. Os procedimentos necessários ao seguimento de eventos excluídos da cobertura, como internação em leito de terapia intensiva após transplante não coberto, não são considerados tratamento de complicações, mas parte integrante do procedimento inicial, não havendo obrigatoriedade de sua cobertura por parte das operadoras de planos de assistência à saúde.

7.5. Fica assegurado que os procedimentos garantidos pela legislação vigente serão de cobertura obrigatória quando solicitados pelo médico assistente, com exceção dos procedimentos odontológicos e dos procedimentos vinculados aos de natureza odontológica – aqueles executados por cirurgião-dentista ou os recursos, exames e técnicas auxiliares necessários ao diagnóstico, tratamento e prognóstico odontológicos, que poderão ser solicitados ou executados diretamente pelo cirurgião dentista.

7.6. O presente instrumento cobre os atendimentos nos casos de planejamento familiar listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento e conforme a segmentação assistencial contratada, incluindo:
- atividades educacionais;
- consultas de aconselhamento para planejamento familiar;
- atendimento clínico;
- implante de dispositivo intra-uterino (diu) hormonal incluindo o dispositivo.

7.7. A participação de profissional médico anestesiologista nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento terá sua cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínica.

7.8. Está garantida a cobertura dos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho, respeitadas as segmentações contratadas.

7.9. Da Cobertura Ambulatorial

7.9.1. A segmentação ambulatorial assegura atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, não incluind

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 unidade de terapia intensiva e unidades similares.

7.9.2. Estão cobertas consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM, de acordo com a rede credenciada da CONTRATADA.

7.9.3. Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação.

7.9.4. Cobertura de consulta e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento e nas Diretrizes de Utilização, conforme indicação do médico assistente.

7.9.5. Está coberta a psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento e nas Diretrizes de Utilização, que poderão ser realizados tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme indicação do médico assistente.

7.9.6. Garantia de cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente.

7.9.7. Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais:

a) Hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;
b) Quimioterapia oncológica ambulatorial;
c) Radioterapia ambulatorial;
d) Procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais;
e) Hemoterapia ambulatorial; e
f) Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

7.9.8. Este contrato compreende cobertura de atendimentos caracterizados como de urgência e emergência conforme previsto no presente instrumento jurídico.

7.9.9. Está assegurada a cobertura de remoção por ambulância dentro da área de abrangência geográfica desse contrato, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao paciente ou pela necessidade de internação.

7.9.10. Garantia de cobertura de medicamentos registrados/regularizados na ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época.

7.10. Da Cobertura Hospitalar com Obstetrícia

7.10.1. A segmentação hospitalar assegura a cobertura dos atendimentos realizados em todas as modalidades de internação hospitalar e os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência.

7.10.2. Coberturas de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidad em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM;

7.10.3. Acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional na indisponibilidade de lei hospitalar nos estabelecimentos próprios ou contratados pelo plano.

7.10.4. Cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente.

7.10.5. Garantia de cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais enfermagem e alimentação conforme previsto mais adiante neste instrumento.

7.10.6. Cobertura do atendimento por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durant período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico assistente e desde que o procedime esteja previsto no Rol de Procedimentos da ANS e o profissional seja pertencente ao quadro de re credenciada da CONTRATADA.

7.10.7. Cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doe e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfus e sessões de quimioterapia e radioterapia, previstos no Rol de Procedimentos da ANS, confo prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospita

7.10.8. Cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados desde que vinculad internação coberta pelo presente instrumento e enquanto a mesma durar.

7.10.9. Cobertura de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedime e Eventos em Saúde vigente à época do evento, nos termos da legislação vigente.

7.10.9.1. A classificação dos diversos materiais utilizados pela medicina no país como ór ou próteses deverá seguir lista a ser disponibilizada e atualizada periodicamente no ende eletrônico da ANS na Internet (www.ans.gov.br).

7.10.10. Cobertura para remoção do beneficiário, comprovadamente necessária, para estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrat território brasileiro.

7.10.11. Cobertura de despesas relativas a um acompanhante, que incluem:

a) Acomodação e alimentação necessárias à permanência do acompanhante para benefic menores de dezoito anos; e

b) Acomodação e alimentação, conforme indicação do médico ou cirurgião-dentista assis para beneficiários idosos com idade igual ou superior a sessenta anos, bem como para ac portadores de necessidades especiais.

7.10.12. Cobertura dos procedimentos cirúrgicos crânio-maxilo-faciais que necessitem de am hospitalar, realizados por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo a cob de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo resp conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, e o fornecime medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alime ministrados durante o período de internação hospitalar.

7.10.13. Cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontol passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de inte

hospitalar, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar.

7.10.14. Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:

a) Hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;
b) Quimioterapia oncológica ambulatorial;
c) Radioterapia ambulatorial e hospitalar;
d) Hemoterapia;
e) Nutrição parenteral ou enteral;
f) Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
g) Embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
h) Radiologia intervencionista;
i) Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
j) Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
l) Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época evento, exceto fornecimento de medicação de manutenção.

7.10.15. Cobertura de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, reconhecidos pela medicina no país, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer, conforme protocolos clínicos e indicação do médico assistente.

7.10.16. Cobertura de cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.

7.10.17. Cobertura de todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas.

7.10.18. Cobertura de hospital-dia para transtornos mentais, de acordo com as Diretrizes de Utilização emitidas pela ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar.

7.10.19. Cobertura de transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, e dos procedimentos a eles vinculados, observada a legislação específica vigente.

7.10.20. O presente instrumento assegura que os candidatos a transplante de órgãos e tecidos provenientes de doador cadáver deverão obrigatoriamente estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDO e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de seleção.

7.10.21. 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 de autorização e cadastro junto ao Sistema Nacional de Transplante - SNT.

7.10.22. São competências privativas das CNCDO, dentro das funções de gerenciamento que lhes são atribuídas pela legislação em vigor:

I - determinar o encaminhamento de equipe especializada; e
II - providenciar o transporte de tecidos e órgãos ao estabelecimento de saúde autorizado em

que se encontre o receptor.

7.10.23. Está garantida a cobertura de transplantes listados no Rol de Procedimentos da Agê Nacional de Saúde Suplementar - ANS e dos procedimentos a eles vinculados, incluindo:

a) as despesas assistenciais com doadores vivos;

b) os medicamentos utilizados durante a internação;

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

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

7.10.24. Nos casos de TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS, o atendimento ocorrerá da segu maneira:

- Custeio integral de até 30 (trinta) dias de internação;
- Nas internações psiquiátricas a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação, por an contrato, com co-participação do Beneficiário de 50%(cinquenta por cento),e será observado tetos estabelecidos nos normativos vigentes da época;

Esse percentual de co-participação equivalerá ao máximo admitido por norma editada pela Agê Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que estiver vigente à época da contratação do seguro.

- A cobertura do tratamento em regime de hospital dia deverá se dar de acordo com as diret estabelecidas nos normativos vigentes.

7.10.25. O presente instrumento assegura a assistência pré-natal, compreendendo consultas perió e exames complementares necessários; assistência cirúrgica ou não ao parto e puerpério, por equ especializada integrante do corpo clínico próprio e/ou credenciado da CONTRATADA.

7.10.26. Também está garantida a cobertura de um acompanhante indicado pela mulher duran trabalho de parto, e pós-parto imediato e assistência neonatal, compreendendo assistência ime aos recém-nascidos, a qualquer hora do dia ou da noite, durante o período máximo de 30 dias cont do nascimento. Esta assistência continuará a ser prestada desde que o (a) CONTRATANTE t incluído o recém-nascido no Plano até o final do aludido prazo de 30 dias sendo vedada qual alegação de DLP ou aplicação de CPT ou Agravo.

CLÁUSULA VIII - EXCLUSÕES DE COBERTURA

8.1. Em conformidade com o previsto no art. 10 da Lei 9.656/98, respeitadas as coberturas mínimas obrigat previstas no seu art. 12 e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, e suas atualizações, editados Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e estará disponível através do site www.ans.gov.br, dent segmentação assistencial deste contrato, fica permitida a exclusão de:

a) Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;

b) Tratamento procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e pró para o mesmo fim;

c) Tratamento inseminação artificial;

d) Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim com spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;

e) Tratamento de fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados nacionalizados;

f) Tratamento de fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão de Incorporação de Tecnologi Ministério da Saúde - CITEC;

g) Tratamento de fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;

h) Tratamento de fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgi

i) Tratamento de tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
j) Tratamento de casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
k) Tratamento de estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
l) Tratamento de consultas domiciliares;
m) Tratamento de cirurgias para mudança de sexo;
n) Tratamento de produtos de toalete e higiene pessoal, serviços telefônicos ou qualquer outra despesa que não seja vinculada à cobertura deste contrato;
o) Tratamento de procedimentos, exames e tratamentos realizados fora da área de abrangência contratada, bem como das despesas decorrentes de serviços médicos hospitalares prestados por médicos não credenciados ou entidades não credenciadas a Operadora, à exceção dos atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, que poderão ser realizados por médicos e serviços não credenciados e, posteriormente, reembolsados na forma e termos previstos neste contrato;
p) Tratamento de enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar;
q) Tratamento de aplicação de vacinas;
r) Tratamento de exames para piscina ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
s) Tratamento de aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
r) Tratamento de consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de emergência ou urgência, bem como remoção domiciliar, salvo nos casos de internação domiciliar oferecida pela operadora em substituição à internação hospitalar;
t) Tratamento transplantes, exceto os de córnea e rim e os transplantes autólogos;
u) Tratamento de procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior;
v) Tratamento de investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;
x) Tratamento de procedimentos não relacionados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento; e
z) Tratamento de especialidade médica não reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina.

CLÁUSULA IX – DA VIGÊNCIA

9.1. Será considerado como início de vigência contratual a data da assinatura da proposta de adesão, da assinatura do instrumento jurídico em si ou a data de pagamento da mensalidade inicial, o que ocorrer primeiro, de forma a não haver prorrogação indevida dos prazos de carência.

9.2. O presente instrumento possui prazo de vigência mínima de um ano, com renovação automática por prazo indeterminado, sendo vedada a cobrança de taxa ou qualquer outro valor.

9.3. É vedada a recontagem de carências por ocasião da renovação contratual.

CLÁUSULA X - PERÍODOS DE CARÊNCIA

10.1 As carências explicitadas neste contrato serão contadas da data de assinatura da proposta de admissão, ou **da data de assinatura do contrato, ou ainda partir do pagamento da mensalidade inicial, o que ocorrer primeiro**, sendo assim especificadas:

a) 24(vinte quatro) horas para atendimentos de urgência e emergência decorrente de acidentes pessoais.
b) 180 (cento e oitenta) dias para consultas medicas,exames de patologia clínica simples.
c) 180 (cento e oitenta) dias para demais exames complementares,**exceto os descritos na letra "E" desta cláusula.**
d) 180 (cento e oitenta) dias para procedimento de reabilitação e fisioterapia.

e) 180(cento e oitenta) dias para procedimentos clínicos ou cirúrgicos(tanto em regime ambulatorial como de internação),bem como para tomografia computadorizada,ressonância magnética ,neuro-radiologia,angiografia visceral,periférica,radiologia intervencionista e hemodinâmica.
f) 180 (cento e oitenta) dias para hemodiálise e diálise,quimioterapia e radioterapia.
g) 300(trezentos) dias para parto a termo
h) 24(vinte quatro) meses para cobertura parcial temporária de cirurgias,leito de alto tecnologia e procedimento de alta complexidade conforme previsto nas resoluções editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar com relação ás doenças ou lesões pré existentes informadas pelo usuário na declaração de saúde,na entrevista qualificada ou identificadas por outros meios no decorrer da vigência do contrato que eram de conhecimento prévio do usuário que foram do usuário que foram omitidas pelo mesmo por ocasião da contratação,sem que o Contratante tinha feito a opção por agravo da mensalidade para cobertura destas doenças e lesões na data da contratação.

10.2. As carências acima poderão ser reduzidas passando a valer aquelas a ser formalizado em anexo específico integrante deste contrato.

10.3. As despesas decorrentes da utilização dos serviços durante o período de carência serão de responsabilidade única e exclusiva do CONTRATANTE.

10.4. Caso seja contratada a ampliação da cobertura Enfermaria para Apartamento,posteriormente à data d início da vigência do contrato,os usuários sujeitar-se-ão ás carências e valores previstos,a partir da data d contratação da ampliação

10.5. Para as inclusões de beneficiários posteriores à assinatura do Contrato, a contagem do prazo d carência iniciar-se-á na data de assinatura da Proposta de Admissão/adesão pelo beneficiário.

CLÁUSULA XI - DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

11.1. Das definições legais:
Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP) são aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba s portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acor com o art. 11 da Lei nº 9656/98, o inciso IX do art. 4º da Lei nº 9961/00 e as diretrizes estabelecidas e Resolução específica da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

Agravo é qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para q o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada, ap os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiár Cobertura Parcial Temporária (CPT) é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 (vinte quatro) meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgic desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou s representante legal.

11.2. É condição para inscrição de beneficiários, no ato da assinatura do contrato ou para inclusões posterior o preenchimento da **Declaração de Saúde.**

11.3. O beneficiário titular está obrigado, por ocasião da contratação, a informar, por si e por seus dependen ser conhecedor ou não da condição de portador ou sofredor de doença ou lesão preexistente àquela data.

11.4. A informação será prestada, através de **Declaração de Saúde**, cujo formulário é parte integrante d contrato, facultada aos beneficiários a realização de **Entrevista Qualificada** com um médico pertencen lista de profissionais da rede de prestadores credenciados ou referenciados pela contratada, sem nenhum ô

para o beneficiário, ou, a critério do beneficiário, com um médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da contratada, assumindo, neste caso, as despesas daí decorrentes.

11.5. O objetivo da **Entrevista Qualificada** é orientar o beneficiário para o correto preenchimento da **Declaração de Saúde**, onde são declaradas as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.

11.6. As informações prestadas na **Declaração de Saúde** serão protegidas pela CONTRATADA sendo vedada sua divulgação ou fornecimento a terceiros, não envolvidos na prestação dos serviços assistenciais, sem a anuência expressa do beneficiário, ressalvados os casos previstos na legislação em vigor.

11.7. A CONTRATADA, no momento da contratação, poderá optar pela realização de **Perícia Prévia**, com a concordância plena do beneficiário, cujo objetivo principal é identificar a existência de doenças ou lesões preexistentes, bem como de solicitar documentação probatória de quaisquer informações do beneficiário constantes em sua **Declaração de Saúde**. Neste caso, fica vedada a alegação de omissão de informação de DLP quando realizado qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário pela CONTRATADA, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.

11.8. Caso a CONTRATADA opte pelo não oferecimento de cobertura total e havendo constatação da existência de lesão ou doença preexistente que possa gerar a necessidade de eventos cirúrgicos, do uso de leitos de alta tecnologia ou de procedimentos de alta complexidade, nos termos da regulamentação específica, será oferecida ao beneficiário a opção de **Cobertura Parcial Temporária - CPT,** pelo prazo máximo de 24 (vinte e quatro) meses, sendo facultado à CONTRATADA o oferecimento de cláusula de **Agravo**, como opção a **Cobertura Parcial Temporária – CPT**, sem prejuízo do cumprimento dos prazos de carência.

> **11.8.1**. Na hipótese de Cobertura Parcial Temporária, a CONTRATADA somente poderá suspender a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta tecnologia e os procedimentos de alta complexidade, quando relacionados exclusivamente à Doença ou Lesão Preexistente.

11.9. A opção entre a **Cobertura Parcial Temporária – CPT,** ou **Agravo**, deverá figurar em declaração expressa e específica, que fará parte integrante do presente contrato.

11.10. Nos casos em que a opção seja pelo **Agravo**, o valor correspondente ao agravamento, bem como seu período de vigência, serão previamente informados e será objeto de Termo Aditivo, ficando uma via para cada um dos contratantes.

11.11. Caso sejam identificados indícios de fraude, referente à omissão de conhecimento de doenças e lesões preexistentes por ocasião da contratação ou adesão ao plano, a CONTRATADA comunicará imediatamente ao consumidor beneficiário sendo oferecida a opção de **Cobertura Parcial Temporária – CPT,** facultada à CONTRATADA a opção do **Agravo.** Caso não haja concordância do beneficiário com a alegação, a CONTRATADA encaminhará a documentação pertinente à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, que efetuará o julgamento da alegação de informação de omissão na declaração de saúde. Se solicitado, o beneficiário deverá remeter ao Órgão Regulador toda a documentação necessária para a instrução do processo.

11.12. Caso seja aberto o **Processo Administrativo** junto ao Órgão Regulador (ANS), para julgamento da alegação de informação de omissão de doença ou lesão preexistente, não será permitida, sob qualquer alegação, a negativa de cobertura assistencial, assim como a suspensão ou rescisão unilateral de contrato, até a publicação pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS do encerramento do **Processo Administrativo**.

11.13. Se comprovada junto à Agência Nacional de Saúde - ANS a omissão de doença ou lesão preexistente, o beneficiário será responsável pelo pagamento das despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão omitida, a partir da data em que tiver recebido comunicado ou notificação da CONTRATADA alegando a

existência de doença ou lesão preexistente não declarada.

11.14. A CONTRATADA poderá comprovar o conhecimento prévio do consumidor sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão, durante o período de 24 (vinte e quatro) meses, podendo a omissão dessa informação ser considerada comportamento fraudulento, considerando:

11.14.1. À CONTRATADA caberá o ônus da prova;

11.14.2. A CONTRATADA poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação dentro dos princípios da ética e legalidade.

11.15. Não haverá exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de contratação do plano de saúde após 24 (vinte e quatro) meses de vigência da contratação, cabendo à CONTRATADA o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do beneficiário.

11.16. Não haverá suspensão da assistência à saúde do beneficiário, titular ou dependente, até a prova do conhecimento prévio do mesmo.

CLÁUSULA XII - URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

12.1. Das definições legais:

Emergência: atendimentos que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente com alterações severas dos sinais vitais, caracterizado em declaração do médico assistente.

Urgência: atendimentos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional, onde haja diminuição do nível de consciência, dificuldade para respirar, dor intensa e alterações dos sinais vitais.

12.2. A cobertura dos procedimentos em situações de emergência ou urgência que implicar em risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis para o beneficiário, incluindo os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional, reger-se-á pela garantia da atenção e atuação no sentido da preservação da vida, órgãos e funções.

12.3. A CONTRATADA garantirá os atendimentos decorrentes de acidentes pessoais, sem restrições, depois de decorridas 24 horas de vigência do contrato.

12.4. A cobertura será prestada por 12 (doze) horas ou, caso surja a necessidade de internação, por período inferior, para:

I - os atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, durante o cumprimento dos períodos de carência;

II - os atendimentos de urgência e emergência, quando efetuados no decorrer dos períodos de carência para internação; e

III - os casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia ou procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças ou lesões preexistentes.

12.5. Após cumpridas as carências, haverá cobertura dos atendimentos de urgência e emergência desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções.

DA REMOÇÃO

12.6. A remoção do paciente será garantida pela CONTRATADA nas seguintes hipóteses:

I - para outra unidade de atendimento da rede do plano, depois de realizados os atendimento

classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente; e

II - para uma unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, quando houver o limite de 12 (doze) horas de atendimento, nas hipóteses citadas acima, e este for atingido ou surgir a necessidade de internação.

Da Remoção para o SUS:

12.7. À CONTRATADA caberá o ônus e a responsabilidade da remoção do beneficiário para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento.

12.8. Quando não puder haver 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.

12.9. A CONTRATADA deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS.

12.10. Se o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade que, ainda que pertencente ao SUS, não disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento, ficará a CONTRATADA desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

Reembolso de despesas nas urgências/emergências:

12.11. Nos casos de urgência e emergência em que o usuário não puder utilizar os serviços próprios ou credenciados indicados na relação fornecida pela HOSPITALAR,dentro da área geográfica de abrangência do plano,serão reembolsadas as despesas cobertas pelo plano contratado.

12.12. O reembolso será efetuado tendo como base os valores vigentes na data de atendimento, de acordo com os seguintes critérios:

a) Honorários médicos e serviços complementares de diagnóstico e tratamento, serão reembolsados tendo com base o valor do procedimento correspondente na tabela praticada pelo HOSPITALAR junto à sua rede credenciada, a tabela estará disponível na administração da operadora;

b) Despesas hospitalares serão reembolsadas tendo como base a Tabela de procedimentos do Hospital Evangélico de Londrina para categoria CONVÊNIO, até o valor máximo nela constante para o procedimento correspondente ao efetuado ao beneficiário, a tabela estará disponível na administração da operadora;

c) Medicamentos e materiais serão reembolsados de acordo com a média de mercado na área de abrangência do plano contratado, á data do atendimento, a tabela estará disponível na administração da operadora.

12.13. O reembolso será pago no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da apresentação dos seguintes documentos originais que, posteriormente, serão disponibilizados para devolução pelo período de 6(seis) meses subsequentes ao pagamento, na hipótese do pagamento não ser integral.

12.14. Somente serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao beneficiário, enquanto perdurou o estado de urgência ou emergência. O beneficiário perderá o direito ao reembolso decorridos 90 (noventa) dias contados da data do even

12.15. O reembolso será realizado pelos valores apurados na categoria CONVÊNIO,independentemente do atendimento de urgência ou emergência,ter sido efetuado na categoria particular,podendo,em razão disso,haver

diferenças entre valor desembolsado pelo contratante e o valor a ser reembolsado pelo HOSPITALAR. Os valores excedentes aos fixados para categoria CONVÊNIO,serão de INTEIRA RESPONSABILIDADE do contratante independente da caracterização de urgência e emergência.

12.16. Do valor total do reembolso serão deduzidos os percentuais da co-participação,quando for o caso,a que estaria sujeito o Contratante caso fosse utilizada a rede credenciada do HOSPITALAR, nos valores e limites previstos neste contrato.

CLÁUSULA XIII - MECANISMO DE REGULAÇÃO

13.1. Os beneficiários obrigam-se a fornecer ao prestador do serviço, o Cartão de Identificação de Beneficiário dentro do prazo de validade, emitido pela CONTRATADA, documento de identidade e/ou caso exista, permitir a identificação por tecnologia digital.

13.2. As internações hospitalares serão processadas mediante Guia de Internação, solicitadas pelo médico assistente em favor do beneficiário, que será disponibilizada para análise da CONTRATADA para concessão de sua autorização.

13.3. O prazo de internação, fixado pela CONTRATADA, constará da guia expedida e corresponderá à média de dias utilizados para casos idênticos, ou ainda, contemplará aquele definido pelo médico assistente.

13.4. Excetuando-se os casos de urgência e emergência, os demais serviços serão prestados mediante autorização prévia da CONTRATADA;

13.4.1. Nos casos de urgência ou emergência, o beneficiário, ou quem por ele responda, terá até o segundo dia útil, subsequente à data do evento, **para providenciar a respectiva autorização do procedimento,** mediante solicitação devidamente fundamentada, carimbada e assinada pelo médico assistente;

13.4.2. Haverá tolerância para os casos de comprovada impossibilidade de cumprimento do prazo acima disposto;

13.4.3. Caso o prestador se proponha a providenciar a autorização, caberá à CONTRATADA verificar se foram respeitados os prazos limites;

13.4.4. Nos procedimentos que exigem autorização prévia, a CONTRATADA providenciará a autorização para o procedimento em no máximo estipulados pela legislação vigente editadas pela Agência Nacional de Saúde, a partir do protocolo da solicitação ou, em prazo inferior quando caracterizado caso de urgência e/ou emergência.

13.5. Nos casos de transferência para leitos de alta tecnologia, eventos cirúrgicos em beneficiários internados para tratamento clínico e realização de procedimentos de alta complexidade será necessária a autorização prévia pela CONTRATADA, mesmo que o paciente já se encontre internado, salvo nas urgências e/ou emergências intercorrentes, quando então poderá ser solicitada posteriormente, no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas.

13.5.1. A inobservância dos prazos acima, caso não haja justificativa plausível, reserva à CONTRATADA o direito de não se responsabilizar pelo pagamento das despesas decorrentes.

13.6. As despesas extraordinárias realizadas pelo paciente e/ou acompanhante, não relacionadas diretamente com o tratamento, serão de sua inteira responsabilidade, sendo pagas diretamente à entidade hospitalar.

13.6.1. São consideradas como despesas extraordinárias: medicamentos não prescritos pelo médico assistente, produtos de toalete e higiene pessoal e alimentos que não sejam servidos pela instituição;

13.7. Comprovada a indevida utilização de serviços, estes serão de responsabilidade exclusiva do CONTRATANTE, ainda que o ato tenha sido praticado sem o seu conhecimento, ficando estabelecido que os comprovantes das despesas decorrentes deste fato poderão constituir dívida líquida, certa e exigível, caracterizando título extrajudicial capaz de autorizar o seu protesto ou a sua execução judicial.

13.8. Os serviços serão prestados por intermédio do médico assistente e de rede própria ou contratada, básica ou especializada, direta ou indiretamente, de acordo com a área geográfica do contrato. Salienta-se que não haverá restrição aos não pertencentes à rede própria ou contratualizada da operadora referenciados/cooperados/ credenciados.

13.9. No ato da contratação será entregue ao CONTRATANTE o **Guia de Serviços de Saúde**, editado pela CONTRATADA, informando a relação de seus prestadores, médicos credenciados, hospitais e clínicas, devendo, entretanto, o beneficiário, ao utilizar-se dos serviços, confirmar as informações pelo site da CONTRATADA, em razão do processo dinâmico do quadro da rede contratada e/ou credenciada, direta e indiretamente, de acordo com a área de abrangência contratada.

13.10. A CONTRATADA reserva-se no direito de rescindir o contrato com qualquer participante da sua rede assistencial, bem como de contratar novos serviços, a seu exclusivo critério, sempre mantendo a qualidade da prestação dos serviços previstos neste instrumento.

13.10.1. As alterações da rede hospitalar cumprirão o disposto no art. 17 da Lei n°. 9.656/98 ou seja, as substituições serão comunicadas aos CONTRATANTES e à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS com antecedência de 30 (trinta) dias. A redução de serviços hospitalares, com propósito de redimensionamento da rede, somente ocorrerá mediante prévia solicitação e autorização expressa da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e também, será informado ao CONTRATANTE.

13.11. Havendo utilização nos eventos abaixo será devida participação do beneficiário no custeio da despesa assistencial, através dos mecanismos de co-participação, de acordo com o que segue:

13.12. Os valores das despesas decorrentes da utilização dos procedimentos constantes na cobertura ambulatorial serão cobrados **50% (cinquenta por cento)** tendo como base a tabela referência da operadora, e a tabela estará disponível na administração da operadora, até os limites máximos de co-participação de **R$ 110,00 (cento e dez reais)** por procedimento.

13.13. O reajuste do valor do limite máximo de co-particapação de R$ 110,00 (cento e dez reais) por procedimento para inscritos no plano enfermaria,será realizado anualmente no mesmo mês e com o mesmo índice autorizado para reajuste da taxa de manutenção do presente contrato

13.14. Fica estabelecido que é devida a co-participação em todos os procedimentos constantes da Cobertura Ambulatorial.

13.15. As internações de beneficiários **portadores de transtornos psiquiátricos** estão sujeitas à co-participação pecuniária no total das despesas, a partir do 31° (trigésimo primeiro) dia de internação, de acordo com o número de dias de internação, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, para o respectivo paciente.

13.15.1 Portanto haverá o custeio parcial, a partir do 31° (trigésimo primeiro) dia de internação, por ano de contrato, não cumulativos, contínuos ou não, em hospital psiquiátrico ou em unidade enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação

de crise, através de co-participação de 50% (cinquenta por cento) observados os tetos estabelecidos nos normativos vigentes à época e não podendo caracterizar o financiamento integral da internação.

13.15.1.1. Os percentuais e valores estabelecidos neste contrato serão calculados sobre os valores fixados na Tabela Referencial da CONTRATADA e respeitarão os tetos estipulados nos normativos editados pela ANS vigentes à época;

13.15.1.2. O montante devido da co-participação integrará as contraprestações subsequentes ao mês do evento, porém, será discriminado.

13.16. A CONTRATADA fornecerá, sempre que solicitado pelo beneficiário, laudo circunstanciado, bem como cópia de toda a documentação relativa às questões de impasse que possam surgir no curso do contrato, decorrente da utilização dos mecanismos de regulação.

13.17. Para as situações que implicarem em divergências nas regras de regulação, fica assegurado o atendimento ao beneficiário por profissional técnico, no prazo máximo de 1 (um) dia útil, a partir do momento da solicitação ou em prazo inferior quando caracterizada a urgência.

13.18. Nas situações de divergências a respeito de autorização prévia, a definição do impasse será feita através de Junta constituída pelo médico solicitante ou nomeado pelo beneficiário, por médico auditor da CONTRATADA e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais anteriores, cuja remuneração ficará a cargo da CONTRATADA.

CLÁUSULA XIV - FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

14.1. Para efeitos deste contrato, os valores previstos para contraprestação serão de forma PRÉ-ESTABELECIDA.

14.2.Como contraprestação mensal, os valores estão expressos na tabela comercial constante do **ANEXO I**, parte integrante deste instrumento, de acordo com a idade de cada beneficiário.

14.2.1 Todos os pagamentos serão realizados diretamente à CONTRATADA, por meio de boleto bancário, não tendo o profissional médico ou qualquer outro prestador, autorização para recebimento ou negociação de valores em nome da CONTRATADA.

14.2.2. Eventuais valores de co-participação em internações decorrentes de transtornos psiquiátricos deverão ser liquidados da mesma forma que as mensalidades, pois delas farão parte, e serão cobrados subsequentes ao mês do atendimento.

14.3. Quando a data de vencimento cair em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser realizado até o primeiro dia útil subsequente.

14.4. Se o CONTRATANTE não receber o documento que possibilite realizar o pagamento de sua obrigação, até 05 (cinco) dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente na sede da CONTRATADA ou por meio do site www.planohospitalar.com.br, para que não se sujeite às consequências da mora.

14.5. Ocorrendo impontualidade no pagamento da mensalidade, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento), além de multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado, e ainda, conforme o caso, cobrança judicial, ressarcimento por perdas e danos, honorários advocatícios e reembolso de custas judiciais, sem prejuízo do direito da CONTRATADA inscrever o nome do inadimplente nos cadastros de restrição ao crédito (SPC e SERASA) e ou protestar o contrato.

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

14.7. O pagamento da contraprestação pecuniária referente a um determinado mês não implica na quitação de débitos anteriores.

CLÁUSULA XV – REAJUSTE

15.1. O reajuste ocorrerá anualmente, a partir da data de aniversário do contrato, sendo que índice de reajuste a ser aplicado nas contraprestações, e nos valores de co-participação deste contrato está sujeito à obediência ao índice autorizativo da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS (Órgão Regulador).

15.2. Caso nova legislação venha a autorizar o reajustamento em período inferior a 12 (doze) meses, a mesma terá aplicação imediata sobre este contrato.

15.3. Fica estabelecido que os valores relativos às inclusões de dependentes terão o primeiro reajuste integral, independentemente da variação da faixa etária, na data de aniversário de vigência do presente contrato e mediante autorização da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, entendendo-se como data base única, independente da data de inclusão do beneficiário dependente.

CLÁUSULA XVI - FAIXAS ETÁRIAS

16.1. As mensalidades são estabelecidas de acordo com a faixa etária em que cada beneficiário inscrito esteja enquadrado. Ocorrendo alteração na idade de qualquer dos beneficiários que importe em deslocamento para a faixa etária superior, a contraprestação pecuniária será aumentada automaticamente, no mês seguinte ao do aniversário do beneficiário.

16.2. As faixas etárias para os fins deste contrato são:
1ª FAIXA Até 18 (dezoito) anos
2ª FAIXA 19 a 23 (dezenove a vinte e três) anos
3ª FAIXA 24 a 28 (vinte e quatro a vinte e oito) anos
4ª FAIXA 29 a 33 (vinte e nove a trinta e três) anos
5ª FAIXA 34 a 38 (trinta e quatro a trinta e oito) anos
6ª FAIXA 39 a 43 (trinta e nove a quarenta e três) anos
7ª FAIXA 44 a 48 (quarenta e quatro a quarenta e oito) anos
8ª FAIXA 49 a 53 (quarenta e nove a cinquenta e três) anos
9ª FAIXA 54 a 58 (cinquenta e quatro a cinquenta e oito) anos
10ª FAIXA A partir de 59 (cinquenta e nove) anos

16.3 Variação do valor da mensalidade em decorrência da mudança de faixa etária corresponderá aos percentuais abaixo, que incidirão sobre o preço então pago na faixa etária anterior, e não se confundem com o reajustamento pela variação de custo (mensalidades):

MUDANÇA DE FAIXAS REAJUSTE (%)
Da 1ª para 2ª Faixa 15%
Da 2ª para 3ª Faixa 15%
Da 3ª para 4ª Faixa 15%
Da 4ª para 5ª Faixa 15%
Da 5ª para 6ª Faixa 16%
Da 6ª para 7ª Faixa 21%
Da 7ª para 8ª Faixa 30%
Da 8ª para 9ª Faixa 35%

Da 9ª para 10ª Faixa 39%

16.4. Os beneficiários com **mais de 59 (cinquenta e nove) anos de idade** não sofrerão reajustes por mudança de faixa etária, mas permanecerão os reajustes anuais, ou conforme determinar a legislação pertinente, pela variação de custo.

16.5. Os percentuais de variação entre cada faixa etária sempre observará os valores fixados para a última faixa que não poderá ser superior a 6 (seis) vezes o valor da primeira faixa e, a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

CLÁUSULA XVII – BÔNUS

17.1. O CONTRATANTE/TITULAR obriga-se ao pré pagamento mensal para a CONTRATADA,por si e para cada um dos seus dependentes inscritos,de acordo com a faixa etária estabelecida na cláusula 15.3,dos valores vigentes à época da contratação,constantes na proposta de adesão,para efeito de mensalidade e agravos por doenças e lesões pré existentes,obedecida a seguinte tabela de descontos e de acordo com a inscrição e permanência do número de usuários no plano:

Quantidade Usuários por Contrato	Desconto
2 usuários	**10,00%**
3 usuários	**20,00%**
4 usuários ou mais	**30,00%**

17.2. Ocorrendo inclusões,dentro das regras estipuladas nas cláusula 6,promovendo acréscimo no número de usuários resultando mudança de faixa etária de desconto,o valor da mensalidades será automaticamente adequado à tabela de desconto,observando o número total de usuários,que somente será admitida por falecimento,separação judicial comprovada,ou perda da condição de dependentes referenciada na clausula 6,em sendo reduzido o número total de beneficiário integrantes do plano para menos de três,resultando mudança para outra faixa de desconto,o valor da mensalidade será automaticamente adequado à tabela de desconto correspondente.

CLÁUSULA XVIII – DAS CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

18.1. Perderá a condição de beneficiário e será excluído do plano:

18.1.1. O beneficiário titular que solicitar por escrito sua exclusão, ou do(s) seu(s) dependente(s);

18.1.2. O beneficiário dependente que por qualquer motivo deixar de atender as condições exigidas para sua inscrição, sendo:

18.1.2.1. Perda da condição de cônjuge ou convivente;

18.1.2.2. Aquisição da maioridade;

18.1.2.3. Perda da condição de dependência econômica;

18.1.2.4. Infrações ou fraudes com o objetivo de obter vantagens ilícitas.

18.1.2.5 Perda por morte

18.1.3. As perdas da condição de dependência nos itens deve ser comunicado pelo titular, em até 30 dias do evento que ocasionou a perda, sob pena de em não o fazendo ser devido pelo titular o valor equivalente a um novo contrato similar ao presente.

18.2. A extinção do vínculo do beneficiário titular do plano, salvo nas hipóteses da inadimplência ou fraude comprovada, não se extingue o presente contrato, sendo assegurada a manutenção das condições contratuais aos seus dependentes, com a conseqüente assunção das obrigações decorrentes.
Para tanto, será formalizado instrumento contratual específico de assunção das obrigações decorrentes.

18.3. Ocorrendo a perda da condição de beneficiário nas condições previstas no item 16.1.2. acima, o beneficiário poderá contratar plano na modalidade Individual ou familiar com esta CONTRATADA em até 30 (trinta) dias, contados da data em que ocorreu a referida perda, aproveitando os períodos de carências já cumpridas;

18.4. Por ocasião de nova contratação, observar-se-ão os valores de comercialização da tabela vigente na data da adesão ao plano contratado.

CLÁUSULA XIX - RESCISÃO/SUSPENSÃO

19.1. Será considerado rescindido este contrato se houver atraso no pagamento da contraprestação por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência, desde que o CONTRATANTE tenha sido notificado até o 50º (quinquagésimo) dia de inadimplência, sem prejuízo do direito da CONTRATADA requerer judicialmente a quitação dos valores devidos, com suas consequências moratórias.

19.1.1. permitida a redução do período de inadimplência pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, haverá imediata aplicação pela CONTRATADA do novo normativo ao presente instrumento.

19.1.2. O Titular outorga poderes expressos para qualquer com seus dependentes,podendo retirar cada um suas próprias guias,bem como poderes para qualquer beneficiário dependente possa assinar cobrança,aviso e suspensão e cancelamento do contrato.
19.1.3 No caso de inadimplemento de obrigações de natureza financeira do TITULAR, a CONTRATADA poderá, após 10 dias com prévia notificação ao TITULAR, fazer o registro desse fato no sistema de proteção ao crédito (SERASA,SPC)/ ou protestar o contrato.
E após o reconhecimento do pagamento pela CONTRATADA,terá 5 dias úteis para retirada da inscrição do CONTRATANTE,do Sistema de Proteção ao Crédito.

19.2. Rescinde-se também o presente contrato, quando da comprovação de comportamento fraudulento, como:

19.2.1. Qualquer ato ilícito praticado pelo beneficiário titular, ou seu(s) dependente(s), na utilização do objeto deste instrumento;

19.2.2. Utilização indevida da carteira de identidade do beneficiário titular ou seu(s) dependente(s), assim entendido, também, a sua utilização por terceiros;

19.2.3. Omissão ou distorção de informações pelo beneficiário titular ou seu(s) dependente(s) em prejuízo da CONTRATADA, neste caso mediante autorização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

19.3. As hipóteses constantes dos itens 17.1. e 17.2. acima, extinguem o contrato de pleno direito, acarretando a imediata exclusão do(s) beneficiário(s) dependente(s).

19.4. Quando ocorrer rescisão antes do término deste contrato, será cobrada multa de 50% (cinquenta por cento) sobre os valores das mensalidades restantes para se completar a primeira vigência.

19.4.1. O contrato renovado por prazo indeterminado poderá ser denunciado pelo CONTRATANTE, por escrito, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, sem ônus da multa;

19.4.2. A falta de comunicação, nos termos deste artigo, implica na manutenção das obrigações contratuais assumidas.

18.4.3. Durante o prazo de denúncia não será admitida inclusão ou exclusão de beneficiários dependentes.

19.5. Fica vedada a rescisão ou suspensão unilateral do contrato, em qualquer hipótese, durante a ocorrência de internação hospitalar do beneficiário titular.

II - DAS OUTRAS DISPOSIÇÕES:

1. Por convenção, adotou-se neste contrato o gênero masculino quando há referência ao(à) CONTRATANTE, aos(às) beneficiários(as), aos(às) filhos(as), aos(às) menores, dentre outros.

2. A CONTRATADA não terá responsabilidade pelo pagamento nas seguintes condições:

a) Por qualquer acordo ajustado particularmente pelos beneficiários com quaisquer prestadores. Tais despesas e riscos correm por conta exclusiva do CONTRATANTE;

b) Pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa da pactuada, tais como, dentro do período de cumprimento de carência, após o término da relação contratual e fraude;

c) Na hipótese do beneficiário optar por acomodação hospitalar superior àquela contratada deverá arcar com a diferença de preço, inclusive de honorários dos profissionais, conforme negociação direta com o hospital, médicos e demais prestadores do atendimento;

d) A utilização dos serviços contratados, durante o período de suspensão ou de carência, neste último caso, ressalvadas as especificidades dos casos de urgências ou emergências é de responsabilidade do CONTRATANTE/beneficiário.

3. É obrigação do CONTRATANTE, na hipótese de rescisão, resolução ou resilição deste contrato, ou ainda, de exclusão de beneficiário, devolver os respectivos cartões de identificação e quaisquer outros documentos porventura fornecidos pela CONTRATADA, respondendo, sempre, sob todos os aspectos, pelos prejuízos resultantes do uso indevido desses documentos, restando isenta, neste caso, de qualquer responsabilidade, a CONTRATADA, a partir da exclusão do beneficiário, rescisão, resolução ou resilição do presente.

3.1. Considera-se uso indevido a utilização desses documentos para obter atendimento, mesmo que na forma contratada, pelos beneficiários que perderam essa condição, por exclusão ou término do contrato, ou, em qualquer hipótese, por terceiros não beneficiários;

3.2. O uso indevido e COMPROVADO do cartão de identificação, de qualquer beneficiário, a critério da CONTRATADA, ensejará pedido de indenização por perdas e danos, bem como a exclusão do respectivo titular e seus dependentes.

4. Ocorrendo a perda ou extravio de quaisquer documentos, o CONTRATANTE deverá comunicar, por escrito, o fato à CONTRATADA, para cancelamento ou, quando for o caso, emissão de segunda via. O cancelamento só terá validade quando recebido por escrito, pela CONTRATADA.

5. Os beneficiários com mais de 60 (sessenta) anos de idade, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até 5

(cinco) anos têm privilégio na marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos.

6. O CONTRATANTE reconhece como dívida líquida e certa, em favor da CONTRATADA, quaisquer despesas decorrentes de atendimento prestado a ele, seus dependentes e agregados, cessadas as responsabilidades da CONTRATADA, independentemente da data de início do tratamento, bem como aquelas coberturas deferidas liminar ou cautelarmente em procedimento judicial, e posteriormente revogadas ou decididas em contrário, e ainda, os procedimentos não cobertos explicitamente por este instrumento.

7. A inserção de mensagens no recibo de cobrança das mensalidades valerá como advertência/notificação ao CONTRATANTE, para todos os efeitos deste contrato, a partir da data do respectivo pagamento, exceto na hipótese de rescisão de contrato, por inadimplência, quando então haverá NOTIFICAÇÃO ESPECÍFICA, até o 50º (quinquagésimo) dia de inadimplemento, consecutivos ou não.

8. Qualquer tolerância não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

9. Poderá a CONTRATADA exigir documentação comprobatória das declarações do CONTRATANTE.

10. O CONTRATANTE, por si, seus dependentes e agregados, autoriza a CONTRATADA a obter o diagnóstico médico sempre que necessário, tanto para fins de reembolso como para fins de informações médicas. Ficam desde já autorizadas essas informações, que serão prestadas pelos médicos assistentes, ou pelos serviços credenciados, que se utilizarão da codificação expressa na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a Saúde - CID, da Organização Mundial de Saúde, 10ª (décima) revisão, ou fornecerão relatórios médicos detalhados.

11. Integram este contrato, para todos os fins de direito, a **Proposta de Adesão, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde - MPS, o Guia de Leitura Contratual - GLC, a Declaração de Saúde, Termo de Oferecimento do Plano Referência, Guia Médico** e demais anexos firmados pelos contraentes.

12. Toda e qualquer concessão pela CONTRATADA, fora do pactuado pelo presente instrumento, implicará em mera liberalidade.

13. Este contrato foi elaborado levando-se em consideração a legislação vigente nesta data. Assim, qualquer alteração das normas que implique em necessária modificação do que aqui foi avençado, sujeitará a novo ajuste das condições, inclusive com possíveis reflexos na contraprestação, desde que autorizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

CLÁUSULA XX - ELEIÇÃO DE FORO

20.1. Fica eleito o foro do domicílio do CONTRATANTE para dirimir qualquer demanda sobre o presente contrato, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

20.2. E por estarem assim justos e acordados, assinam o presente Contrato em duas vias, de igual teor, na presença de duas testemunhas, sendo rubricadas pelas partes todas as suas folhas.

Londrina, _____ de _____ de _____

CONTRATANTE

Nome:

CPF: RG:

_____

Assinatura do Contratante/Titular

CONTRATADA

Associação Evangélica Beneficente de Londrina

CNPJ: 78613841/0001-61

_____

Assinatura da Contratada/AEBEL

TESTEMUNHA

Nome:

CPF: RG:

_____

Assinatura da Testemunha

TESTEMUNHA

Nome:

CPF: RG:

_____

Assinatura da Testemunha

CLÁUSULA XXI - DISPOSIÇÕES GERAIS

I - DAS DEFINIÇÕES:

Para os efeitos deste contrato, são adotadas as seguintes definições:

1. Acidente Pessoal - é o evento exclusivo, com data caracterizada, diretamente externo, súbito, imprevisível, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico.

2. Agravo - É o acréscimo no valor da contraprestação pecuniária mensal do plano oferecida ao CONTRATANTE/ TITULAR como alternativa à adoção de cláusula de Cobertura Parcial Temporária

3. Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS - autarquia sob o regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde.

4. Atendimento Ambulatorial - é aquele executado no âmbito do ambulatório, incluindo a realização de curativos, pequenas cirurgias, primeiros socorros e outros procedimentos que não exijam uma estrutura mais complexa para o atendimento.

5. Atendimento Hospitalar – É o atendimento que se limita aos serviços executados em hospitais e pronto-socorro,não incluindo atendimentos ambulatoriais para fins de diagnóstico,terapia ou recuperação,mesmo que complementar a uma internação.

6. Beneficiário - é a pessoa física que usufruirá dos serviços ora pactuados, seja na qualidade de titular ou dependente.

7. Cálculo Atuarial - é o cálculo estatístico com base em análise de informações sobre a freqüência de utilização, peculiaridades do beneficiário, tipo de procedimento, com vistas à manutenção do equilíbrio financeiro do plano e o cálculo das contraprestações.

8. Carência - é o prazo ininterrupto, contado a partir do início de vigência do contrato ou da data das novas inscrições, durante o qual os beneficiários não têm direito às coberturas contratadas.

9. Cartão Individual de Identificação - é a cédula onde se determina a identidade do beneficiário (nome, idade, código de inscrição na operadora, dentre outras informações.) e é, também, o comprovante de sua inscrição no plano.

10. CID-10 - é a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10ª revisão. **IMPORTANTE:** os procedimentos cobertos por este contrato são somente aqueles relacionados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde divulgado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e suas atualizações, de acordo com a segmentação assistencial.

11. Cobertura Parcial Temporária – É aquela que admite,num prazo determinado,a suspensão da cobertura de eventos cirúrgicos,leitos de alta complexidade,relacionada ás doenças e lesões pré existentes.

12. Cobertura - é a assistência à saúde contratada e que o beneficiário terá direito.

13. Consulta - é o ato realizado pelo médico ou dentista, conforme o caso, que avalia as condições clínicas do beneficiário.

14. Contratada - é a OPERADORA de planos privados de assistência à saúde, que se obriga a garantir a prestação

de serviços de assistência à saúde aos beneficiários do plano ora convencionado, nos termos deste instrumento, através de seus médicos contratados e de rede própria, ou por ela contratada.

15. Contratante - é a pessoa física, qualificada na Proposta de Adesão em anexo, que contrata a prestação de serviços de assistência à saúde para si ou seu(s) dependente(s).

16. Contrato Individual ou Familiar - é um contrato de livre adesão de beneficiários, pessoas naturais, com ou sem grupo familiar.

17. Convivente - é a pessoa que vive em união estável com outrem em intimidade, com cunho de constituição de família, de forma pública.

18. Co-Participação - é o montante em termos percentuais ou valores monetários, para cada procedimento realizado, que, quando ocorrer, constituir-se-á parte integrante da contraprestação.

19. Doença - é o processo mórbido definido, tendo um conjunto característico de sintomas e sinais, que leva o indivíduo a tratamento médico.

20. Doença ou Lesões Pré Existente - Doença ou lesões adquirida pelo usuário antes da sua inscrição no contrato

21. Eletivo - é o termo usado para designar procedimentos médicos não considerados de urgência ou emergência.

22. Emergência - atendimentos que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, com alterações severas dos sinais vitais, caracterizado em declaração do médico assistente.

23. Entrevista qualificada – Quando o CONTRANTE/TITULAR,com auxílio do médico, afim de responder aos requisitos pertinentes a si e seus dependentes,referente às condições de saúde e doenças que tenha tido e que tenha conhecimento,antes do momento da contratação do plano.

24. Evento - é o conjunto de ocorrências ou serviços de assistência médica ou hospitalar coberto por este contrato.

25. Exame - é o procedimento complementar solicitado pelo médico assistente, que possibilita uma investigação diagnóstica, para melhor avaliar as condições clínicas do beneficiário.

26. Exame Pericial de Admissão - é o ato médico (e demais procedimentos) executado por profissional indicado pela CONTRATADA cuja finalidade é identificar doença e lesão que o beneficiário seja portador antes da contratação.

27. Guia de Serviços de Saúde - é a relação dos serviços próprios e contratados pela CONTRATADA.

28. Hospital de Categoria Diferenciada - é aquele hospital que utiliza sua própria lista de preços e procedimentos, não se sujeitando a Tabela de Referência de terceiros.

29. **Inscrição** - é o ato de incluir um beneficiário no plano.

30. Internação Hospitalar - é quando o beneficiário fica sob os cuidados médicos em um estabelecimento hospitalar.

31. Mensalidade ou Contraprestação - é a quantia a ser paga mensalmente à CONTRATADA, em face das coberturas previstas no contrato, ou sua mera disponibilidade.

32. Leitos de alta tecnologia – UTI,semi-intensivo;unidades coronarianas e unidades de tratamento para queimados e definidos pela portaria GM nº 3432,de 12.08.98 do ministério da saúde

Anexo Hospitalar 8 (6844121) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 176

33. Medicamentos/Material importado nacionalizado – entende-se o produto com matéria-prima importada, que esteja devidamente registrado no ministério da saúde ,manipulado e envasado no Brasil,com protocolo e diretriz de prescrição devidamente homologada pela sociedade médica brasileira da especialidade,e assim normatizado.

34. Operadora de Planos de Saúde (OPS) - empresa legalmente constituída, devidamente registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS que comercializa planos de assistência à saúde, de acordo com os dispositivos da Lei 9.656/98.

35. Órtese - refere-se unicamente aos aparelhos ou dispositivos ortopédicos de uso provisório, destinados a alinhar, prevenir ou corrigir deformidades ou melhorar a função das partes móveis do corpo, podendo, ou não, ser retirado posteriormente. (Ex:pinos e placas metálicas,lentes oculares)dentre outros em relação especifica cujo ROL atualizado no site da ANS www.ans.gov.br

36. Patologia - modificações funcionais produzidas pela doença no organismo.

37. Plano - é a opção de coberturas adquirida pelo CONTRATANTE.

38. Preposto - é o representante que poderá em nome da CONTRATADA, comercializar ou gerenciar o Plano de Saúde.

39. Primeiros Socorros - é o conjunto de procedimentos que constitui o primeiro atendimento realizado nos casos de urgência ou emergência.

40. Procedimentos de Alta Complexidade - são aqueles listados em norma da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, consistindo nos únicos procedimentos que, quando referentes à doença ou lesão preexistente, poderão constar de cláusula contratual específica e ter sua cobertura suspensa pelo prazo de até 24 (vinte e quatro) meses.

41. Proposta de Adesão - é o documento preenchido pelo CONTRATANTE que expressa a constituição jurídica entre as partes e firma as condições do contrato.

42. Prótese - é a peça artificial empregada em atos cirúrgicos, em substituição parcial ou total de um órgão ou membro, reproduzindo sua forma e/ou sua função. (Ex:Stent,marca passo)dentre outros em relação especifica cujo ROL atualizado no site da ANS www.ans.gov.br

43. Recursos ou Serviços Contratados, Credenciados ou Referenciados - são aqueles colocados à disposição do beneficiário pela CONTRATADA, para atendimento médico-hospitalar.

44. Recursos Próprios ou Rede Própria

a) hospitalar: todo recurso físico hospitalar de propriedade da CONTRATADA;
b) médica: constituída por profissional credenciado/contratado da CONTRATADA.

45. Rol de Procedimentos - é a lista editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, que referencia os procedimentos básicos obrigatórios, individualizados para as segmentações especificadas (ambulatorial, hospitalar, hospitalar com obstetrícia, odontológica e referência), encontra-se disponível no site www.ans.gov.br.

46. Urgência - atendimentos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional, onde haja diminuição do nível de consciência, dificuldade para respirar, dor intensa e alterações dos sinais vitais.

AEBEL

ASSOCIAÇÃO EVANGÉLICA
BENEFICENTE DE LONDRINA

PLANO DE SAÚDE Hospitalar

Hospital Evangélico DE LONDRINA

CEMITÉRIO PARQUE DAS OLIVEIRAS

PLANO DE SAÚDE
Hospitalar

R. Senador Souza Naves, 1922
86010-020 • Londrina • PR
T. 43 3315.1900 • www.planohospitalar.com.br
ANS 32675-5

Contrato Particular de Prestação de Serviços Médicos, Hospitalares, Serviço de Diagnóstico e Terapia.

Categoria: Individual/Familiar
Nome Comercial: VIDA COMPARTILHADO
Segmentação: Ambulatorial + Hospitalar sem Obstetrícia
Acomodação: Enfermaria
Modalidade: Co-participação de 30%
Abrangência: Local
Registro na Agência Nacional de Saúde: 446.188/03-6

TABELA DE VALORES

VIDA COMPARTILHADO 30% ACOMODAÇÃO ENFERMARIA SEM OBSTETRÍCIA	
FX ETÁRIA	TITULAR
00 A 18	R$ 200,94
19 A 23	R$ 274,79
24 A 28	R$ 354,81
29 A 33	R$ 369,45
34 A 38	R$ 398,65
39 A 43	R$ 418,83
44 A 48	R$ 499,21
49 A 53	R$ 597,95
54 A 58	R$ 712,15
59 OU +	R$ 994,45

O CONTRATANTE/TITULAR obriga-se ao pré pagamento mensal para a CONTRATADA,por si e para cada um dos seus dependentes inscritos,de acordo com a faixa etária estabelecida na cláusula 15.3,dos valores vigentes à época da contratação,constantes na proposta de adesão,para efeito de mensalidade e agravos por doenças e lesões pré existentes,obedecida a seguinte tabela de descontos e de acordo com a inscrição e permanência do número de usuários no plano:

Quantidade Usuários por Contrato	Desconto
2 usuários	10,00%
3 usuários	20,00%
4 usuários ou mais	30,00%

Ocorrendo inclusões, dentro das regras estipuladas nas cláusula 6,promovendo acréscimo no número de usuários resultando mudança de faixa etária de desconto,o valor da mensalidades será automaticamente adequado à tabela de desconto,observando o número total de usuários,que somente será admitida por falecimento,separação judicial comprovada,ou perda da condição de dependentes referenciada na clausula 6,em sendo reduzido o número total de beneficiário integrantes do plano para menos de três,resultando mudança para outra faixa de desconto,o valor da mensalidade será automaticamente adequado à tabela de desconto correspondente.

Anexo Hospitalar 9 (6844134) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 179

PLANO DE SAÚDE

Hospitalar

CONTRATO

PLANO VIDA
COMPARTILHADO

ANS 32675-5

Com menos do que você imagina,

você conta com as vantagens exclusivas do plano de saúde mais completo de Londrina para proteger a sua família.

Há mais de 50 anos o Plano de Saúde Hospitalar é especialista em cuidar dos norte-paranaenses, garantindo qualidade e eficiência nos serviços oferecidos. Nossa missão é levar mais saúde aos paranaenses pelo melhor preço, garantindo um atendimento de qualidade sempre que você precisar. Confira todas as nosas vantagens e cuide da sua família por valores que cabem no seu bolso!

- **Hospital próprio, o maior e melhor da região**
- **Pronto-Socorro e Pronto-Atendimento funcionando 24h**
- **Ambulância com UTI móvel 24h**
- **Telemedicina via App Clic.digital**
- **Descontos em farmácias credenciadas**
- **Clínica Multiprofissional**
- **Clínica de Vacinas**
- **Mais de 500 médicos, clínicas e laboratórios**
- **Serviço de internação domiciliar**
- **Atendimento nacional de urgência e emergência por meio da ABRAMGE**

A FACILIDADE DE UM PLANO DE SAÚDE DIGITAL!

- APP HOSPITALAR
- APP CLIC.DIGITAL TELEMEDICINA
- PLANOHOSPITALAR.COM.BR
- WHATSAPP ASSISTENTE VIRTUAL

Além de todos os benefícios,

o Plano de Saúde Hospitalar oferece cobertura total para todos os procedimentos exigidos pela ANS em um hospital próprio e reconhecido com Selo de Excelência ONA Nível III.

- ✔Consultas e exames
- ✔Internação e cirurgias
- ✔Parto e Cesárea
- ✔Urgências e emergências

Hospital Evangélico DE LONDRINA

SUMÁRIO

Qualificação da Operadora 04
Local da Prestação de Serviço 04
Padrão de Acomodação 04
Formação do Preço 04
Atributos do Contrato 04
Condições de Admissão 04
Coberturas e Procedimentos Garantidos 05
Exclusões de Cobertura 10
Vigência 11
Períodos de Carência 11
Doenças e Lesões Pré Existentes 12
Urgência e Emergência 14
Mecanismo de Regulação 15
Formação do Preço e Mensalidade 17
Reajuste 18
Faixa Etárias 18
Bônus 19
Das Condições da Perda da Qualidade de Beneficiário 20
Rescisão/Suspensão 20
Outras Disposições 21
Eleição de Foro 24
Glossário 25

Anexo Hospitalar 9 (6844134) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 182

HOSPITALAR PLANO DE SAÚDE

Contrato Particular de Prestação de Serviços Médicos, Hospitalares, Serviço de Diagnóstico e Terapia.
Categoria: Individual/Familiar
Nome Comercial: VIDA COMPARTILHADO
Segmentação: Ambulatorial + Hospitalar sem Obstetrícia
Acomodação: Enfermaria
Modalidade: Co-participação de 30%
Abrangência: Local
Registro na Agência Nacional de Saúde: 446.188/03-6

CLÁUSULA I - QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA

1.1. ASSOCIAÇÃO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA - AEBEL, inscrita no CNPJ/MF sob o nº. 78.613.841/0001-61, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS sob o nº. 32675-5, classificada na modalidade Filantropia, com sede à Avenida Bandeirantes n.º 618, Jardim Londrilar, CEP 86015-900, em Londrina - PR, neste ato representada na forma do seu estatuto e doravante denominada simplesmente **CONTRATADA**.

CLÁUSULA II – LOCAL DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

2.1. Os serviços ora contratos serão prestados pelos médicos credenciados,em serviços/recursos próprios,serviços/recursos contratados ou credenciados da **CONTRATADA**, constante no guia médico específico, a atualização será realizada diariamente e estará disponível na administração da operadora e através do site www.planohospitalar.com.br, para este plano e exclusivamente dentro da sua área de atuação compreendendo a localidade de **Londrina**.

CLÁUSULA III - PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

3.1. O tipo de acomodação hospitalar oferecida pelo plano é coletivo padrão Enfermaria
Não havendo disponibilidade de leito hospitalar contratado nos estabelecimentos próprios ou credenciado pela Operadora, é garantido ao beneficiário acesso à acomodação, em nível superior, sem ônus adicional, conforme artigo 33 da Lei 9.656/98.

CLÁUSULA IV - FORMAÇÃO DO PREÇO

4.1. Os valores a serem pagos pela cobertura assistencial contratada são **pré-estabelecidos.**

CLÁUSULA V – ATRIBUTOS DO CONTRATO

5.1. O presente contrato tem por objeto a prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais na forma de plano privado de assistência à saúde prevista no inciso I, do art. 1º, da Lei 9.656/98, visando à Assistência Médica Hospitalar com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, e do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento.

5.2. Este instrumento tem as características de contrato de adesão, bilateral, que gera direitos e obrigações para ambas as partes, na forma do Código Civil Brasileiro, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

CLÁUSULA VI – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

6.1. O presente contrato se caracteriza pela contratação INDIVIDUAL sendo aquele que oferece cobertura da atenção prestada para a livre adesão de beneficiários, pessoas naturais, com ou sem grupo familiar.

6.2. Em face de o CONTRATANTE ter a faculdade de incluir seus dependentes ou grupo familiar, este plano também é caracterizado como FAMILIAR.

6.3. Para efeitos deste instrumento, o CONTRATANTE é o beneficiário titular e/ou responsável financeiro.

6.3.1. Os **beneficiários dependentes** são aqueles **com grau de parentesco ou afinidade e dependência econômica** em relação ao beneficiário titular

6.4. Podem ser inscritos como beneficiários dependentes aqueles que mantenham com o CONTRATANTE uma das seguintes relações:

a) Cônjuge;
b) Filhos solteiros, até 24 anos incompletos;
c) Enteado, o menor sob a guarda por força de decisão judicial e o menor tutelado.
d) Convivente, havendo união estável na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial;
e) Filhos comprovadamente inválidos definitivamente;

6.5. O plano firmado para os dependentes não poderá ser diferente daquele em que o beneficiário titular estiver inscrito;

6.6. A inclusão do beneficiário titular e respectivos dependentes será processada por meio da Proposta de Adesão, que integra este contrato para todos os fins de direito e com entrega da cópia dos respectivos documentos: CPF/MF, carteira de identidade (RG), comprovante de residência, certidão de nascimento/ certidão de casamento,título de eleitor,cartão nacional de saúde,e posteriores exigidos pela regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

6.7. Fica assegurada a inclusão:

6.7.1. Do recém-nascido, filho natural ou adotivo, como dependente, com isenção de carência, sendo vedada qualquer alegação de DLP ou aplicação de CPT ou Agravo, e desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 dias do nascimento pelo plano ou da adoção:

6.7.1.1. Do recém-nascido e filho adotivo, menor de 12 (doze) anos, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo beneficiário titular/adotante;

6.7.2. Ultrapassados os prazos para inclusão, previstos nos itens acima, os novos beneficiários cumprirão integralmente as carências previstas na cláusula específica;

6.7.3. Por ocasião de nova contratação, observar-se-ão os valores de comercialização da tabela vigente na data da adesão ao plano Individual ou Familiar.

6.7.4. O dependente que vier a perder a condição de dependência poderá assinar contrato em seu próprio nome, em até 30 (trinta) dias a contar da data da perda do direito como beneficiário dependente, aproveitando as carências já cumpridas neste contrato.

CLÁUSULA VII - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

7.1. As coberturas assistenciais asseguradas neste contrato, para todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde e para todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, compreendem atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares, serviços auxiliares de diagnóstico, terapia e atendimentos de urgência e emergência, realizados em unidades hospitalares, próprias ou contratadas, definidos e listados no Rol de

Procedimentos e Eventos em Saúde, e suas atualizações, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vigente na data do evento, observados os limites, prazos de carências, condições estabelecidas neste contrato e as seguintes peculiaridades:

7.1.1. A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais priorizará o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando-se a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e de acordo com indicação do médico assistente.

7.1.2. Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10º Revisão - CID - 10, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto infligidas, estão obrigatoriamente cobertos por este instrumento.

7.2. O presente instrumento assegura o atendimento independente da circunstância e do local de ocorrência do evento, respeitadas a segmentação, a área de atuação e abrangência, a rede de prestadores de serviços contratada, credenciada ou referenciada da operadora de plano privado de assistência à saúde e os prazos de carência estabelecidos neste contrato.

7.3. Os procedimentos necessários ao tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas, decorrentes de procedimentos não cobertos pelo presente instrumento têm cobertura obrigatória quando constarem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, respeitadas as segmentações, os prazos de carência e Cobertura Parcial Temporária – CPT.

7.4. Os procedimentos necessários ao seguimento de eventos excluídos da cobertura, como internação em leito de terapia intensiva após transplante não coberto, não são considerados tratamento de complicações, mas parte integrante do procedimento inicial, não havendo obrigatoriedade de sua cobertura por parte das operadoras de planos de assistência à saúde.

7.5. Fica assegurado que os procedimentos garantidos pela legislação vigente serão de cobertura obrigatória quando solicitados pelo médico assistente, com exceção dos procedimentos odontológicos e dos procedimentos vinculados aos de natureza odontológica – aqueles executados por cirurgião-dentista ou os recursos, exames e técnicas auxiliares necessários ao diagnóstico, tratamento e prognóstico odontológicos, que poderão ser solicitados ou executados diretamente pelo cirurgião dentista.

7.6. O presente instrumento cobre os atendimentos nos casos de planejamento familiar listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento e conforme a segmentação assistencial contratada, incluindo:

- atividades educacionais;
- consultas de aconselhamento para planejamento familiar;
- atendimento clínico;
- implante de dispositivo intra-uterino (diu) hormonal incluindo o dispositivo.

7.7. A participação de profissional médico anestesiologista nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento terá sua cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínica.

7.8. Está garantida a cobertura dos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho, respeitadas as segmentações contratadas.

7.9. Da Cobertura Ambulatorial

7.9.1. A segmentação ambulatorial assegura atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, 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 unidade de terapia intensiva e unidades similares.

7.9.2. Estão cobertas consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM, de acordo com a rede credenciada da CONTRATADA.

7.9.3. Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação.

7.9.4. Cobertura de consulta e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento e nas Diretrizes de Utilização, conforme indicação do médico assistente.

7.9.5. Está coberta a psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento e nas Diretrizes de Utilização, que poderão ser realizados tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme indicação do médico assistente.

7.9.6. Garantia de cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente.

7.9.7. Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais:

a) Hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;
b) Quimioterapia oncológica ambulatorial;
c) Radioterapia ambulatorial;
d) Procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais;
e) Hemoterapia ambulatorial; e
f) Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

7.9.8. Este contrato compreende cobertura de atendimentos caracterizados como de urgência e emergência conforme previsto no presente instrumento jurídico.

7.9.9. Está assegurada a cobertura de remoção por ambulância dentro da área de abrangência geográfica desse contrato, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao paciente ou pela necessidade de internação.

7.9.10. Garantia de cobertura de medicamentos registrados/regularizados na ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época.

7.10. Da Cobertura Hospitalar

7.10.1. A segmentação hospitalar assegura a cobertura dos atendimentos realizados em todas as modalidades de internação hospitalar e os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência.

7.10.2. Coberturas de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade,

em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM;

7.10.3. Acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional na indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou contratados pelo plano.

7.10.4. Cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente.

7.10.5. Garantia de cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação conforme previsto mais adiante neste instrumento.

7.10.6. Cobertura do atendimento por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico assistente e desde que o procedimento esteja previsto no Rol de Procedimentos da ANS e o profissional seja pertencente ao quadro de rede credenciada da CONTRATADA.

7.10.7. Cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, previstos no Rol de Procedimentos da ANS, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar.

7.10.8. Cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados desde que vinculados à internação coberta pelo presente instrumento e enquanto a mesma durar.

7.10.9. Cobertura de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, nos termos da legislação vigente.

> **7.10.9.1.** A classificação dos diversos materiais utilizados pela medicina no país como órteses ou próteses deverá seguir lista a ser disponibilizada e atualizada periodicamente no endereço eletrônico da ANS na Internet (www.ans.gov.br).

7.10.10. Cobertura para remoção do beneficiário, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro.

7.10.11. Cobertura de despesas relativas a um acompanhante, que incluem:

a) Acomodação e alimentação necessárias à permanência do acompanhante para beneficiários menores de dezoito anos; e

b) Acomodação e alimentação, conforme indicação do médico ou cirurgião-dentista assistente, para beneficiários idosos com idade igual ou superior a sessenta anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais.

7.10.12. Cobertura dos procedimentos cirúrgicos crânio-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar, realizados por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar.

7.10.13. Cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases

medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar.

7.10.14. Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:

a) Hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;
b) Quimioterapia oncológica ambulatorial;
c) Radioterapia ambulatorial e hospitalar;
d) Hemoterapia;
e) Nutrição parenteral ou enteral;
f) Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
g) Embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
h) Radiologia intervencionista;
i) Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
j) Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
l) Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época evento, exceto fornecimento de medicação de manutenção.

7.10.15. Cobertura de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, reconhecidos pela medicina no país, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer, conforme protocolos clínicos e indicação do médico assistente.

7.10.16. Cobertura de cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.

7.10.17. Cobertura de todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas.

7.10.18. Cobertura de hospital dia para transtornos mentais, de acordo com as Diretrizes de Utilização emitidas pela ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar.

7.10.19. Cobertura de transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, e dos procedimentos a eles vinculados, observada a legislação específica vigente.

7.10.20. O presente instrumento assegura que os candidatos a transplante de órgãos e tecidos provenientes de doador cadáver deverão obrigatoriamente estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDO e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de seleção.

7.10.21. 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 de autorização e cadastro junto ao Sistema Nacional de Transplante - SNT.

7.10.22. São competências privativas das CNCDO, dentro das funções de gerenciamento que lhes são atribuídas pela legislação em vigor:

I - determinar o encaminhamento de equipe especializada; e
II - providenciar o transporte de tecidos e órgãos ao estabelecimento de saúde autorizado e m que se encontre o receptor.

7.10.23. Está garantida a cobertura de transplantes listados no Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e dos procedimentos a eles vinculados, incluindo:

a) as despesas assistenciais com doadores vivos;

b) os medicamentos utilizados durante a internação;

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

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

7.10.24. Nos casos de TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS, o atendimento ocorrerá da seguinte maneira:

- Custeio integral de até 30 (trinta) dias de internação;

- Nas internações psiquiátricas a partir do 31° (trigésimo primeiro) dia de internação, por ano de contrato, com co-participação do Beneficiário de 30%(trinta por cento),e será observados os tetos estabelecidos nos normativos vigentes da época;

Esse percentual de co-participação equivalerá ao máximo admitido por norma editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que estiver vigente à época da contratação do seguro.

- A cobertura do tratamento em regime de hospital dia deverá se dar de acordo com as diretrizes estabelecidas nos normativos vigentes.

CLÁUSULA VIII - EXCLUSÕES DE COBERTURA

8.1. Em conformidade com o previsto no art. 10 da Lei 9.656/98, respeitadas as coberturas mínimas obrigatórias previstas no seu art. 12 e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, e suas atualizações, editados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e estará disponível através do site www.ans.gov.br, dentro da segmentação assistencial deste contrato, fica permitida a exclusão de:

a) Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;

b) Tratamento procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;

c) Tratamento inseminação artificial;

d) Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;

e) Tratamento de fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados;

f) Tratamento de fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde - CITEC;

g) Tratamento de fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;

h) Tratamento de fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;

i) Tratamento de tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

j) Tratamento de casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;

k) Tratamento de estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;

l) Tratamento de consultas domiciliares;

m) Tratamento de cirurgias para mudança de sexo;

n) Tratamento de produtos de toalete e higiene pessoal, serviços telefônicos ou qualquer outra despesa que não seja vinculada à cobertura deste contrato;

o) Tratamento de procedimentos, exames e tratamentos realizados fora da área de abrangência contratada, bem como das despesas decorrentes de serviços médicos hospitalares prestados por médicos não credenciados ou entidades não credenciadas a Operadora, à exceção dos atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, que poderão ser realizados por médicos e serviços

não credenciados e, posteriormente, reembolsados na forma e termos previstos neste contrato;
p) Tratamento de enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar;
q) Tratamento de aplicação de vacinas;
r) Tratamento de exames para piscina ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
s) Tratamento de aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
r) Tratamento de consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de emergência ou urgência, bem como remoção domiciliar, salvo nos casos de internação domiciliar oferecida pela operadora em substituição à internação hospitalar;
t) Tratamento transplantes, exceto os de córnea e rim e os transplantes autólogos;
u) Tratamento de procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior;
v) Tratamento de investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;
x) Tratamento de procedimentos não relacionados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento; e
z) Tratamento de especialidade médica não reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina.

8.2. O presente instrumento não assegura a assistência pré-natal, compreendendo os exames complementares (ultrassons obstétricos, tococardiograma) necessários; assistência cirúrgica ou não ao parto e puerpério.

CLÁUSULA IX – DA VIGÊNCIA

9.1. Será considerado como início de vigência contratual a data da assinatura da proposta de adesão, da assinatura do instrumento jurídico em si ou a data de pagamento da mensalidade inicial, o que ocorrer primeiro, de forma a não haver prorrogação indevida dos prazos de carência.

9.2. O presente instrumento possui prazo de vigência mínima de um ano, com renovação automática por prazo indeterminado, sendo vedada a cobrança de taxa ou qualquer outro valor.

9.3. É vedada a recontagem de carências por ocasião da renovação contratual.

CLÁUSULA X - PERÍODOS DE CARÊNCIA

10.1. As carências explicitadas neste contrato serão contadas da data de assinatura da proposta de admissão, ou **da data de assinatura do contrato, ou ainda partir do pagamento da mensalidade inicial, o que ocorrer primeiro,** sendo assim especificadas:

a) 24 (vinte quatro) horas para atendimentos de urgência e emergência decorrente de acidentes pessoais.
b) 180 (cento e oitenta) dias para consultas medicas,exames de patologia clínica simples.
c) 180 (cento e oitenta) dias para demais exames complementares, **exceto os descritos na letra "E" desta cláusula.**
d) 180 (cento e oitenta) dias para procedimento de reabilitação e fisioterapia.
e) 180 (cento e oitenta) dias para procedimentos clínicos ou cirúrgicos (tanto em regime ambulatorial como de internação), bem como para tomografia computadorizada, ressonância magnética, neuro-radiologia, angiografia visceral, periférica, radiologia intervencionista e hemodinâmica.
f) 180 (cento e oitenta) dias para hemodiálise e diálise,quimioterapia e radioterapia.
g) 24 (vinte quatro) meses para cobertura parcial temporária de cirurgias, leito de alto tecnologia e procedimento de alta complexidade conforme previsto nas resoluções editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar com relação ás doenças ou lesões pré existentes informadas pelo usuário na declaração de saúde,na entrevista qualificada ou identificadas por outros meios no decorrer da vigência do contrato que eram de conhecimento prévio do usuário que foram do usuário que foram omitidas pelo mesmo por ocasião da contratação,sem que o Contratante tinha feito a opção por agravo da mensalidade para cobertura destas doenças e lesões na data da contratação.

10.2. As carências acima poderão ser reduzidas passando a valer aquelas a ser formalizado em anexo específico integrante deste contrato.

10.3. As despesas decorrentes da utilização dos serviços durante o período de carência serão de responsabilidade única e exclusiva do CONTRATANTE.

10.4. Caso seja contratada a ampliação da cobertura Enfermaria para Apartamento,posteriormente à data de início da vigência do contrato,os usuários sujeitar-se-ão ás carências e valores previstos,a partir da data de contratação da ampliação.

10.5. Para as inclusões de beneficiários posteriores à assinatura do Contrato, a contagem do prazo de carência iniciar-se-á na data de assinatura da Proposta de Admissão/adesão pelo beneficiário.

CLÁUSULA XI - DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

11.1. Das definições legais:

Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP) são 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 9656/98, o inciso IX do art. 4º da Lei nº 9961/00 e as diretrizes estabelecidas em Resolução específica da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

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 os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.

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 (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.

11.2. É condição para inscrição de beneficiários, no ato da assinatura do contrato ou para inclusões posteriores, o preenchimento da **Declaração de Saúde**.

11.3. O beneficiário titular está obrigado, por ocasião da contratação, a informar, por si e por seus dependentes, ser conhecedor ou não da condição de portador ou sofredor de doença ou lesão preexistente àquela data.

11.4. A informação será prestada, através de **Declaração de Saúde**, cujo formulário é parte integrante deste contrato, facultada aos beneficiários a realização de **Entrevista Qualificada** com um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados ou referenciados pela contratada, sem nenhum ônus para o beneficiário, ou, a critério do beneficiário, com um médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da contratada, assumindo, neste caso, as despesas daí decorrentes.

11.5. O objetivo da **Entrevista Qualificada** é orientar o beneficiário para o correto preenchimento da **Declaração de Saúde**, onde são declaradas as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.

11.6. As informações prestadas na **Declaração de Saúde** serão protegidas pela CONTRATADA sendo vedada sua divulgação ou fornecimento a terceiros, não envolvidos na prestação dos serviços assistenciais, sem a anuência expressa do beneficiário, ressalvados os casos previstos na legislação em vigor.

Anexo Hospitalar 9 (6844134) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 191

11.7. A CONTRATADA, no momento da contratação, poderá optar pela realização de **Perícia Prévia**, com à concordância plena do beneficiário, cujo objetivo principal é identificar a existência de doenças ou lesões preexistentes, bem como de solicitar documentação probatória de quaisquer informações do beneficiário constantes em sua **Declaração de Saúde**. Neste caso, fica vedada a alegação de omissão de informação de DLP quando realizado qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário pela CONTRATADA, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.

11.8. Caso a CONTRATADA opte pelo não oferecimento de cobertura total e havendo constatação da existência de lesão ou doença preexistente que possa gerar a necessidade de eventos cirúrgicos, do uso de leitos de alta tecnologia ou de procedimentos de alta complexidade, nos termos da regulamentação específica, será oferecida ao beneficiário a opção de **Cobertura Parcial Temporária - CPT**, pelo prazo máximo de 24 (vinte e quatro) meses, sendo facultado à CONTRATADA o oferecimento de cláusula de **Agravo**, como opção a Cobertura Parcial Temporária – CPT, sem prejuízo do cumprimento dos prazos de carência.

11.8.1. Na hipótese de Cobertura Parcial Temporária, a CONTRATADA somente poderá suspender a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta tecnologia e os procedimentos de alta complexidade, quando relacionados exclusivamente à Doença ou Lesão Preexistente.

11.9. A opção entre a **Cobertura Parcial Temporária – CPT**, ou **Agravo**, deverá figurar em declaração expressa e específica, que fará parte integrante do presente contrato.

11.10. Nos casos em que a opção seja pelo **Agravo**, o valor correspondente ao agravamento, bem como seu período de vigência, serão previamente informados e será objeto de Termo Aditivo, ficando uma via para cada um dos contratantes.

11.11. Caso sejam identificados indícios de fraude, referente à omissão de conhecimento de doenças e lesões preexistentes por ocasião da contratação ou adesão ao plano, a CONTRATADA comunicará imediatamente ao consumidor beneficiário sendo oferecida a opção de **Cobertura Parcial Temporária – CPT**, facultada à CONTRATADA a opção do **Agravo**. Caso não haja concordância do beneficiário com a alegação, a CONTRATADA encaminhará a documentação pertinente à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, que efetuará o julgamento da alegação de informação de omissão na declaração de saúde. Se solicitado, o beneficiário deverá remeter ao Órgão Regulador toda a documentação necessária para a instrução do processo.

11.12. Caso seja aberto o **Processo Administrativo** junto ao Órgão Regulador (ANS), para julgamento da alegação de informação de omissão de doença ou lesão preexistente, não será permitida, sob qualquer alegação, a negativa de cobertura assistencial, assim como a suspensão ou rescisão unilateral de contrato, até a publicação pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS do encerramento do **Processo Administrativo**.

11.13. Se comprovada junto à Agência Nacional de Saúde - ANS a omissão de doença ou lesão preexistente, o beneficiário será responsável pelo pagamento das despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão omitida, a partir da data em que tiver recebido comunicado ou notificação da CONTRATADA alegando a existência de doença ou lesão preexistente não declarada.

11.14. A CONTRATADA poderá comprovar o conhecimento prévio do consumidor sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão, durante o período de 24 (vinte e quatro) meses, podendo a omissão dessa informação ser considerada comportamento fraudulento, considerando:

11.14.1. À CONTRATADA caberá o ônus da prova;

11.14.2. A CONTRATADA poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação, dentro dos princípios da ética e legalidade.

11.15. Não haverá exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de contratação do plano de saúde após 24 (vinte e quatro) meses de vigência da contratação, cabendo à CONTRATADA o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do beneficiário.

11.16. Não haverá suspensão da assistência à saúde do beneficiário, titular ou dependente, até a prova do conhecimento prévio do mesmo.

CLÁUSULA XII - URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

12.1. Das definições legais:

Emergência: atendimentos que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, com alterações severas dos sinais vitais, caracterizado em declaração do médico assistente.

Urgência: atendimentos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional, onde haja diminuição do nível de consciência, dificuldade para respirar, dor intensa e alterações dos sinais vitais.

12.2. A cobertura dos procedimentos em situações de emergência ou urgência que implicar em risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis para o beneficiário, incluindo os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional, reger-se-á pela garantia da atenção e atuação no sentido da preservação da vida, órgãos e funções.

12.3. A CONTRATADA garantirá os atendimentos decorrentes de acidentes pessoais, sem restrições, depois de decorridas 24 horas de vigência do contrato.

12.4. A cobertura será prestada por 12 (doze) horas ou, caso surja a necessidade de internação, por período inferior, para:

I - os atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, durante o cumprimento dos períodos de carência;

II - os atendimentos de urgência e emergência, quando efetuados no decorrer dos períodos de carência para internação; e

III - os casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia ou procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças ou lesões preexistentes.

12.5. Após cumpridas as carências, haverá cobertura dos atendimentos de urgência e emergência desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções.

DA REMOÇÃO

12.6. A remoção do paciente será garantida pela CONTRATADA nas seguintes hipóteses:

I - para outra unidade de atendimento da rede do plano, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente; e

II - para uma unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, quando houver o limite de 12 (doze) horas de atendimento, nas hipóteses citadas acima, e este for atingido ou surgir a necessidade de internação.

Da Remoção para o SUS:

12.7. À CONTRATADA caberá o ônus e a responsabilidade da remoção do beneficiário para uma unidade do

SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento.

12.8. Quando não puder haver 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.

12.9. A CONTRATADA deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS.

12.10. Se o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade que, ainda que pertencente ao SUS, não disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento, ficará a CONTRATADA desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

Reembolso de despesas nas urgências/emergências:

12.11. Nos casos de urgência e emergência em que o usuário não puder utilizar os serviços próprios ou credenciados indicados na relação fornecida pela HOSPITALAR,dentro da área geográfica de abrangência do plano,serão reembolsadas as despesas cobertas pelo plano contratado.

12.12. O reembolso será efetuado tendo como base os valores vigentes na data de atendimento, de acordo com os seguintes critérios:

a) Honorários médicos e serviços complementares de diagnóstico e tratamento, serão reembolsados tendo com base o valor do procedimento correspondente na tabela praticada pelo HOSPITALAR junto à sua rede credenciada, a tabela estará disponível na administração da operadora;

b) Despesas hospitalares serão reembolsadas tendo como base a Tabela de procedimentos do Hospital Evangélico de Londrina para categoria CONVÊNIO, até o valor máximo nela constante para o procedimento correspondente ao efetuado ao beneficiário, a tabela estará disponível na administração da operadora;

c) Medicamentos e materiais serão reembolsados de acordo com a média de mercado na área de abrangência do plano contratado, á data do atendimento, a tabela estará disponível na administração da operadora.

12.13. O reembolso será pago no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da apresentação dos seguintes documentos originais que, posteriormente, serão disponibilizados para devolução pelo período de 6(seis) meses subsequentes ao pagamento, na hipótese do pagamento não ser integral.

12.14. Somente serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao beneficiário, enquanto perdurou o estado de urgência ou emergência. O beneficiário perderá o direito ao reembolso decorridos 90 (noventa) dias contados da data do evento.

12.15. O reembolso será realizado pelos valores apurados na categoria CONVÊNIO, independentemente do atendimento de urgência ou emergência, ter sido efetuado na categoria particular, podendo, em razão disso, haver diferenças entre valor desembolsado pelo contratante e o valor a ser reembolsado pelo HOSPITALAR. Os valores excedentes aos fixados para categoria CONVÊNIO, serão de INTEIRA RESPONSABILIDADE do contratante independente da caracterização de urgência e emergência.

12.16. Do valor total do reembolso serão deduzidos os percentuais da co-participação, quando for o caso, a que estaria sujeito o Contratante caso fosse utilizada a rede credenciada do HOSPITALAR, nos valores e limites previstos neste contrato.

CLÁUSULA XIII - MECANISMO DE REGULAÇÃO

13.1. Os beneficiários obrigam-se a fornecer ao prestador do serviço, o Cartão de Identificação de Beneficiário dentro do prazo de validade, emitido pela CONTRATADA, documento de identidade e/ou caso exista, permitir a identificação por tecnologia digital.

13.2. As internações hospitalares serão processadas mediante Guia de Internação, solicitadas pelo médico assistente em favor do beneficiário, que será disponibilizada para análise da CONTRATADA para concessão de sua autorização.

13.3. O prazo de internação, fixado pela CONTRATADA, constará da guia expedida e corresponderá à média de dias utilizados para casos idênticos, ou ainda, contemplará aquele definido pelo médico assistente.

13.4. Excetuando-se os casos de urgência e emergência, os demais serviços serão prestados mediante autorização prévia da CONTRATADA;

13.4.1. Nos casos de urgência ou emergência, o beneficiário, ou quem por ele responda, terá até o segundo dia útil, subseqüente à data do evento, para **providenciar a respectiva autorização do procedimento**, mediante solicitação devidamente fundamentada, carimbada e assinada pelo médico assistente;

13.4.2. Haverá tolerância para os casos de comprovada impossibilidade de cumprimento do prazo acima disposto;

13.4.3. Caso o prestador se proponha a providenciar a autorização, caberá à CONTRATADA verificar se foram respeitados os prazos limites;

13.4.4. Nos procedimentos que exigem autorização prévia, a CONTRATADA providenciará a autorização para o procedimento em no máximo estipulados pela legislação vigente editadas pela Agência Nacional de Saúde, a partir do protocolo da solicitação ou, em prazo inferior quando caracterizado caso de urgência e/ou emergência.

13.5. Nos casos de transferência para leitos de alta tecnologia, eventos cirúrgicos em beneficiários internados para tratamento clínico e realização de procedimentos de alta complexidade será necessária a autorização prévia pela CONTRATADA, mesmo que o paciente já se encontre internado, salvo nas urgências e/ou emergências intercorrentes, quando então poderá ser solicitada posteriormente, no prazo máximo
de 48 (quarenta e oito) horas.

13.5.1. A inobservância dos prazos acima, caso não haja justificativa plausível, reserva à CONTRATADA o direito de não se responsabilizar pelo pagamento das despesas decorrentes.

13.6. As despesas extraordinárias realizadas pelo paciente e/ou acompanhante, não relacionadas diretamente com o tratamento, serão de sua inteira responsabilidade, sendo pagas diretamente à entidade hospitalar.

13.6.1. São consideradas como despesas extraordinárias: medicamentos não prescritos pelo médico assistente, produtos de toalete e higiene pessoal e alimentos que não sejam servidos pela instituição;

13.7. Comprovada a indevida utilização de serviços, estes serão de responsabilidade exclusiva do CONTRATANTE, ainda que o ato tenha sido praticado sem o seu conhecimento, ficando estabelecido que os comprovantes das despesas decorrentes deste fato poderão constituir dívida líquida, certa e exigível, caracterizando título extrajudicial capaz de autorizar o seu protesto ou a sua execução judicial.

13.8. Os serviços serão prestados por intermédio do médico assistente e de rede própria ou contratada, básica ou especializada, direta ou indiretamente, de acordo com a área geográfica do contrato. Salienta-se que não haverá restrição aos não pertencentes à rede própria ou contratualizada da operadora referenciados/cooperados/credenciados.

13.9. No ato da contratação será entregue ao CONTRATANTE o **Guia de Serviços de Saúde**, editado pela CONTRATADA, informando a relação de seus prestadores, médicos credenciados, hospitais e clínicas, devendo, entretanto, o beneficiário, ao utilizar-se dos serviços, confirmar as informações pelo site da CONTRATADA, em razão do processo dinâmico do quadro da rede contratada e/ou credenciada, direta e indiretamente, de acordo com a área de abrangência contratada.

13.10. A CONTRATADA reserva-se no direito de rescindir o contrato com qualquer participante da sua rede assistencial, bem como de contratar novos serviços, a seu exclusivo critério, sempre mantendo a qualidade da prestação dos serviços previstos neste instrumento.

13.10.1. As alterações da rede hospitalar cumprirão o disposto no art. 17 da Lei n°. 9.656/98 ou seja, as substituições serão comunicadas aos CONTRATANTES e à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS com antecedência de 30 (trinta) dias. A redução de serviços hospitalares, com propósito de redimensionamento da rede, somente ocorrerá mediante prévia solicitação e autorização expressa da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e também, será informado ao CONTRATANTE.

13.11. Havendo utilização nos eventos abaixo será devida participação do beneficiário no custeio da despesa assistencial, através dos mecanismos de co-participação, de acordo com o que segue:

13.12. Os valores das despesas decorrentes da utilização dos procedimentos constantes na cobertura ambulatorial serão cobrados **30% (trinta por cento)** tendo como base a tabela referência da operadora, e a tabela estará disponível na administração da operadora, até os limites máximos de co-participação de **R$ 88,00 (oitenta e oito reais)** por procedimento.

13.13. O reajuste do valor do limite máximo de co-particapação de R$ 88,00 (oitenta e oito reais) por procedimento para inscritos no plano Enfermaria, será realizado anualmente no mesmo mês e com o mesmo índice autorizado para reajuste da taxa de manutenção do presente contrato

13.14. Fica estabelecido que é devida a co-participação em todos os procedimentos constantes da Cobertura Ambulatorial.

13.15. As internações de beneficiários **portadores de transtornos psiquiátricos** estão sujeitas à co-participação pecuniária no total das despesas, a partir do 31° (trigésimo primeiro) dia de internação, de acordo com o número de dias de internação, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, para o respectivo paciente.

13.15.1. Portanto haverá o custeio parcial, a partir do 31° (trigésimo primeiro) dia de internação, por ano de contrato, não cumulativos, contínuos ou não, em hospital psiquiátrico ou em unidade Enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise, através de co-participação de 30%(trinta por cento) observados os tetos estabelecidos nos normativos vigentes à época e não podendo caracterizar o financiamento integral da internação.

13.15.1.1. Os percentuais e valores estabelecidos neste contrato serão calculados sobre os valores fixados na Tabela Referencial da CONTRATADA e respeitarão os tetos estipulados nos normativos editados pela ANS vigentes à época;

13.15.1.2. O montante devido da co-participação integrará as contraprestações subseqüentes ao mês do evento, porém, será discriminado.

13.16. A CONTRATADA fornecerá, sempre que solicitado pelo beneficiário, laudo circunstanciado, bem como cópia de toda a documentação relativa às questões de impasse que possam surgir no curso do contrato decorrente da utilização dos mecanismos de regulação.

13.17. Para as situações que implicarem em divergências nas regras de regulação, fica assegurado o atendimento ao beneficiário por profissional técnico, no prazo máximo de 1 (um) dia útil, a partir do momento da solicitação ou em prazo inferior quando caracterizada a urgência.

13.18. Nas situações de divergências a respeito de autorização prévia, a definição do impasse será feita através de Junta constituída pelo médico solicitante ou nomeado pelo beneficiário, por médico auditor da CONTRATADA e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais anteriores, cuja remuneração ficará a cargo da CONTRATADA.

CLÁUSULA XIV - FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

14.1. Para efeitos deste contrato, os valores previstos para contraprestação serão de forma PRÉ-ESTABELECIDA.

14.2. Como contraprestação mensal, os valores estão expressos na tabela comercial constante do ANEXO I parte integrante deste instrumento, de acordo com a idade de cada beneficiário.

14.2.1. Todos os pagamentos serão realizados diretamente à CONTRATADA, por meio de boleto bancário, não tendo o profissional médico ou qualquer outro prestador, autorização para recebimento ou negociação de valores em nome da CONTRATADA.

14.2.2. Eventuais valores de co-participação em internações decorrentes de transtornos psiquiátricos deverão ser liquidados da mesma forma que as mensalidades, pois delas farão parte, e serão cobrados subsequentes ao mês do atendimento.

14.3. Quando a data de vencimento cair em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser realizado até o primeiro dia útil subsequente.

14.4. Se o CONTRATANTE não receber o documento que possibilite realizar o pagamento de sua obrigação até 05 (cinco) dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente na sede da CONTRATADA ou por meio do site www.planohospitalar.com.br, para que não se sujeite às consequências da mora.

14.5. Ocorrendo impontualidade no pagamento da mensalidade, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento), além de multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado, e ainda, conforme o caso, cobrança judicial, ressarcimento por perdas e danos, honorários advocatícios e reembolso de custas judiciais, sem prejuízo do direito da CONTRATADA inscrever o nome do inadimplente nos cadastros de restrição ao crédito (SPC e SERASA) e ou protestar o contrato.

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

14.7. O pagamento da contraprestação pecuniária referente a um determinado mês não implica na quitação de débitos anteriores.

CLÁUSULA XV – REAJUSTE

15.1. O reajuste ocorrerá anualmente, a partir da data de aniversário do contrato, sendo que índice de reajuste a ser aplicado nas contraprestações, e nos valores de co-participação deste contrato está sujeito à obediência ao índice autorizativo da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS (Órgão Regulador).

15.2. Caso nova legislação venha a autorizar o reajustamento em período inferior a 12 (doze) meses, a mesma terá aplicação imediata sobre este contrato.

15.3. Fica estabelecido que os valores relativos às inclusões de dependentes terão o primeiro reajuste integral, independentemente da variação da faixa etária, na data de aniversário de vigência do presente contrato e mediante autorização da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, entendendo-se como data base única, independente da data de inclusão do beneficiário dependente.

CLÁUSULA XVI - FAIXAS ETÁRIAS

16.1. As mensalidades são estabelecidas de acordo com a faixa etária em que cada beneficiário inscrito esteja enquadrado. Ocorrendo alteração na idade de qualquer dos beneficiários que importe em deslocamento para a faixa etária superior, a contraprestação pecuniária será aumentada automaticamente, no mês seguinte ao do aniversário do beneficiário.

16.2. As faixas etárias para os fins deste contrato são:
1ª FAIXA Até 18 (dezoito) anos
2ª FAIXA 19 a 23 (dezenove a vinte e três) anos
3ª FAIXA 24 a 28 (vinte e quatro a vinte e oito) anos
4ª FAIXA 29 a 33 (vinte e nove a trinta e três) anos
5ª FAIXA 34 a 38 (trinta e quatro a trinta e oito) anos
6ª FAIXA 39 a 43 (trinta e nove a quarenta e três) anos
7ª FAIXA 44 a 48 (quarenta e quatro a quarenta e oito) anos
8ª FAIXA 49 a 53 (quarenta e nove a cinquenta e três) anos
9ª FAIXA 54 a 58 (cinquenta e quatro a cinquenta e oito) anos
10ª FAIXA A partir de 59 (cinquenta e nove) anos

16.3. Variação do valor da mensalidade em decorrência da mudança de faixa etária corresponderá aos percentuais abaixo, que incidirão sobre o preço então pago na faixa etária anterior, **e não se confundem** com o reajustamento pela variação de custo (mensalidades):

MUDANÇA DE FAIXAS REAJUSTE (%)
Da 1ª para 2ª Faixa 36,76%
Da 2ª para 3ª Faixa 29,12%
Da 3ª para 4ª Faixa 4,13%
Da 4ª para 5ª Faixa 7,90%
Da 5ª para 6ª Faixa 5,07%
Da 6ª para 7ª Faixa 19,18%
Da 7ª para 8ª Faixa 19,78%
Da 8ª para 9ª Faixa 19,10%
Da 9ª para 10ª Faixa 39,64%

16.4. Os beneficiários com mais de **59 (cinqüenta e nove)** anos de idade não sofrerão reajustes por mudança de faixa etária, mas permanecerão os reajustes anuais, ou conforme determinar a legislação pertinente, pela variação de custo.

16.5. Os percentuais de variação entre cada faixa etária sempre observará os valores fixados para a última faix que não poderá ser superior a 6 (seis) vezes o valor da primeira faixa e, a variação acumulada entre a sétima a décima faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

CLÁUSULA XVII – BÔNUS

17.1. O CONTRATANTE/TITULAR obriga-se ao pré pagamento mensal para a CONTRATADA,por si para cada um dos seus dependentes inscritos,de acordo com a faixa etária estabelecida na cláusula 15.3,do valores vigentes à época da contratação,constantes na proposta de adesão,para efeito de mensalidade e agravo por doenças e lesões pré existentes,obedecida a seguinte tabela de descontos e de acordo com a inscrição permanência do número de usuários no plano:

Quantidade Usuários por Contrato	Desconto
2 usuários	10,00%
3 usuários	20,00%
4 usuários ou mais	30,00%

17.2. Ocorrendo inclusões, dentro das regras estipuladas nas cláusula 6,promovendo acréscimo no número de usuários resultando mudança de faixa etária de desconto,o valor da mensalidades será automaticament adequado à tabela de desconto,observando o número total de usuários,que somente será admitida po falecimento,separação judicial comprovada,ou perda da condição de dependentes referenciada na clausul 6,em sendo reduzido o número total de beneficiário integrantes do plano para menos de três,resultand mudança para outra faixa de desconto,o valor da mensalidade será automaticamente adequado à tabela d desconto correspondente.

CLÁUSULA XVIII – DAS CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

18.1. Perderá a condição de beneficiário e será excluído do plano:

18.1.1. O beneficiário titular que solicitar por escrito sua exclusão, ou do(s) seu(s) dependente(s);

18.1.2. O beneficiário dependente que por qualquer motivo deixar de atender as condições exigida para sua inscrição, sendo:

18.1.2.1. Perda da condição de cônjuge ou convivente;

18.1.2.2. Aquisição da maioridade;

18.1.2.3. Perda da condição de dependência econômica;

18.1.2.4. Infrações ou fraudes com o objetivo de obter vantagens ilícitas.

18.1.2.5. Perda por morte

18.1.3. As perdas da condição de dependência nos itens deve ser comunicado pelo titular, em até 30 dias do evento que ocasionou a perda, sob pena de em não o fazendo ser devido pelo titular o valor equivalente a um novo contrato similar ao presente.

18.2. A extinção do vínculo do beneficiário titular do plano, salvo nas hipóteses da inadimplência ou fraude comprovada, não se extingue o presente contrato, sendo assegurada a manutenção das condições contratuais

aos seus dependentes, com a conseqüente assunção das obrigações decorrentes. Para tanto, será formalizado instrumento contratual específico de assunção das obrigações decorrentes.

18.3. Ocorrendo a perda da condição de beneficiário nas condições previstas no item 16.1.2. acima, o beneficiário poderá contratar plano na modalidade Individual ou familiar com esta CONTRATADA em até 30 (trinta) dias, contados da data em que ocorreu a referida perda, aproveitando os períodos de carências já cumpridas;

18.4. Por ocasião de nova contratação, observar-se-ão os valores de comercialização da tabela vigente na data da adesão ao plano contratado.

CLÁUSULA XIX - RESCISÃO/SUSPENSÃO

19.1. Será considerado rescindido este contrato se houver atraso no pagamento da contraprestação por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência, desde que o CONTRATANTE tenha sido notificado até o 50º (qüinquagésimo) dia de inadimplência, sem prejuízo do direito da CONTRATADA requerer judicialmente a quitação dos valores devidos, com suas conseqüências moratórias.

19.1.1. permitida a redução do período de inadimplência pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, haverá imediata aplicação pela CONTRATADA do novo normativo ao presente instrumento.

19.1.2. O Titular outorga poderes expressos para qualquer com seus dependentes,podendo retirar cada um suas próprias guias,bem como poderes para qualquer beneficiário dependente possa assinar cobrança,aviso e suspensão e cancelamento do contrato.

19.1.3. No caso de inadimplemento de obrigações de natureza financeira do TITULAR, a CONTRATADA poderá, após 10 dias com prévia notificação ao TITULAR, fazer o registro desse fato no sistema de proteção ao crédito (SERASA,SPC)/ ou protestar o contrato. E após o reconhecimento do pagamento pela CONTRATADA,terá 5 dias úteis para retirada da inscrição do CONTRATANTE,do Sistema de Proteção ao Crédito.

19.2. Rescinde-se também o presente contrato, quando da comprovação de comportamento fraudulento, como:

19.2.1. Qualquer ato ilícito praticado pelo beneficiário titular, ou seu(s) dependente(s), na utilização do objeto deste instrumento;

19.2.2. Utilização indevida da carteira de identidade do beneficiário titular ou seu(s) dependente(s), assim entendido, também, a sua utilização por terceiros;

19.2.3. Omissão ou distorção de informações pelo beneficiário titular ou seu(s) dependente(s) em prejuízo da CONTRATADA, neste caso mediante autorização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

19.3. As hipóteses constantes dos itens 17.1. e 17.2. acima, extinguem o contrato de pleno direito, acarretando a imediata exclusão do(s) beneficiário(s) dependente(s).

19.4. Quando ocorrer rescisão antes do término deste contrato, será cobrada multa de 50% (cinquenta por cento) sobre os valores das mensalidades restantes para se completar a primeira vigência.

19.4.1. O contrato renovado por prazo indeterminado poderá ser denunciado pelo CONTRATANTE, por escrito, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, sem ônus da multa;

19.4.2. A falta de comunicação, nos termos deste artigo, implica na manutenção das obrigaçõe contratuais assumidas.

19.4.3. Durante o prazo de denúncia não será admitida inclusão ou exclusão de beneficiário dependentes.

19.5. Fica vedada a rescisão ou suspensão unilateral do contrato, em qualquer hipótese, durante a ocorrênci de internação hospitalar do beneficiário titular.

II - DAS OUTRAS DISPOSIÇÕES:

1. Por convenção, adotou-se neste contrato o gênero masculino quando há referência ao(à) CONTRATANTE aos(às) beneficiários(as), aos(às) filhos(as), aos(às) menores, dentre outros.

2. A CONTRATADA não terá responsabilidade pelo pagamento nas seguintes condições:

a) Por qualquer acordo ajustado particularmente pelos beneficiários com quaisquer prestadores. Tai despesas e riscos correm por conta exclusiva do CONTRATANTE;

b) Pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa dapactuada tais como, dentro do período de cumprimento de carência, após o término da relação contratual fraude;

c) Na hipótese do beneficiário optar por acomodação hospitalar superior àquela contratada dever arcar com a diferença de preço, inclusive de honorários dos profissionais, conforme negociação diret com o hospital, médicos e demais prestadores do atendimento;

d) A utilização dos serviços contratados, durante o período de suspensão ou de carência, neste últim caso, ressalvadas as especificidades dos casos de urgências ou emergências é de responsabilidade d CONTRATANTE/beneficiário.

3. É obrigação do CONTRATANTE, na hipótese de rescisão, resolução ou resilição deste contrato, ou ainda de exclusão de beneficiário, devolver os respectivos cartões de identificação e quaisquer outros documento porventura fornecidos pela CONTRATADA, respondendo, sempre, sob todos os aspectos, pelos prejuízo resultantes do uso indevido desses documentos, restando isenta, neste caso, de qualquer responsabilidade, CONTRATADA, a partir da exclusão do beneficiário, rescisão, resolução ou resilição do presente.

3.1. Considera-se uso indevido a utilização desses documentos para obter atendimento, mesmo que na form contratada, pelos beneficiários que perderam essa condição, por exclusão ou término do contrato, ou, er qualquer hipótese, por terceiros não beneficiários;

3.2. O uso indevido e COMPROVADO do cartão de identificação, de qualquer beneficiário, a critério d CONTRATADA, ensejará pedido de indenização por perdas e danos, bem como a exclusão do respectiv titular e seus dependentes.

4. Ocorrendo a perda ou extravio de quaisquer documentos, o CONTRATANTE deverá comunicar, por escrito o fato à CONTRATADA, para cancelamento ou, quando for o caso, emissão de segunda via. O cancelament só terá validade quando recebido por escrito, pela CONTRATADA.

5. Os beneficiários com mais de 60 (sessenta) anos de idade, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até (cinco) anos têm privilégio na marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos.

6. O CONTRATANTE reconhece como dívida líquida e certa, em favor da CONTRATADA, quaisquer despesa decorrentes de atendimento prestado a ele, seus dependentes e agregados, cessadas as responsabilidades d CONTRATADA, independentemente da data de início do tratamento, bem como aquelas coberturas deferida liminar ou cautelarmente em procedimento judicial, e posteriormente revogadas ou decididas em contrário,

ainda, os procedimentos não cobertos explicitamente por este instrumento.

7. A inserção de mensagens no recibo de cobrança das mensalidades valerá como advertência/notificação ao CONTRATANTE, para todos os efeitos deste contrato, a partir da data do respectivo pagamento, exceto na hipótese de rescisão de contrato, por inadimplência, quando então haverá NOTIFICAÇÃO ESPECÍFICA, até o 50º (qüinquagésimo) dia de inadimplemento, consecutivos ou não.

8. Qualquer tolerância não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

9. Poderá a CONTRATADA exigir documentação comprobatória das declarações do CONTRATANTE.

10. O CONTRATANTE, por si, seus dependentes e agregados, autoriza a CONTRATADA a obter o diagnóstico médico sempre que necessário, tanto para fins de reembolso como para fins de informações médicas. Ficam desde já autorizadas essas informações, que serão prestadas pelos médicos assistentes, ou pelos serviços credenciados, que se utilizarão da codificação expressa na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a Saúde - CID, da Organização Mundial de Saúde, 10ª (décima) revisão, ou fornecerão relatórios médicos detalhados.

11. Integram este contrato, para todos os fins de direito, a **Proposta de Adesão, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde - MPS, o Guia de Leitura Contratual - GLC, a Declaração de Saúde, Termo de Oferecimento do Plano Referência, Guia Médico** e demais anexos firmados pelos contraentes.

12. Toda e qualquer concessão pela CONTRATADA, fora do pactuado pelo presente instrumento, implicará em mera liberalidade.

13. Este contrato foi elaborado levando-se em consideração a legislação vigente nesta data. Assim, qualquer alteração das normas que implique em necessária modificação do que aqui foi avençado, sujeitará a novo ajuste das condições, inclusive com possíveis reflexos na contraprestação, desde que autorizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

HOSPITALAR PLANO DE SAÚDE

CLÁUSULA XX - ELEIÇÃO DE FORO

20.1. Fica eleito o foro do domicílio do CONTRATANTE para dirimir qualquer demanda sobre o presente contrato, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

20.2. E por estarem assim justos e acordados, assinam o presente Contrato em duas vias, de igual teor, na presença de duas testemunhas, sendo rubricadas pelas partes todas as suas folhas.

Londrina, _____ de _____ de _____

CONTRATANTE

Nome:

CPF: RG:

_____

Assinatura do Contratante/Titular

CONTRATADA

Associação Evangélica Beneficente de Londrina

CNPJ: 78613841/0001-61

_____

Assinatura da Contratada/AEBEL

TESTEMUNHA

Nome:

CPF: RG:

_____

Assinatura da Testemunha

TESTEMUNHA

Nome:

CPF: RG:

_____

Assinatura da Testemunha

CLÁUSULA XXI - DISPOSIÇÕES GERAIS

I - DAS DEFINIÇÕES:

Para os efeitos deste contrato, são adotadas as seguintes definições:

1. Acidente Pessoal - é o evento exclusivo, com data caracterizada, diretamente externo, súbito, imprevisível, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico.

2. Agravo - É o acréscimo no valor da contraprestação pecuniária mensal do plano oferecida ao CONTRATANTE/ TITULAR como alternativa à adoção de cláusula de Cobertura Parcial Temporária

3. Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS - autarquia sob o regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde.

4. Atendimento Ambulatorial - é aquele executado no âmbito do ambulatório, incluindo a realização de curativos, pequenas cirurgias, primeiros socorros e outros procedimentos que não exijam uma estrutura mais complexa para o atendimento.

5. Atendimento Hospitalar – É o atendimento que se limita aos serviços executados em hospitais e pronto-socorro,não incluindo atendimentos ambulatoriais para fins de diagnóstico,terapia ou recuperação,mesmo que complementar a uma internação.

6. Beneficiário - é a pessoa física que usufruirá dos serviços ora pactuados, seja na qualidade de titular ou dependente.

7. Cálculo Atuarial - é o cálculo estatístico com base em análise de informações sobre a freqüência de utilização, peculiaridades do beneficiário, tipo de procedimento, com vistas à manutenção do equilíbrio financeiro do plano e o cálculo das contraprestações.

8. Carência - é o prazo ininterrupto, contado a partir do início de vigência do contrato ou da data das novas inscrições, durante o qual os beneficiários não têm direito às coberturas contratadas.

9. Cartão Individual de Identificação - é a cédula onde se determina a identidade do beneficiário (nome, idade, código de inscrição na operadora, dentre outras informações.) e é, também, o comprovante de sua inscrição no plano.

10. CID-10 - é a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10ª revisão. IMPORTANTE: os procedimentos cobertos por este contrato são somente aqueles relacionados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde divulgado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e suas atualizações, de acordo com a segmentação assistencial.

11. Cobertura Parcial Temporária – É aquela que admite,num prazo determinado,a suspensão da cobertura de eventos cirúrgicos,leitos de alta complexidade,relacionada ás doenças e lesões pré existentes.

12. Cobertura - é a assistência à saúde contratada e que o beneficiário terá direito.

13. Consulta - é o ato realizado pelo médico ou dentista, conforme o caso, que avalia as condições clínicas do beneficiário.

14. Contratada - é a OPERADORA de planos privados de assistência à saúde, que se obriga a garantir a prestação de serviços de assistência à saúde aos beneficiários do plano ora convencionado, nos termos deste instrumento, através de seus médicos contratados e de rede própria, ou por ela contratada.

15. Contratante - é a pessoa física, qualificada na Proposta de Adesão em anexo, que contrata a prestação de serviços de assistência à saúde para si ou seu(s) dependente(s).

16. Contrato Individual ou Familiar - é um contrato de livre adesão de beneficiários, pessoas naturais, com ou sem grupo familiar.

17. Convivente - é a pessoa que vive em união estável com outrem em intimidade, com cunho de constituição de família, de forma pública.

18. Co-Participação - é o montante em termos percentuais ou valores monetários, para cada procedimento realizado, que, quando ocorrer, constituir-se-á parte integrante da contraprestação.

19. Doença - é o processo mórbido definido, tendo um conjunto característico de sintomas e sinais, que leva o indivíduo a tratamento médico.

20. Doença ou Lesões Pré Existente - Doença ou lesões adquirida pelo usuário antes da sua inscrição no contrato

21. Eletivo - é o termo usado para designar procedimentos médicos não considerados de urgência ou emergência.

22. Emergência - atendimentos que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, com alterações severas dos sinais vitais, caracterizado em declaração do médico assistente.

23. Entrevista qualificada – Quando o CONTRANTE/TITULAR,com auxílio do médico, afim de responder aos requisitos pertinentes a si e seus dependentes,referente às condições de saúde e doenças que tenha tido e que tenha conhecimento,antes do momento da contratação do plano.

24. Evento - é o conjunto de ocorrências ou serviços de assistência médica ou hospitalar coberto por este contrato.

25. Exame - é o procedimento complementar solicitado pelo médico assistente, que possibilita uma investigação diagnóstica, para melhor avaliar as condições clínicas do beneficiário.

26. Exame Pericial de Admissão - é o ato médico (e demais procedimentos) executado por profissional indicado pela CONTRATADA cuja finalidade é identificar doença e lesão que o beneficiário seja portador antes da contratação.

27. Guia de Serviços de Saúde - é a relação dos serviços próprios e contratados pela CONTRATADA.

28. Hospital de Categoria Diferenciada - é aquele hospital que utiliza sua própria lista de preços e procedimentos, não se sujeitando a Tabela de Referência de terceiros.

29. Inscrição - é o ato de incluir um beneficiário no plano.

30. Internação Hospitalar - é quando o beneficiário fica sob os cuidados médicos em um estabelecimento hospitalar.

31. Mensalidade ou Contraprestação - é a quantia a ser paga mensalmente à CONTRATADA, em face das coberturas previstas no contrato, ou sua mera disponibilidade.

32. Leitos de alta tecnologia – UTI,semi-intensivo;unidades coronarianas e unidades de tratamento para queimados e definidos pela portaria GM nº 3432,de 12.08.98 do ministério da saúde

33. Medicamentos /Material importado nacionalizado – entende-se o produto com matéria-prima importada,que esteja devidamente registrado no ministério da saúde ,manipulado e envasado no Brasil,com protocolo e diretriz de prescrição devidamente homologada pela sociedade médica brasileira da especialidade,e assim normatizado.

34. Operadora de Planos de Saúde (OPS) - empresa legalmente constituída, devidamente registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS que comercializa planos de assistência à saúde, de acordo com os dispositivos da Lei 9.656/98.

35. Órtese - refere-se unicamente aos aparelhos ou dispositivos ortopédicos de uso provisório, destinados a alinhar, prevenir ou corrigir deformidades ou melhorar a função das partes móveis do corpo, podendo, ou não, ser retirado posteriormente. (Ex:pinos e placas metálicas,lentes oculares)dentre outros em relação especifica cujo ROL atualizado no site da ANS www.ans.gov.br

36. Patologia - modificações funcionais produzidas pela doença no organismo.

37. Plano - é a opção de coberturas adquirida pelo CONTRATANTE.

38. Preposto - é o representante que poderá em nome da CONTRATADA, comercializar ou gerenciar o Plano de Saúde.

39. Primeiros Socorros - é o conjunto de procedimentos que constitui o primeiro atendimento realizado nos casos de urgência ou emergência.

40. Procedimentos de Alta Complexidade - são aqueles listados em norma da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, consistindo nos únicos procedimentos que, quando referentes à doença ou lesão preexistente, poderão constar de cláusula contratual específica e ter sua cobertura suspensa pelo prazo de até 24 (vinte e quatro) meses.

41. Proposta de Adesão - é o documento preenchido pelo CONTRATANTE que expressa a constituição jurídica entre as partes e firma as condições do contrato.

42. Prótese - é a peça artificial empregada em atos cirúrgicos, em substituição parcial ou total de um órgão ou membro, reproduzindo sua forma e/ou sua função. (Ex:Stent,marca passo)dentre outros em relação especifica cujo ROL atualizado no site da ANS www.ans.gov.br

43. Recursos ou Serviços Contratados, Credenciados ou Referenciados - são aqueles colocados à disposição do beneficiário pela CONTRATADA, para atendimento médico-hospitalar.

44. Recursos Próprios ou Rede Própria

a) hospitalar: todo recurso físico hospitalar de propriedade da CONTRATADA;
b) médica: constituída por profissional credenciado/contratado da CONTRATADA.

45. Rol de Procedimentos - é a lista editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, que referencia os procedimentos básicos obrigatórios, individualizados para as segmentações especificadas (ambulatorial, hospitalar, hospitalar com obstetrícia, odontológica e referência), encontra-se disponível no site www.ans.gov.br.

46. Urgência - atendimentos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional, onde haja diminuição do nível de consciência, dificuldade para respirar, dor intensa e alterações dos sinais vitais.

AEBEL

ASSOCIAÇÃO EVANGÉLICA
BENEFICENTE DE LONDRINA

PLANO DE SAÚDE Hospitalar

Hospital Evangélico DE LONDRINA

CEMITÉRIO PARQUE DAS OLIVEIRAS

PLANO DE SAÚDE
Hospitalar

R. Senador Souza Naves, 1922
86010-020 • Londrina • PR
T. 43 3315.1900 • www.planohospitalar.com.br

ANS 32675-5

Contrato Particular de Prestação de Serviços Médicos, Hospitalares, Serviço de Diagnóstico e Terapia.
Categoria: Individual/Familiar
Nome Comercial: VIDA NOVA COMPARTILHADO
Segmentação: Ambulatorial + Hospitalar COM Obstetrícia
Acomodação: Enfermaria
Modalidade: Co-participação de 30%
Abrangência: Local
Registro na Agência Nacional de Saúde: 446.190/03-8

TABELA DE VALORES

VIDA COMPARTILHADO 30% ACOMODAÇÃO ENFERMARIA COM OBSTETRÍCIA	
FX ETÁRIA	TITULAR
00 A 18	R$ 248,33
19 A 23	R$ 339,61
24 A 28	R$ 438,50
29 A 33	R$ 456,60
34 A 38	R$ 492,69
39 A 43	R$ 517,63
44 A 48	R$ 616,98
49 A 53	R$ 738,97
54 A 58	R$ 880,13
59 OU +	R$ 1.228,99

O CONTRATANTE/TITULAR obriga-se ao pré pagamento mensal para a CONTRATADA,por si e para cada um dos seus dependentes inscritos,de acordo com a faixa etária estabelecida na cláusula 15.3,dos valores vigentes à época da contratação,constantes na proposta de adesão,para efeito de mensalidade e agravos por doenças e lesões pré existentes,obedecida a seguinte tabela de descontos e de acordo com a inscrição e permanência do número de usuários no plano:

Quantidade Usuários por Contrato	Desconto
2 usuários	10,00%
3 usuários	20,00%
4 usuários ou mais	30,00%

Ocorrendo inclusões, dentro das regras estipuladas nas cláusula 6,promovendo acréscimo no número de usuários resultando mudança de faixa etária de desconto,o valor da mensalidades será automaticamente adequado à tabela de desconto,observando o número total de usuários,que somente será admitida por falecimento,separação judicial comprovada,ou perda da condição de dependentes referenciada na clausula 6,em sendo reduzido o número total de beneficiário integrantes do plano para menos de três,resultando mudança para outra faixa de desconto,o valor da mensalidade será automaticamente adequado à tabela de desconto correspondente.

Anexo Hospitalar 10 (6844151) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 208

PLANO DE SAÚDE

Hospitalar

CONTRATO

PLANO VIDA NOVA COMPARTILHADO

ANS 32675-5

Com menos do que você imagina,
você conta com as vantagens exclusivas do plano de saúde mais completo de Londrina para proteger a sua família.

Há mais de 50 anos o Plano de Saúde Hospitalar é especialista em cuidar dos norte-paranaenses, garantindo qualidade e eficiência nos serviços oferecidos. Nossa missão é levar mais saúde aos paranaenses pelo melhor preço, garantindo um atendimento de qualidade sempre que você precisar. Confira todas as nosas vantagens e cuide da sua família por valores que cabem no seu bolso!

- Hospital próprio, o maior e melhor da região
- Pronto-Socorro e Pronto-Atendimento funcionando 24h
- Ambulância com UTI móvel 24h
- Telemedicina via App Clic.digital
- Descontos em farmácias credenciadas
- Clínica Multiprofissional
- Clínica de Vacinas
- Mais de 500 médicos, clínicas e laboratórios
- Serviço de internação domiciliar
- Atendimento nacional de urgência e emergência por meio da ABRAMGE

A FACILIDADE DE UM PLANO DE SAÚDE DIGITAL!

APP HOSPITALAR

APP CLIC.DIGITAL TELEMEDICINA

PLANOHOSPITALAR.COM.BR

WHATSAPP ASSISTENTE VIRTUAL

Além de todos os benefícios,
o Plano de Saúde Hospitalar oferece cobertura total para todos os procedimentos exigidos pela ANS em um hospital próprio e reconhecido com Selo de Excelência ONA Nível III.

- ✔Consultas e exames
- ✔Internação e cirurgias
- ✔Parto e Cesárea
- ✔Urgências e emergências

Hospital Evangélico de Londrina

ONA

SUMÁRIO

Qualificação da Operadora 04
Local da Prestação de Serviço 04
Padrão de Acomodação 04
Formação do Preço 04
Atributos do Contrato 04
Condições de Admissão 04
Coberturas e Procedimentos Garantidos 05
Exclusões de Cobertura 10
Vigência 11
Períodos de Carência 11
Doenças e Lesões Pré Existentes 12
Urgência e Emergência 14
Mecanismo de Regulação 15
Formação do Preço e Mensalidade 17
Reajuste 18
Faixa Etárias 18
Bônus 19
Das Condições da Perda da Qualidade de Beneficiário 20
Rescisão/Suspensão 20
Outras Disposições 21
Eleição de Foro 24
Glossário 25

Contrato Particular de Prestação de Serviços Médicos, Hospitalares, Serviço de Diagnóstico e Terapia.
Categoria: Individual/Familiar
Nome Comercial: VIDA NOVA COMPARTILHADO
Segmentação: Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia
Acomodação: Enfermaria
Modalidade: Co-participação de 30%
Abrangência: Local
Registro na Agência Nacional de Saúde: 446.190/03-8

CLÁUSULA I - QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA

1.1. ASSOCIAÇÃO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA - AEBEL, inscrita no CNPJ/MF sob o nº. 78.613.841/0001-61, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS sob o nº. 32675-5, classificada na modalidade Filantropia, com sede à Avenida Bandeirantes n.º 618, Jardim Londrilar, CEP 86015-900, em Londrina - PR, neste ato representada na forma do seu estatuto e doravante denominada simplesmente **CONTRATADA.**

CLÁUSULA II – LOCAL DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

2.1. Os serviços ora contratos serão prestados pelos médicos credenciados,em serviços/recursos próprios,serviços/recursos contratados ou credenciados da CONTRATADA, constante no guia médico específico, a atualização será realizada diariamente e estará disponível na administração da operadora e através do site www.planohospitalar.com.br, para este plano e exclusivamente dentro da sua área de atuação compreendendo a localidade de **Londrina.**

CLÁUSULA III - PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

3.1. O tipo de acomodação hospitalar oferecida pelo plano é coletivo padrão Enfermaria.
Não havendo disponibilidade de leito hospitalar contratado nos estabelecimentos próprios ou credenciado pela Operadora, é garantido ao beneficiário acesso à acomodação, em nível superior, sem ônus adicional, conforme artigo 33 da Lei 9.656/98.

CLÁUSULA IV- FORMAÇÃO DO PREÇO

4.1. Os valores a serem pagos pela cobertura assistencial contratada são **pré-estabelecidos.**

CLÁUSULA V – ATRIBUTOS DO CONTRATO

5.1. O presente contrato tem por objeto a prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais na forma de plano privado de assistência à saúde prevista no inciso I, do art. 1º, da Lei 9.656/98, visando à Assistência Médica Hospitalar com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, e do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento.

5.2. Este instrumento tem as características de contrato de adesão, bilateral, que gera direitos e obrigações para ambas as partes, na forma do Código Civil Brasileiro, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

CLÁUSULA VI – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

6.1. O presente contrato se caracteriza pela contratação INDIVIDUAL sendo aquele que oferece cobertura da

atenção prestada para a livre adesão de beneficiários, pessoas naturais, com ou sem grupo familiar.

6.2. Em face de o CONTRATANTE ter a faculdade de incluir seus dependentes ou grupo familiar, este plano também é caracterizado como FAMILIAR.

6.3. Para efeitos deste instrumento, o CONTRATANTE é o beneficiário titular e/ou responsável financeiro.

6.3.1. Os beneficiários dependentes são aqueles **com grau de parentesco ou afinidade e dependência econômica** em relação ao beneficiário titular

6.4. Podem ser inscritos como beneficiários dependentes aqueles que mantenham com o CONTRATANTE uma das seguintes relações:

a) Cônjuge;
b) Filhos solteiros, até 24 anos incompletos;
c) Enteado, o menor sob a guarda por força de decisão judicial e o menor tutelado.
d) Convivente, havendo união estável na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial;
e) Filhos comprovadamente inválidos definitivamente;

6.5. O plano firmado para os dependentes não poderá ser diferente daquele em que o beneficiário titular estiver inscrito;

6.6. A inclusão do beneficiário titular e respectivos dependentes será processada por meio da Proposta de Adesão, que integra este contrato para todos os fins de direito e com entrega da cópia dos respectivos documentos: CPF/MF, carteira de identidade (RG), comprovante de residência, certidão de nascimento/ certidão de casamento,título de eleitor,cartão nacional de saúde,e posteriores exigidos pela regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

6.7. Fica assegurada a inclusão:

6.7.1. Do recém-nascido, filho natural ou adotivo, como dependente, com isenção de carência, sendo vedada qualquer alegação de DLP ou aplicação de CPT ou Agravo, e desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 dias do nascimento pelo plano ou da adoção:

6.7.1.1. Do filho recém-nascido e/ou adotivo, menor de 12 (doze) anos, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo beneficiário titular/adotante;

6.7.2. Ultrapassados os prazos para inclusão, previstos nos itens acima, os novos beneficiários cumprirão integralmente as carências previstas na cláusula específica;

6.7.3. Por ocasião de nova contratação, observar-se-ão os valores de comercialização da tabela vigente na data da adesão ao plano Individual ou Familiar.

6.7.4. O dependente que vier a perder a condição de dependência poderá assinar contrato em seu próprio nome, em até 30 (trinta) dias a contar da data da perda do direito como beneficiário dependente, aproveitando as carências já cumpridas neste contrato.

CLÁUSULA VII - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

7.1. As coberturas assistenciais asseguradas neste contrato, para todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde e para todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, compreendem atendimentos

ambulatoriais, internações hospitalares, atendimentos obstétricos, serviços auxiliares de diagnóstico, terapia e atendimentos de urgência e emergência, realizados em unidades hospitalares, próprias ou contratadas, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, e suas atualizações, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vigente na data do evento, observados os limites, prazos de carências, condições estabelecidas neste contrato e as seguintes peculiaridades:

7.1.1. A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais priorizará o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando-se a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e de acordo com indicação do médico assistente.

7.1.2. Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10º Revisão - CID - 10, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto infligidas, estão obrigatoriamente cobertos por este instrumento.

7.2. O presente instrumento assegura o atendimento independente da circunstância e do local de ocorrência do evento, respeitadas a segmentação, a área de atuação e abrangência, a rede de prestadores de serviços contratada, credenciada ou referenciada da operadora de plano privado de assistência à saúde e os prazos de carência estabelecidos neste contrato.

7.3. Os procedimentos necessários ao tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas, decorrentes de procedimentos não cobertos pelo presente instrumento têm cobertura obrigatória quando constarem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, respeitadas as segmentações, os prazos de carência e Cobertura Parcial Temporária – CPT.

7.4. Os procedimentos necessários ao seguimento de eventos excluídos da cobertura, como internação em leito de terapia intensiva após transplante não coberto, não são considerados tratamento de complicações, mas parte integrante do procedimento inicial, não havendo obrigatoriedade de sua cobertura por parte das operadoras de planos de assistência à saúde.

7.5. Fica assegurado que os procedimentos garantidos pela legislação vigente serão de cobertura obrigatória quando solicitados pelo médico assistente, com exceção dos procedimentos odontológicos e dos procedimentos vinculados aos de natureza odontológica – aqueles executados por cirurgião-dentista ou os recursos, exames e técnicas auxiliares necessários ao diagnóstico, tratamento e prognóstico odontológicos, que poderão ser solicitados ou executados diretamente pelo cirurgião dentista.

7.6. O presente instrumento cobre os atendimentos nos casos de planejamento familiar listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento e conforme a segmentação assistencial contratada, incluindo:

- atividades educacionais;
- consultas de aconselhamento para planejamento familiar;
- atendimento clínico;
- implante de dispositivo intra-uterino (diu) hormonal incluindo o dispositivo.

7.7. A participação de profissional médico anestesiologista nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento terá sua cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínica.

7.8. Está garantida a cobertura dos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho, respeitadas as segmentações contratadas.

7.9. Da Cobertura Ambulatorial

7.9.1. A segmentação ambulatorial assegura atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, 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 unidade de terapia intensiva e unidades similares.

7.9.2. Estão cobertas consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM, de acordo com a rede credenciada da CONTRATADA.

7.9.3. Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação.

7.9.4. Cobertura de consulta e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento e nas Diretrizes de Utilização, conforme indicação do médico assistente.

7.9.5. Está coberta a psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento e nas Diretrizes de Utilização, que poderão ser realizados tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme indicação do médico assistente.

7.9.6. Garantia de cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente.

7.9.7. Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais:

a) Hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;
b) Quimioterapia oncológica ambulatorial;
c) Radioterapia ambulatorial;
d) Procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais;
e) Hemoterapia ambulatorial; e
f) Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

7.9.8. Este contrato compreende cobertura de atendimentos caracterizados como de urgência e emergência conforme previsto no presente instrumento jurídico.

7.9.9. Está assegurada a cobertura de remoção por ambulância dentro da área de abrangência geográfica desse contrato, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao paciente ou pela necessidade de internação.

7.9.10. Garantia de cobertura de medicamentos registrados/regularizados na ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época.

7.10. Da Cobertura Hospitalar

7.10.1. A segmentação hospitalar assegura a cobertura dos atendimentos realizados em todas as modalidades de internação hospitalar e os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência.

7.10.2. Coberturas de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM;

7.10.3. Acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional na indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou contratados pelo plano.

7.10.4. Cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente.

7.10.5. Garantia de cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação conforme previsto mais adiante neste instrumento.

7.10.6. Cobertura do atendimento por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico assistente e desde que o procedimento esteja previsto no Rol de Procedimentos da ANS e o profissional seja pertencente ao quadro de rede credenciada da CONTRATADA.

7.10.7. Cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, previstos no Rol de Procedimentos da ANS, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar.

7.10.8. Cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados desde que vinculados à internação coberta pelo presente instrumento e enquanto a mesma durar.

7.10.9. Cobertura de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, nos termos da legislação vigente.

7.10.9.1. A classificação dos diversos materiais utilizados pela medicina no país como órteses ou próteses deverá seguir lista a ser disponibilizada e atualizada periodicamente no endereço eletrônico da ANS na Internet (www.ans.gov.br).

7.10.10. Cobertura para remoção do beneficiário, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro.

7.10.11. Cobertura de despesas relativas a um acompanhante, que incluem:

a) Acomodação e alimentação necessárias à permanência do acompanhante para beneficiários menores de dezoito anos; e

b) Acomodação e alimentação, conforme indicação do médico ou cirurgião-dentista assistente, para beneficiários idosos com idade igual ou superior a sessenta anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais.

7.10.12. Cobertura dos procedimentos cirúrgicos crânio-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar, realizados por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação

7.10.22. São competências privativas das CNCDO, dentro das funções de gerenciamento que lhes são atribuídas pela legislação em vigor:

I - determinar o encaminhamento de equipe especializada; e

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

7.10.23. Está garantida a cobertura de transplantes listados no Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e dos procedimentos a eles vinculados, incluindo:

a) as despesas assistenciais com doadores vivos;

b) os medicamentos utilizados durante a internação;

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

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

7.10.24. Nos casos de TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS, o atendimento ocorrerá da seguinte maneira:

- Custeio integral de até 30 (trinta) dias de internação;
- Nas internações psiquiátricas a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação, por ano de contrato, com co-participação do Beneficiário de 30%(trinta por cento),e será observados os tetos estabelecidos nos normativos vigentes da época; Esse percentual de co-participação equivalerá ao máximo admitido por norma editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que estiver vigente à época da contratação do seguro.
- A cobertura do tratamento em regime de hospital dia deverá se dar de acordo com as diretrizes estabelecidas nos normativos vigentes.

7.10.25. O presente instrumento assegura a assistência pré-natal, compreendendo consultas periódicas e exames complementares necessários; assistência cirúrgica ou não ao parto e puerpério, por equipe especializada integrante do corpo clínico próprio e/ou credenciado da CONTRATADA.

7.10.26. Também está garantida a cobertura de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, e pós-parto imediato e assistência neonatal, compreendendo assistência imediata aos recém-nascidos, a qualquer hora do dia ou da noite, durante o período máximo de 30 dias contados do nascimento. Esta assistência continuará a ser prestada desde que o (a) CONTRATANTE tenha incluído o recém-nascido no Plano até o final do aludido prazo de 30 dias sendo vedada qualquer alegação de DLP ou aplicação de CPT ou Agravo.

CLÁUSULA VIII - EXCLUSÕES DE COBERTURA

8.1. Em conformidade com o previsto no art. 10 da Lei 9.656/98, respeitadas as coberturas mínimas obrigatórias previstas no seu art. 12 e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, e suas atualizações, editados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e estará disponível através do site www.ans.gov.br, dentro da segmentação assistencial deste contrato, fica permitida a exclusão de:

a) Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;

b) Tratamento procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;

c) Tratamento inseminação artificial;

d) Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;

e) Tratamento de fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados;

pessoais.
b) 180 (cento e oitenta) dias para consultas medicas,exames de patologia clínica simples.
c) 180 (cento e oitenta) dias para demais exames complementares,**exceto os descritos na letra "E" desta cláusula.**
d) 180 (cento e oitenta) para procedimento de reabilitação e fisioterapia.
e) 180 (cento e oitenta) dias para procedimentos clínicos ou cirúrgicos(tanto em regime ambulatorial como de internação), bem como para tomografia computadorizada, ressonância magnética, neuro-radiologia, angiografia visceral, periférica, radiologia intervencionista e hemodinâmica.
f) 180 (cento e oitenta) dias para hemodiálise e diálise,quimioterapia e radioterapia.
g) 300 (trezentos) dias para parto a termo
h) 24 (vinte quatro) meses para cobertura parcial temporária de cirurgias,leito de alto tecnologia e procedimento de alta complexidade conforme previsto nas resoluções editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar com relação ás doenças ou lesões pré existentes informadas pelo usuário na declaração de saúde,na entrevista qualificada ou identificadas por outros meios no decorrer da vigência do contrato que eram de conhecimento prévio do usuário que foram do usuário que foram omitidas pelo mesmo por ocasião da contratação,sem que o Contratante tinha feito a opção por agravo da mensalidade para cobertura destas doenças e lesões na data da contratação.

10.2. As carências acima poderão ser reduzidas passando a valer aquelas a ser formalizado em anexo específico integrante deste contrato.

10.3. As despesas decorrentes da utilização dos serviços durante o período de carência serão de responsabilidade única e exclusiva do CONTRATANTE.

10.4. Caso seja contratada a ampliação da cobertura Enfermaria para Apartamento,posteriormente à data de início da vigência do contrato,os usuários sujeitar-se-ão ás carências e valores previstos,a partir da data de contratação da ampliação

10.5. Para as inclusões de beneficiários posteriores à assinatura do Contrato, a contagem do prazo de carência iniciar-se-á na data de assinatura da Proposta de Admissão/adesão pelo beneficiário.

CLÁUSULA XI - DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

11.1. Das definições legais:
Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP) são 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 9656/98, o inciso IX do art. 4º da Lei nº 9961/00 e as diretrizes estabelecidas em Resolução específica da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

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 os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.

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 (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.

11.2. É condição para inscrição de beneficiários, no ato da assinatura do contrato ou para inclusões posteriores, o preenchimento da **Declaração de Saúde.**

Anexo Hospitalar 10 (6844151) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 218

11.3. O beneficiário titular está obrigado, por ocasião da contratação, a informar, por si e por seus dependentes, ser conhecedor ou não da condição de portador ou sofredor de doença ou lesão preexistente àquela data.

11.4. A informação será prestada, através de **Declaração de Saúde**, cujo formulário é parte integrante deste contrato, facultada aos beneficiários a realização de **Entrevista Qualificada** com um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados ou referenciados pela contratada, sem nenhum ônus para o beneficiário, ou, a critério do beneficiário, com um médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da contratada, assumindo, neste caso, as despesas daí decorrentes.

11.5. O objetivo da **Entrevista Qualificada** é orientar o beneficiário para o correto preenchimento da **Declaração de Saúde**, onde são declaradas as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.

11.6. As informações prestadas na **Declaração de Saúde** serão protegidas pela CONTRATADA sendo vedada sua divulgação ou fornecimento a terceiros, não envolvidos na prestação dos serviços assistenciais, sem a anuência expressa do beneficiário, ressalvados os casos previstos na legislação em vigor.

11.7. A CONTRATADA, no momento da contratação, poderá optar pela realização de **Perícia Prévia**, com a concordância plena do beneficiário, cujo objetivo principal é identificar a existência de doenças ou lesões preexistentes, bem como de solicitar documentação probatória de quaisquer informações do beneficiário constantes em sua **Declaração de Saúde**. Neste caso, fica vedada a alegação de omissão de informação de DLP quando realizado qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário pela CONTRATADA, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.

11.8. Caso a CONTRATADA opte pelo não oferecimento de cobertura total e havendo constatação da existência de lesão ou doença preexistente que possa gerar a necessidade de eventos cirúrgicos, do uso de leitos de alta tecnologia ou de procedimentos de alta complexidade, nos termos da regulamentação específica, será oferecida ao beneficiário a opção de **Cobertura Parcial Temporária - CPT**, pelo prazo máximo de 24 (vinte e quatro) meses, sendo facultado à CONTRATADA o oferecimento de cláusula de **Agravo**, como opção a Cobertura Parcial Temporária – CPT, sem prejuízo do cumprimento dos prazos de carência.

11.8.1. Na hipótese de Cobertura Parcial Temporária, a CONTRATADA somente poderá suspender a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta tecnologia e os procedimentos de alta complexidade, quando relacionados exclusivamente à Doença ou Lesão Preexistente.

11.9. A opção entre a **Cobertura Parcial Temporária – CPT**, ou **Agravo**, deverá figurar em declaração expressa e específica, que fará parte integrante do presente contrato.

11.10. Nos casos em que a opção seja pelo **Agravo**, o valor correspondente ao agravamento, bem como seu período de vigência, serão previamente informados e será objeto de Termo Aditivo, ficando uma via para cada um dos contratantes.

11.11. Caso sejam identificados indícios de fraude, referente à omissão de conhecimento de doenças e lesões preexistentes por ocasião da contratação ou adesão ao plano, a CONTRATADA comunicará imediatamente ao consumidor beneficiário sendo oferecida a opção de **Cobertura Parcial Temporária – CPT**, facultada à CONTRATADA a opção do **Agravo**. Caso não haja concordância do beneficiário com a alegação, a CONTRATADA encaminhará a documentação pertinente à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, que efetuará o julgamento da alegação de informação de omissão na declaração de saúde. Se solicitado, o beneficiário deverá remeter ao Órgão Regulador toda a documentação necessária para a instrução do processo.

11.12. Caso seja aberto o **Processo Administrativo** junto ao Órgão Regulador (ANS), para julgamento da

alegação de informação de omissão de doença ou lesão preexistente, não será permitida, sob qualquer alegação, a negativa de cobertura assistencial, assim como a suspensão ou rescisão unilateral de contrato, até a publicação pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS do encerramento do **Processo Administrativo.**

11.13. Se comprovada junto à Agência Nacional de Saúde - ANS a omissão de doença ou lesão preexistente, o beneficiário será responsável pelo pagamento das despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão omitida, a partir da data em que tiver recebido comunicado ou notificação da CONTRATADA alegando a existência de doença ou lesão preexistente não declarada.

11.14. A CONTRATADA poderá comprovar o conhecimento prévio do consumidor sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão, durante o período de 24 (vinte e quatro) meses, podendo a omissão dessa informação ser considerada comportamento fraudulento, considerando:

11.14.1. À CONTRATADA caberá o ônus da prova;

11.14.2. A CONTRATADA poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação, dentro dos princípios da ética e legalidade.

11.15. Não haverá exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de contratação do plano de saúde após 24 (vinte e quatro) meses de vigência da contratação, cabendo à CONTRATADA o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do beneficiário.

11.16. Não haverá suspensão da assistência à saúde do beneficiário, titular ou dependente, até a prova do conhecimento prévio do mesmo.

CLÁUSULA XII - URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

12.1. Das definições legais:
Emergência: atendimentos que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, com alterações severas dos sinais vitais, caracterizado em declaração do médico assistente.

Urgência: atendimentos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional, onde haja diminuição do nível de consciência, dificuldade para respirar, dor intensa e alterações dos sinais vitais.

12.2. A cobertura dos procedimentos em situações de emergência ou urgência que implicar em risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis para o beneficiário, incluindo os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional, reger-se-á pela garantia da atenção e atuação no sentido da preservação da vida, órgãos e funções.

12.3. A CONTRATADA garantirá os atendimentos decorrentes de acidentes pessoais, sem restrições, depois de decorridas 24 horas de vigência do contrato.

12.4. A cobertura será prestada por 12 (doze) horas ou, caso surja a necessidade de internação, por período inferior, para:

I - os atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, durante o cumprimento dos períodos de carência;
II - os atendimentos de urgência e emergência, quando efetuados no decorrer dos períodos de carência para internação; e
III - os casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia ou procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças ou lesões preexistentes.

12.5. Após cumpridas as carências, haverá cobertura dos atendimentos de urgência e emergência desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções.

DA REMOÇÃO

12.6. A remoção do paciente será garantida pela CONTRATADA nas seguintes hipóteses:

I - para outra unidade de atendimento da rede do plano, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelomédico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente; e

II - para uma unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, quando houver o limite de 12 (doze) horas de atendimento, nas hipóteses citadas acima, e este for atingido ou surgir a necessidade de internação.

Da Remoção para o SUS:

12.7. À CONTRATADA caberá o ônus e a responsabilidade da remoção do beneficiário para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento.

12.8. Quando não puder haver 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.

12.9. A CONTRATADA deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS.

12.10. Se o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade que, ainda que pertencente ao SUS, não disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento, ficará a CONTRATADA desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

Reembolso de despesas nas urgências/emergências:

12.11. Nos casos de urgência e emergência em que o usuário não puder utilizar os serviços próprios ou credenciados indicados na relação fornecida pela HOSPITALAR,dentro da área geográfica de abrangência do plano,serão reembolsadas as despesas cobertas pelo plano contratado.

12.12. O reembolso será efetuado tendo como base os valores vigentes na data de atendimento, de acordo com os seguintes critérios:

a) Honorários médicos e serviços complementares de diagnóstico e tratamento, serão reembolsados tendo com base o valor do procedimento correspondente na tabela praticada pelo HOSPITALAR junto à sua rede credenciada, a tabela estará disponível na administração da operadora;

b) Despesas hospitalares serão reembolsadas tendo como base a Tabela de procedimentos do Hospital Evangélico de Londrina para categoria CONVÊNIO, até o valor máximo nela constante para o procedimento correspondente ao efetuado ao beneficiário, a tabela estará disponível na administração da operadora;

c) Medicamentos e materiais serão reembolsados de acordo com a média de mercado na área de abrangência do plano contratado, á data do atendimento, a tabela estará disponível na administração da operadora.

12.13. O reembolso será pago no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da apresentação dos seguintes documentos originais que, posteriormente, serão disponibilizados para devolução pelo período de 6(seis) meses subsequentes ao pagamento, na hipótese do pagamento não ser integral.

12.14. Somente serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao beneficiário, enquanto perdurou o estado de urgência ou emergência. O beneficiário perderá o direito ao reembolso decorridos 90 (noventa) dias contados da data do evento.

12.15. O reembolso será realizado pelos valores apurados na categoria CONVÊNIO, independentemente do atendimento de urgência ou emergência, ter sido efetuado na categoria particular, podendo, em razão disso, haver diferenças entre valor desembolsado pelo contratante e o valor a ser reembolsado pelo HOSPITALAR. Os valores excedentes aos fixados para categoria CONVÊNIO, serão de INTEIRA RESPONSABILIDADE do contratante independente da caracterização de urgência e emergência.

12.16. Do valor total do reembolso serão deduzidos os percentuais da co-participação,quando for o caso,a que estaria sujeito o Contratante caso fosse utilizada a rede credenciada do HOSPITALAR, nos valores e limites previstos neste contrato.

CLÁUSULA XIII - MECANISMO DE REGULAÇÃO

13.1. Os beneficiários obrigam-se a fornecer ao prestador do serviço, o Cartão de Identificação de Beneficiário dentro do prazo de validade, emitido pela CONTRATADA, documento de identidade e/ou caso exista, permitir a identificação por tecnologia digital.

13.2. As internações hospitalares serão processadas mediante Guia de Internação, solicitadas pelo médico assistente em favor do beneficiário, que será disponibilizada para análise da CONTRATADA para concessão de sua autorização.

13.3. O prazo de internação, fixado pela CONTRATADA, constará da guia expedida e corresponderá à média de dias utilizados para casos idênticos, ou ainda, contemplará aquele definido pelo médico assistente.

13.4. Excetuando-se os casos de urgência e emergência, os demais serviços serão prestados mediante autorização prévia da CONTRATADA;

13.4.1. Nos casos de urgência ou emergência, o beneficiário, ou quem por ele responda, terá até o segundo dia útil, subsequente à data do evento, para **providenciar a respectiva autorização do procedimento**, mediante solicitação devidamente fundamentada, carimbada e assinada pelo médico assistente;

13.4.2. Haverá tolerância para os casos de comprovada impossibilidade de cumprimento do prazo acima disposto;

13.4.3. Caso o prestador se proponha a providenciar a autorização, caberá à CONTRATADA verificar se foram respeitados os prazos limites;

13.4.4. Nos procedimentos que exigem autorização prévia, a CONTRATADA providenciará a autorização para o procedimento em no máximo estipulados pela legislação vigente editadas pela Agência Nacional de Saúde, a partir do protocolo da solicitação ou, em prazo inferior quando caracterizado caso de urgência e/ou emergência.

13.5. Nos casos de transferência para leitos de alta tecnologia, eventos cirúrgicos em beneficiários internados para tratamento clínico e realização de procedimentos de alta complexidade será necessária a autorização prévia pela CONTRATADA, mesmo que o paciente já se encontre internado, salvo nas urgências e/ou emergências intercorrentes, quando então poderá ser solicitada posteriormente, no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas.

13.5.1. A inobservância dos prazos acima, caso não haja justificativa plausível, reserva à CONTRATADA o direito de não se responsabilizar pelo pagamento das despesas decorrentes.

13.6. As despesas extraordinárias realizadas pelo paciente e/ou acompanhante, não relacionadas diretamente com o tratamento, serão de sua inteira responsabilidade, sendo pagas diretamente à entidade hospitalar.

13.6.1. São consideradas como despesas extraordinárias: medicamentos não prescritos pelo médico assistente, produtos de toalete e higiene pessoal e alimentos que não sejam servidos pela instituição;

13.7. Comprovada a indevida utilização de serviços, estes serão de responsabilidade exclusiva do CONTRATANTE, ainda que o ato tenha sido praticado sem o seu conhecimento, ficando estabelecido que os comprovantes das despesas decorrentes deste fato poderão constituir dívida líquida, certa e exigível, caracterizando título extrajudicial capaz de autorizar o seu protesto ou a sua execução judicial.

13.8. Os serviços serão prestados por intermédio do médico assistente e de rede própria ou contratada, básica ou especializada, direta ou indiretamente, de acordo com a área geográfica do contrato. Salienta-se que não haverá restrição aos não pertencentes à rede própria ou contratualizada da operadora referenciados/cooperados/credenciados.

13.9. No ato da contratação será entregue ao CONTRATANTE o **Guia de Serviços de Saúde**, editado pela CONTRATADA, informando a relação de seus prestadores, médicos credenciados, hospitais e clínicas, devendo, entretanto, o beneficiário, ao utilizar-se dos serviços, confirmar as informações pelo site da CONTRATADA, em razão do processo dinâmico do quadro da rede contratada e/ou credenciada, direta e indiretamente, de acordo com a área de abrangência contratada.

13.10. A CONTRATADA reserva-se no direito de rescindir o contrato com qualquer participante da sua rede assistencial, bem como de contratar novos serviços, a seu exclusivo critério, sempre mantendo a qualidade da prestação dos serviços previstos neste instrumento.

13.10.1. As alterações da rede hospitalar cumprirão o disposto no art. 17 da Lei n°. 9.656/98 ou seja, as substituições serão comunicadas aos CONTRATANTES e à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS com antecedência de 30 (trinta) dias. A redução de serviços hospitalares, com propósito de redimensionamento da rede, somente ocorrerá mediante prévia solicitação e autorização expressa da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e também, será informado ao CONTRATANTE.

13.11. Havendo utilização nos eventos abaixo será devida participação do beneficiário no custeio da despesa assistencial, através dos mecanismos de co-participação, de acordo com o que segue:

13.12. Os valores das despesas decorrentes da utilização dos procedimentos constantes na cobertura ambulatorial serão cobrados **30% (trinta por cento)** tendo como base a tabela referência da operadora, e a tabela estará disponível na administração da operadora, até os limites máximos de co-participação de **R$ 88,00 (oitenta e oito reais)** por procedimento.

13.13. O reajuste do valor do limite máximo de co-particapação de R$ 88,00 (oitenta e oito reais) por procedimento para inscritos no plano enfermaria,será realizado anualmente no mesmo mês e com o mesmo índice autorizado para reajuste da taxa de manutenção do presente contrato

13.14. Fica estabelecido que é devida a co-participação em todos os procedimentos constantes da Cobertura Ambulatorial.

13.15. As internações de beneficiários **portadores de transtornos psiquiátricos** estão sujeitas à co-participação pecuniária no total das despesas, a partir do 31° (trigésimo primeiro) dia de internação, de acordo com o número de dias de internação, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, para o respectivo paciente.

13.15.1. Portanto haverá o custeio parcial, a partir do 31° (trigésimo primeiro) dia de internação, por ano de contrato, não cumulativos, contínuos ou não, em hospital psiquiátrico ou em unidade enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise, através de co-participação de 30%(trinta po rcento) observados os tetos estabelecidos nos normativos vigentes à época e não podendo caracterizar o financiamento integral da internação.

13.15.1.1. Os percentuais e valores estabelecidos neste contrato serão calculados sobre os valores fixados na Tabela Referencial da CONTRATADA e respeitarão os tetos estipulados nos normativos editados pela ANS vigentes à época;

13.15.1.2. O montante devido da co-participação integrará as contraprestações subsequentes ao mês do evento, porém, será discriminado.

13.16. A CONTRATADA fornecerá, sempre que solicitado pelo beneficiário, laudo circunstanciado, bem como cópia de toda a documentação relativa às questões de impasse que possam surgir no curso do contrato, decorrente da utilização dos mecanismos de regulação.

13.17. Para as situações que implicarem em divergências nas regras de regulação, fica assegurado o atendimento ao beneficiário por profissional técnico, no prazo máximo de 1 (um) dia útil, a partir do momento da solicitação ou em prazo inferior quando caracterizada a urgência.

13.18. Nas situações de divergências a respeito de autorização prévia, a definição do impasse será feita através de Junta constituída pelo médico solicitante ou nomeado pelo beneficiário, por médico auditor da CONTRATADA e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais anteriores, cuja remuneração ficará a cargo da CONTRATADA.

CLÁUSULA XIV - FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

14.1. Para efeitos deste contrato, os valores previstos para contraprestação serão de forma PRÉ-ESTABELECIDA.

14.2. Como contraprestação mensal, os valores estão expressos na tabela comercial constante do **ANEXO I,** parte integrante deste instrumento, de acordo com a idade de cada beneficiário.

14.2.1. Todos os pagamentos serão realizados diretamente à CONTRATADA, por meio de boleto bancário, não tendo o profissional médico ou qualquer outro prestador, autorização para recebimento ou negociação de valores em nome da CONTRATADA.

14.2.2. Eventuais valores de co-participação em internações decorrentes de transtornos psiquiátricos deverão ser liquidados da mesma forma que as mensalidades, pois delas farão parte, e serão cobrados subsequentes ao mês do atendimento.

14.3. Quando a data de vencimento cair em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser realizado até o primeiro dia útil subsequente.

14.4. Se o CONTRATANTE não receber o documento que possibilite realizar o pagamento de sua obrigação, até 05 (cinco) dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente na sede da CONTRATADA ou por meio do site www.planohospitalar.com.br, para que não se sujeite às consequências da mora.

14.5. Ocorrendo impontualidade no pagamento da mensalidade, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento), além de multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado, e ainda, conforme o caso, cobrança judicial, ressarcimento por perdas e danos, honorários advocatícios e reembolso de custas judiciais, sem prejuízo do direito da CONTRATADA inscrever o nome do inadimplente nos cadastros de restrição ao crédito (SPC e SERASA) e ou protestar o contrato.

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

14.7. O pagamento da contraprestação pecuniária referente a um determinado mês não implica na quitação de débitos anteriores.

CLÁUSULA XV – REAJUSTE

15.1. O reajuste ocorrerá anualmente, a partir da data de aniversário do contrato, sendo que índice de reajuste a ser aplicado nas contraprestações, e nos valores de co-participação deste contrato está sujeito à obediência ao índice autorizativo da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS (Órgão Regulador).

15.2. Caso nova legislação venha a autorizar o reajustamento em período inferior a 12 (doze) meses, a mesma terá aplicação imediata sobre este contrato.

15.3. Fica estabelecido que os valores relativos às inclusões de dependentes terão o primeiro reajuste integral, independentemente da variação da faixa etária, na data de aniversário de vigência do presente contrato e mediante autorização da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, entendendo-se como data base única, independente da data de inclusão do beneficiário dependente.

CLÁUSULA XVI - FAIXAS ETÁRIAS

16.1. As mensalidades são estabelecidas de acordo com a faixa etária em que cada beneficiário inscrito esteja enquadrado. Ocorrendo alteração na idade de qualquer dos beneficiários que importe em deslocamento para a faixa etária superior, a contraprestação pecuniária será aumentada automaticamente, no mês seguinte ao do aniversário do beneficiário.

16.2. As faixas etárias para os fins deste contrato são:
1ª FAIXA Até 18 (dezoito) anos
2ª FAIXA 19 a 23 (dezenove a vinte e três) anos
3ª FAIXA 24 a 28 (vinte e quatro a vinte e oito) anos
4ª FAIXA 29 a 33 (vinte e nove a trinta e três) anos
5ª FAIXA 34 a 38 (trinta e quatro a trinta e oito) anos
6ª FAIXA 39 a 43 (trinta e nove a quarenta e três) anos
7ª FAIXA 44 a 48 (quarenta e quatro a quarenta e oito) anos
8ª FAIXA 49 a 53 (quarenta e nove a cinquenta e três) anos
9ª FAIXA 54 a 58 (cinquenta e quatro a cinquenta e oito) anos
10ª FAIXA A partir de 59 (cinquenta e nove) anos

16.3. Variação do valor da mensalidade em decorrência da mudança de faixa etária corresponderá aos percentuais abaixo, que incidirão sobre o preço então pago na faixa etária anterior, e não se confundem com o reajustamento pela variação de custo (mensalidades):

MUDANÇA DE FAIXAS REAJUSTE (%)
Da 1ª para 2ª Faixa 36,76%

Da 2ª para 3ª Faixa 29,12%
Da 3ª para 4ª Faixa 4,13%
Da 4ª para 5ª Faixa 7,90%
Da 5ª para 6ª Faixa 5,07%
Da 6ª para 7ª Faixa 19,18%
Da 7ª para 8ª Faixa 19,78%
Da 8ª para 9ª Faixa 19,10%
Da 9ª para 10ª Faixa 39,64%

16.4. Os beneficiários com mais de **59 (cinquenta e nove) anos de idade** não sofrerão reajustes por mudança de faixa etária, mas permanecerão os reajustes anuais, ou conforme determinar a legislação pertinente, pela variação de custo.

16.5. Os percentuais de variação entre cada faixa etária sempre observará os valores fixados para a última faixa que não poderá ser superior a 6 (seis) vezes o valor da primeira faixa e, a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

CLÁUSULA XVII – BÔNUS

17.1. O CONTRATANTE/TITULAR obriga-se ao pré pagamento mensal para a CONTRATADA,por si e para cada um dos seus dependentes inscritos,de acordo com a faixa etária estabelecida na cláusula 15.3,dos valores vigentes à época da contratação,constantes na proposta de adesão,para efeito de mensalidade e agravos por doenças e lesões pré existentes,obedecida a seguinte tabela de descontos e de acordo com a inscrição e permanência do número de usuários no plano:

Quantidade Usuários por Contrato	Desconto
2 usuários	10,00%
3 usuários	20,00%
4 usuários ou mais	30,00%

17.2. Ocorrendo inclusões,dentro das regras estipuladas nas cláusula 6,promovendo acréscimo no número de usuários resultando mudança de faixa etária de desconto,o valor da mensalidades será automaticamente adequado à tabela de desconto,observando o número total de usuários,que somente somente será admitida por falecimento,separação judicial comprovada,ou perda da condição de dependentes referenciada na clausula 6,em sendo reduzido o número total de beneficiário integrantes do plano para menos de três,resultando mudança para outra faixa de desconto,o valor da mensalidade será automaticamente adequado à tabela de desconto correspondente.

CLÁUSULA XVIII – DAS CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

18.1. Perderá a condição de beneficiário e será excluído do plano:

18.1.1. O beneficiário titular que solicitar por escrito sua exclusão, ou do(s) seu(s) dependente(s);

18.1.2. O beneficiário dependente que por qualquer motivo deixar de atender as condições exigidas para sua inscrição, sendo:

18.1.2.1. Perda da condição de cônjuge ou convivente;

18.1.2.2. Aquisição da maioridade;

18.1.2.3. Perda da condição de dependência econômica;

18.1.2.4. Infrações ou fraudes com o objetivo de obter vantagens ilícitas.

18.1.2.5. Perda por morte

18.1.3. As perdas da condição de dependência nos itens deve ser comunicado pelo titular, em até 30 dias do evento que ocasionou a perda, sob pena de em não o fazendo ser devido pelo titular o valor equivalente a um novo contrato similar ao presente.

18.2. A extinção do vínculo do beneficiário titular do plano, salvo nas hipóteses da inadimplência ou fraude comprovada, não se extingue o presente contrato, sendo assegurada a manutenção das condições contratuais aos seus dependentes, com a conseqüente assunção das obrigações decorrentes. Para tanto, será formalizado instrumento contratual específico de assunção das obrigações decorrentes.

18.3. Ocorrendo a perda da condição de beneficiário nas condições previstas no item 16.1.2. acima, o beneficiário poderá contratar plano na modalidade Individual ou familiar com esta CONTRATADA em até 30 (trinta) dias, contados da data em que ocorreu a referida perda, aproveitando os períodos de carências já cumpridas;

18.4. Por ocasião de nova contratação, observar-se-ão os valores de comercialização da tabela vigente na data da adesão ao plano contratado.

CLÁUSULA XIX - RESCISÃO/SUSPENSÃO

19.1. Será considerado rescindido este contrato se houver atraso no pagamento da contraprestação por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência, desde que o CONTRATANTE tenha sido notificado até o 50º (qüinquagésimo) dia de inadimplência, sem prejuízo do direito da CONTRATADA requerer judicialmente a quitação dos valores devidos, com suas conseqüências moratórias.

19.1.1. permitida a redução do período de inadimplência pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, haverá imediata aplicação pela CONTRATADA do novo normativo ao presente instrumento.

19.1.2. O Titular outorga poderes expressos para qualquer com seus dependentes,podendo retirar cada um suas próprias guias,bem como poderes para qualquer beneficiário dependente possa assinar cobrança,aviso e suspensão e cancelamento do contrato.

19.1.3. No caso de inadimplemento de obrigações de natureza financeira do TITULAR, a CONTRATADA poderá, após 10 dias com prévia notificação ao TITULAR, fazer o registro desse fato no sistema de proteção ao crédito (SERASA,SPC)/ ou protestar o contrato. E após o reconhecimento do pagamento pela CONTRATADA,terá 5 dias úteis para retirada da inscrição do CONTRATANTE,do Sistema de Proteção ao Crédito.

19.2. Rescinde-se também o presente contrato, quando da comprovação de comportamento fraudulento, como:

19.2.1. Qualquer ato ilícito praticado pelo beneficiário titular, ou seu(s) dependente(s), na utilização do objeto deste instrumento;

19.2.2. Utilização indevida da carteira de identidade do beneficiário titular ou seu(s) dependente(s),

assim entendido, também, a sua utilização por terceiros;

19.2.3. Omissão ou distorção de informações pelo beneficiário titular ou seu(s) dependente(s) em prejuízo da CONTRATADA, neste caso mediante autorização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

19.3. As hipóteses constantes dos itens 17.1. e 17.2. acima, extinguem o contrato de pleno direito, acarretando a imediata exclusão do(s) beneficiário(s) dependente(s).

19.4. Quando ocorrer rescisão antes do término deste contrato, será cobrada multa de 50% (cinquenta por cento) sobre os valores das mensalidades restantes para se completar a primeira vigência.

19.4.1. O contrato renovado por prazo indeterminado poderá ser denunciado pelo CONTRATANTE, por escrito, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, sem ônus da multa;

19.4.2. A falta de comunicação, nos termos deste artigo, implica na manutenção das obrigações contratuais assumidas.

19.4.3. Durante o prazo de denúncia não será admitida inclusão ou exclusão de beneficiários dependentes.

19.5. Fica vedada a rescisão ou suspensão unilateral do contrato, em qualquer hipótese, durante a ocorrência de internação hospitalar do beneficiário titular.

II - DAS OUTRAS DISPOSIÇÕES:

1. Por convenção, adotou-se neste contrato o gênero masculino quando há referência ao(à) CONTRATANTE, aos(às) beneficiários(as), aos(às) filhos(as), aos(às) menores, dentre outros.

2. A CONTRATADA não terá responsabilidade pelo pagamento nas seguintes condições:

a) Por qualquer acordo ajustado particularmente pelos beneficiários com quaisquer prestadores. Tais despesas e riscos correm por conta exclusiva do CONTRATANTE;

b) Pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa da pactuada, tais como, dentro do período de cumprimento de carência, após o término da relação contratual e fraude;

c) Na hipótese do beneficiário optar por acomodação hospitalar superior àquela contratada deverá arcar com a diferença de preço, inclusive de honorários dos profissionais, conforme negociação direta com o hospital, médicos e demais prestadores do atendimento;

d) A utilização dos serviços contratados, durante o período de suspensão ou de carência, neste último caso, ressalvadas as especificidades dos casos de urgências ou emergências é de responsabilidade do CONTRATANTE/beneficiário.

3. É obrigação do CONTRATANTE, na hipótese de rescisão, resolução ou resilição deste contrato, ou ainda, de exclusão de beneficiário, devolver os respectivos cartões de identificação e quaisquer outros documentos porventura fornecidos pela CONTRATADA, respondendo, sempre, sob todos os aspectos, pelos prejuízos resultantes do uso indevido desses documentos, restando isenta, neste caso, de qualquer responsabilidade, a CONTRATADA, a partir da exclusão do beneficiário, rescisão, resolução ou resilição do presente.

3.1. Considera-se uso indevido a utilização desses documentos para obter atendimento, mesmo que na forma contratada, pelos beneficiários que perderam essa condição, por exclusão ou término do contrato, ou, em qualquer hipótese, por terceiros não beneficiários;

3.2. O uso indevido e COMPROVADO do cartão de identificação, de qualquer beneficiário, a critério da CONTRATADA, ensejará pedido de indenização por perdas e danos, bem como a exclusão do respectivo titular e seus dependentes.

4. Ocorrendo a perda ou extravio de quaisquer documentos, o CONTRATANTE deverá comunicar, por escrito, o fato à CONTRATADA, para cancelamento ou, quando for o caso, emissão de segunda via. O cancelamento só terá validade quando recebido por escrito, pela CONTRATADA.

5. Os beneficiários com mais de 60 (sessenta) anos de idade, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até 5 (cinco) anos têm privilégio na marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos.

6. O CONTRATANTE reconhece como dívida líquida e certa, em favor da CONTRATADA, quaisquer despesas decorrentes de atendimento prestado a ele, seus dependentes e agregados, cessadas as responsabilidades da CONTRATADA, independentemente da data de início do tratamento, bem como aquelas coberturas deferidas liminar ou cautelarmente em procedimento judicial, e posteriormente revogadas ou decididas em contrário, e ainda, os procedimentos não cobertos explicitamente por este instrumento.

7. A inserção de mensagens no recibo de cobrança das mensalidades valerá como advertência/notificação ao CONTRATANTE, para todos os efeitos deste contrato, a partir da data do respectivo pagamento, exceto na hipótese de rescisão de contrato, por inadimplência, quando então haverá NOTIFICAÇÃO ESPECÍFICA, até o 50º (quinquagésimo) dia de inadimplemento, consecutivos ou não.

8. Qualquer tolerância não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

9. Poderá a CONTRATADA exigir documentação comprobatória das declarações do CONTRATANTE.

10. O CONTRATANTE, por si, seus dependentes e agregados, autoriza a CONTRATADA a obter o diagnóstico médico sempre que necessário, tanto para fins de reembolso como para fins de informações médicas. Ficam desde já autorizadas essas informações, que serão prestadas pelos médicos assistentes, ou pelos serviços credenciados, que se utilizarão da codificação expressa na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a Saúde - CID, da Organização Mundial de Saúde, 10ª (décima) revisão, ou fornecerão relatórios médicos detalhados.

11. Integram este contrato, para todos os fins de direito, a **Proposta de Adesão, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde - MPS, o Guia de Leitura Contratual - GLC, a Declaração de Saúde, Termo de Oferecimento do Plano Referência, Guia Médico** e demais anexos firmados pelos contraentes.

12. Toda e qualquer concessão pela CONTRATADA, fora do pactuado pelo presente instrumento, implicará em mera liberalidade.

13. Este contrato foi elaborado levando-se em consideração a legislação vigente nesta data. Assim, qualquer alteração das normas que implique em necessária modificação do que aqui foi avençado, sujeitará a novo ajuste das condições, inclusive com possíveis reflexos na contraprestação, desde que autorizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

HOSPITALAR PLANO DE SAÚDE

CLÁUSULA XX - ELEIÇÃO DE FORO

20.1. Fica eleito o foro do domicílio do CONTRATANTE para dirimir qualquer demanda sobre o presente contrato, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

20.2. E por estarem assim justos e acordados, assinam o presente Contrato em duas vias, de igual teor, na presença de duas testemunhas, sendo rubricadas pelas partes todas as suas folhas.

Londrina, _____ de _____ de _____

CONTRATANTE

Nome:

CPF: RG:

_____

Assinatura do Contratante/Titular

CONTRATADA

Associação Evangélica Beneficente de Londrina

CNPJ: 78613841/0001-61

_____

Assinatura da Contratada/AEBEL

TESTEMUNHA

Nome:

CPF: RG:

_____

Assinatura da Testemunha

TESTEMUNHA

Nome:

CPF: RG:

_____

Assinatura da Testemunha

HOSPITALAR
PLANO DE SAÚDE

CLÁUSULA XXI - DISPOSIÇÕES GERAIS

I - DAS DEFINIÇÕES:

Para os efeitos deste contrato, são adotadas as seguintes definições:

1. Acidente Pessoal - é o evento exclusivo, com data caracterizada, diretamente externo, súbito, imprevisível, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico.

2. Agravo - É o acréscimo no valor da contraprestação pecuniária mensal do plano oferecida ao CONTRATANTE/ TITULAR como alternativa à adoção de cláusula de Cobertura Parcial Temporária

3. Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS - autarquia sob o regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde.

4. Atendimento Ambulatorial - é aquele executado no âmbito do ambulatório, incluindo a realização de curativos, pequenas cirurgias, primeiros socorros e outros procedimentos que não exijam uma estrutura mais complexa para o atendimento.

5. Atendimento Hospitalar – É o atendimento que se limita aos serviços executados em hospitais e pronto-socorro,não incluindo atendimentos ambulatoriais para fins de diagnóstico,terapia ou recuperação,mesmo que complementar a uma internação.

6. Beneficiário - é a pessoa física que usufruirá dos serviços ora pactuados, seja na qualidade de titular ou dependente.

7. Cálculo Atuarial - é o cálculo estatístico com base em análise de informações sobre a freqüência de utilização, peculiaridades do beneficiário, tipo de procedimento, com vistas à manutenção do equilíbrio financeiro do plano e o cálculo das contraprestações.

8. Carência - é o prazo ininterrupto, contado a partir do início de vigência do contrato ou da data das novas inscrições, durante o qual os beneficiários não têm direito às coberturas contratadas.

9. Cartão Individual de Identificação - é a cédula onde se determina a identidade do beneficiário (nome, idade, código de inscrição na operadora, dentre outras informações.) e é, também, o comprovante de sua inscrição no plano.

10. CID-10 - é a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10ª revisão. IMPORTANTE: os procedimentos cobertos por este contrato são somente aqueles relacionados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde divulgado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e suas atualizações, de acordo com a segmentação assistencial.

11. Cobertura Parcial Temporária – É aquela que admite,num prazo determinado,a suspensão da cobertura de eventos cirúrgicos,leitos de alta complexidade,relacionada ás doenças e lesões pré existentes.

12. Cobertura - é a assistência à saúde contratada e que o beneficiário terá direito.

13. Consulta - é o ato realizado pelo médico ou dentista, conforme o caso, que avalia as condições clínicas do beneficiário.

14. Contratada - é a OPERADORA de planos privados de assistência à saúde, que se obriga a garantir a prestação

de serviços de assistência à saúde aos beneficiários do plano ora convencionado, nos termos deste instrumento, através de seus médicos contratados e de rede própria, ou por ela contratada.

15. Contratante - é a pessoa física, qualificada na Proposta de Adesão em anexo, que contrata a prestação de serviços de assistência à saúde para si ou seu(s) dependente(s).

16. Contrato Individual ou Familiar - é um contrato de livre adesão de beneficiários, pessoas naturais, com ou sem grupo familiar.

17. Convivente - é a pessoa que vive em união estável com outrem em intimidade, com cunho de constituição de família, de forma pública.

18. Co-Participação - é o montante em termos percentuais ou valores monetários, para cada procedimento realizado, que, quando ocorrer, constituir-se-á parte integrante da contraprestação.

19. Doença - é o processo mórbido definido, tendo um conjunto característico de sintomas e sinais, que leva o indivíduo a tratamento médico.

20. Doença ou Lesões Pré Existente - Doença ou lesões adquirida pelo usuário antes da sua inscrição no contrato

21. Eletivo - é o termo usado para designar procedimentos médicos não considerados de urgência ou emergência.

22. Emergência - atendimentos que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, com alterações severas dos sinais vitais, caracterizado em declaração do médico assistente.

23. Entrevista qualificada – Quando o CONTRANTE/TITULAR,com auxílio do médico, afim de responder aos requisitos pertinentes a si e seus dependentes,referente às condições de saúde e doenças que tenha tido e que tenha conhecimento,antes do momento da contratação do plano.

24. Evento - é o conjunto de ocorrências ou serviços de assistência médica ou hospitalar coberto por este contrato.

25. Exame - é o procedimento complementar solicitado pelo médico assistente, que possibilita uma investigação diagnóstica, para melhor avaliar as condições clínicas do beneficiário.

26. Exame Pericial de Admissão - é o ato médico (e demais procedimentos) executado por profissional indicado pela CONTRATADA cuja finalidade é identificar doença e lesão que o beneficiário seja portador antes da contratação.

27. Guia de Serviços de Saúde - é a relação dos serviços próprios e contratados pela CONTRATADA.

28. Hospital de Categoria Diferenciada - é aquele hospital que utiliza sua própria lista de preços e procedimentos, não se sujeitando a Tabela de Referência de terceiros.

29. Inscrição - é o ato de incluir um beneficiário no plano.

30. Internação Hospitalar - é quando o beneficiário fica sob os cuidados médicos em um estabelecimento hospitalar.

31. Mensalidade ou Contraprestação - é a quantia a ser paga mensalmente à CONTRATADA, em face das coberturas previstas no contrato, ou sua mera disponibilidade.

32. Leitos de alta tecnologia – UTI,semi-intensivo;unidades coronarianas e unidades de tratamento para queimados e definidos pela portaria GM nº 3432,de 12.08.98 do ministério da saúde

33. Medicamentos /Material importado nacionalizado – entende-se o produto com matéria-prima importada,que esteja devidamente registrado no ministério da saúde ,manipulado e envasado no Brasil,com protocolo e diretriz de prescrição devidamente homologada pela sociedade médica brasileira da especialidade,e assim normatizado.

34. Operadora de Planos de Saúde (OPS) - empresa legalmente constituída, devidamente registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS que comercializa planos de assistência à saúde, de acordo com os dispositivos da Lei 9.656/98.

35. Órtese - refere-se unicamente aos aparelhos ou dispositivos ortopédicos de uso provisório, destinados a alinhar, prevenir ou corrigir deformidades ou melhorar a função das partes móveis do corpo, podendo, ou não, ser retirado posteriormente. (Ex:pinos e placas metálicas,lentes oculares)dentre outros em relação especifica cujo ROL atualizado no site da ANS www.ans.gov.br

36. Patologia - modificações funcionais produzidas pela doença no organismo.

37. Plano - é a opção de coberturas adquirida pelo CONTRATANTE.

38. Preposto - é o representante que poderá em nome da CONTRATADA, comercializar ou gerenciar o Plano de Saúde.

39. Primeiros Socorros - é o conjunto de procedimentos que constitui o primeiro atendimento realizado nos casos de urgência ou emergência.

40. Procedimentos de Alta Complexidade - são aqueles listados em norma da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, consistindo nos únicos procedimentos que, quando referentes à doença ou lesão preexistente, poderão constar de cláusula contratual específica e ter sua cobertura suspensa pelo prazo de até 24 (vinte e quatro) meses.

41. Proposta de Adesão - é o documento preenchido pelo CONTRATANTE que expressa a constituição jurídica entre as partes e firma as condições do contrato.

42. Prótese - é a peça artificial empregada em atos cirúrgicos, em substituição parcial ou total de um órgão ou membro, reproduzindo sua forma e/ou sua função. (Ex:Stent,marca passo)dentre outros em relação especifica cujo ROL atualizado no site da ANS www.ans.gov.br

43. Recursos ou Serviços Contratados, Credenciados ou Referenciados - são aqueles colocados à disposição do beneficiário pela CONTRATADA, para atendimento médico-hospitalar.

44. Recursos Próprios ou Rede Própria

a) hospitalar: todo recurso físico hospitalar de propriedade da CONTRATADA;
b) médica: constituída por profissional credenciado/contratado da CONTRATADA.

45. Rol de Procedimentos - é a lista editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, que referencia os procedimentos básicos obrigatórios, individualizados para as segmentações especificadas (ambulatorial, hospitalar, hospitalar com obstetrícia, odontológica e referência), encontra-se disponível no site www.ans.gov.br.

46. Urgência - atendimentos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional, onde haja diminuição do nível de consciência, dificuldade para respirar, dor intensa e alterações dos sinais vitais.

AEBEL

ASSOCIAÇÃO EVANGÉLICA
BENEFICENTE DE LONDRINA

PLANO DE SAÚDE Hospitalar

Hospital Evangélico DE LONDRINA

CEMITÉRIO PARQUE DAS OLIVEIRAS

PLANO DE SAÚDE
Hospitalar

R. Senador Souza Naves, 1922
86010-020 • Londrina • PR
T. 43 3315.1900 • www.planohospitalar.com.br
ANS 32675-5

Contrato Particular de Prestação de Serviços Médicos, Hospitalares, Serviço de Diagnóstico e Terapia.
Categoria: Individual/Familiar
Nome Comercial: VIDA
Segmentação: Ambulatorial + Hospitalar SEM Obstetrícia
Acomodação: APARTAMENTO
Modalidade: Co-participação de 30%
Abrangência: Local
Registro na Agência Nacional de Saúde: 446.189/03-4

TABELA DE VALORES

PLANO VIDA 30% ACOMODAÇÃO APARTAMENTO SEM OBSTETRÍCIA	
FX ETÁRIA	TITULAR
00 A 18	R$ 290,71
19 A 23	R$ 397,56
24 A 28	R$ 513,33
29 A 33	R$ 534,54
34 A 38	R$ 576,77
39 A 43	R$ 606,00
44 A 48	R$ 722,24
49 A 53	R$ 865,10
54 A 58	R$ 1.030,34
59 OU +	R$ 1.438,76

O CONTRATANTE/TITULAR obriga-se ao pré pagamento mensal para a CONTRATADA,por si e para cada um dos seus dependentes inscritos,de acordo com a faixa etária estabelecida na cláusula 15.3,dos valores vigentes à época da contratação,constantes na proposta de adesão,para efeito de mensalidade e agravos por doenças e lesões pré existentes,obedecida a seguinte tabela de descontos e de acordo com a inscrição e permanência do número de usuários no plano:

Quantidade Usuários por Contrato	Desconto
2 usuários	10,00%
3 usuários	20,00%
4 usuários ou mais	30,00%

Ocorrendo inclusões, dentro das regras estipuladas nas cláusula 6,promovendo acréscimo no número de usuários resultando mudança de faixa etária de desconto,o valor da mensalidades será automaticamente adequado à tabela de desconto,observando o número total de usuários,que somente será admitida por falecimento,separação judicial comprovada,ou perda da condição de dependentes referenciada na clausula 6,em sendo reduzido o número total de beneficiário integrantes do plano para menos de três,resultando mudança para outra faixa de desconto,o valor da mensalidade será automaticamente adequado à tabela de desconto correspondente.

PLANO DE SAÚDE

Hospitalar

CONTRATO

PLANO VIDA

ANS 32675-5

SUMÁRIO

Qualificação da Operadora 04
Local da Prestação de Serviço 04
Padrão de Acomodação 04
Formação do Preço 04
Atributos do Contrato 04
Condições de Admissão 04
Coberturas e Procedimentos Garantidos 05
Exclusões de Cobertura 10
Vigência 11
Períodos de Carência 11
Doenças e Lesões Pré Existentes 12
Urgência e Emergência 14
Mecanismo de Regulação 15
Formação do Preço e Mensalidade 17
Reajuste 18
Faixa Etárias 18
Bônus 19
Das Condições da Perda da Qualidade de Beneficiário 20
Rescisão/Suspensão 20
Outras Disposições 21
Eleição de Foro 24
Glossário 25

PLANO DE SAÚDE Hospitalar

Contrato Particular de Prestação de Serviços Médicos, Hospitalares, Serviço de Diagnóstico e Terapia.
Categoria: Individual/Familiar
Nome Comercial: VIDA
Segmentação: Ambulatorial + Hospitalar sem Obstetrícia
Acomodação: Apartamento
Modalidade: Co-participação de 30%
Abrangência: Local
Registro na Agência Nacional de Saúde: 446.189/03-4

CLÁUSULA I - QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA

1.1. ASSOCIAÇÃO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA - AEBEL, inscrita no CNPJ/MF sob o nº. 78.613.841/0001-61, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS sob o nº. 32675-5, classificada na modalidade Filantropia, com sede à Avenida Bandeirantes n.º 618, Jardim Londrilar, CEP 86015-900, em Londrina - PR, neste ato representada na forma do seu estatuto e doravante denominada simplesmente **CONTRATADA.**

CLÁUSULA II – LOCAL DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

2.1. Os serviços ora contratos serão prestados pelos médicos credenciados,em serviços/recursos próprios,serviços/recursos contratados ou credenciados da CONTRATADA, constante no guia médico específico, a atualização será realizada diariamente e estará disponível na administração da operadora e através do site www.planohospitalar.com.br, para este plano e exclusivamente dentro da sua área de atuação compreendendo a localidade de **Londrina.**

CLÁUSULA III - PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

3.1. O tipo de acomodação hospitalar oferecida pelo plano é privativo padrão Apartamento
Não havendo disponibilidade de leito hospitalar contratado nos estabelecimentos próprios ou credenciado pela Operadora, é garantido ao beneficiário acesso à acomodação, em nível superior, sem ônus adicional, conforme artigo 33 da Lei 9.656/98.

CLÁUSULA IV- FORMAÇÃO DO PREÇO

4.1 Os valores a serem pagos pela cobertura assistencial contratada são **pré-estabelecidos.**

CLÁUSULA V – ATRIBUTOS DO CONTRATO

5.1. O presente contrato tem por objeto a prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais na forma de plano privado de assistência à saúde prevista no inciso I, do art. 1º, da Lei 9.656/98, visando à Assistência Médica Hospitalar com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, e do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento.

5.2. Este instrumento tem as características de contrato de adesão, bilateral, que gera direitos e obrigações para ambas as partes, na forma do Código Civil Brasileiro, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

CLÁUSULA VI – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

6.1. O presente contrato se caracteriza pela contratação INDIVIDUAL sendo aquele que oferece cobertura da

atenção prestada para a livre adesão de beneficiários, pessoas naturais, com ou sem grupo familiar.

6.2. Em face de o CONTRATANTE ter a faculdade de incluir seus dependentes ou grupo familiar, este plano também é caracterizado como FAMILIAR.

6.3. Para efeitos deste instrumento, o CONTRATANTE é o beneficiário titular e/ou responsável financeiro.

6.3.1. Os beneficiários dependentes são aqueles com grau de parentesco ou afinidade e dependência econômica em relação ao beneficiário titular

6.4. Podem ser inscritos como beneficiários dependentes aqueles que mantenham com o CONTRATANTE uma das seguintes relações:

a) Cônjuge;
b) Filhos solteiros, até 24 anos incompletos;
c) Enteado, o menor sob a guarda por força de decisão judicial e o menor tutelado.
d) Convivente, havendo união estável na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial;
e) Filhos comprovadamente inválidos definitivamente;

6.5. O plano firmado para os dependentes não poderá ser diferente daquele em que o beneficiário titular estiver inscrito;

6.6. A inclusão do beneficiário titular e respectivos dependentes será processada por meio da Proposta de Adesão, que integra este contrato para todos os fins de direito e com entrega da cópia dos respectivos documentos: CPF/MF, carteira de identidade (RG), comprovante de residência, certidão de nascimento/ certidão de casamento,título de eleitor,cartão nacional de saúde,e posteriores exigidos pela regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

6.7. Fica assegurada a inclusão:

6.7.1. Do recém-nascido, filho natural ou adotivo, como dependente, com isenção de carência, sendo vedada qualquer alegação de DLP ou aplicação de CPT ou Agravo, e desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 dias do nascimento pelo plano ou da adoção:

6.7.1.1. Do recém-nascido e/ou filho adotivo, menor de 12 (doze) anos, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo beneficiário titular/adotante;

6.7.2. Ultrapassados os prazos para inclusão, previstos nos itens acima, os novos beneficiários cumprirão integralmente as carências previstas na cláusula específica;

6.7.3. Por ocasião de nova contratação, observar-se-ão os valores de comercialização da tabela vigente na data da adesão ao plano Individual ou Familiar.

6.7.4. O dependente que vier a perder a condição de dependência poderá assinar contrato em seu próprio nome, em até 30 (trinta) dias a contar da data da perda do direito como beneficiário dependente, aproveitando as carências já cumpridas neste contrato.

CLÁUSULA VII - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

7.1. As coberturas assistenciais asseguradas neste contrato, para todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde e para todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, compreendem atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares, serviços auxiliares de diagnóstico, terapia e atendimentos de urgência

e emergência, realizados em unidades hospitalares, próprias ou contratadas, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, e suas atualizações, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vigente na data do evento, observados os limites, prazos de carências, condições estabelecidas neste contrato e as seguintes peculiaridades:

7.1.1. A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais priorizará o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando-se a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e de acordo com indicação do médico assistente.

7.1.2. Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10º Revisão - CID - 10, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas, estão obrigatoriamente cobertos por este instrumento.

7.2. O presente instrumento assegura o atendimento independente da circunstância e do local de ocorrência do evento, respeitadas a segmentação, a área de atuação e abrangência, a rede de prestadores de serviços contratada, credenciada ou referenciada da operadora de plano privado de assistência à saúde e os prazos de carência estabelecidos neste contrato.

7.3. Os procedimentos necessários ao tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas, decorrentes de procedimentos não cobertos pelo presente instrumento têm cobertura obrigatória quando constarem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, respeitadas as segmentações, os prazos de carência e Cobertura Parcial Temporária – CPT.

7.4. Os procedimentos necessários ao seguimento de eventos excluídos da cobertura, como internação em leito de terapia intensiva após transplante não coberto, não são considerados tratamento de complicações, mas parte integrante do procedimento inicial, não havendo obrigatoriedade de sua cobertura por parte das operadoras de planos de assistência à saúde.

7.5. Fica assegurado que os procedimentos garantidos pela legislação vigente serão de cobertura obrigatória quando solicitados pelo médico assistente, com exceção dos procedimentos odontológicos e dos procedimentos vinculados aos de natureza odontológica – aqueles executados por cirurgião-dentista ou os recursos, exames e técnicas auxiliares necessários ao diagnóstico, tratamento e prognóstico odontológicos, que poderão ser solicitados ou executados diretamente pelo cirurgião dentista.

7.6. O presente instrumento cobre os atendimentos nos casos de planejamento familiar listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento e conforme a segmentação assistencial contratada, incluindo:

- atividades educacionais;
- consultas de aconselhamento para planejamento familiar;
- atendimento clínico;
- implante de dispositivo intra-uterino (diu) hormonal incluindo o dispositivo.

7.7. A participação de profissional médico anestesiologista nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento terá sua cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínica.

7.8. Está garantida a cobertura dos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho, respeitadas as segmentações contratadas.

7.9. Da Cobertura Ambulatorial

7.9.1. A segmentação ambulatorial assegura atendimentos realizados em consultório ou em

ambulatório, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, 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 unidade de terapia intensiva e unidades similares.

7.9.2. Estão cobertas consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM, de acordo com a rede credenciada da CONTRATADA.

7.9.3. Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação.

7.9.4. Cobertura de consulta e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento e nas Diretrizes de Utilização, conforme indicação do médico assistente.

7.9.5. Está coberta a psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento e nas Diretrizes de Utilização, que poderão ser realizados tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme indicação do médico assistente.

7.9.6. Garantia de cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente.

7.9.7. Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais:

a) Hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;
b) Quimioterapia oncológica ambulatorial;
c) Radioterapia ambulatorial;
d) Procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais;
e) Hemoterapia ambulatorial; e
f) Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

7.9.8. Este contrato compreende cobertura de atendimentos caracterizados como de urgência e emergência conforme previsto no presente instrumento jurídico.

7.9.9. Está assegurada a cobertura de remoção por ambulância dentro da área de abrangência geográfica desse contrato, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao paciente ou pela necessidade de internação.

7.9.10. Garantia de cobertura de medicamentos registrados/regularizados na ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época.

7.10. Da Cobertura Hospitalar Sem Obstetrícia

7.10.1. A segmentação hospitalar assegura a cobertura dos atendimentos realizados em todas as

modalidades de internação hospitalar e os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência.

7.10.2. Coberturas de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM;

7.10.3. Acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional na indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou contratados pelo plano.

7.10.4. Cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente.

7.10.5. Garantia de cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação conforme previsto mais adiante neste instrumento.

7.10.6. Cobertura do atendimento por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico assistente e desde que o procedimento esteja previsto no Rol de Procedimentos da ANS e o profissional seja pertencente ao quadro de rede credenciada da CONTRATADA.

7.10.7. Cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, previstos no Rol de Procedimentos da ANS, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar.

7.10.8. Cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados desde que vinculados à internação coberta pelo presente instrumento e enquanto a mesma durar.

7.10.9. Cobertura de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, nos termos da legislação vigente.

7.10.9.1. A classificação dos diversos materiais utilizados pela medicina no país como órteses ou próteses deverá seguir lista a ser disponibilizada e atualizada periodicamente no endereço eletrônico da ANS na Internet (www.ans.gov.br).

7.10.10. Cobertura para remoção do beneficiário, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro.

7.10.11. Cobertura de despesas relativas a um acompanhante, que incluem:

a) Acomodação e alimentação necessárias à permanência do acompanhante para beneficiários menores de dezoito anos; e

b) Acomodação e alimentação, conforme indicação do médico ou cirurgião-dentista assistente, para beneficiários idosos com idade igual ou superior a sessenta anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais.

7.10.12. Cobertura dos procedimentos cirúrgicos crânio-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar, realizados por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar.

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

7.10.14. Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:

a) Hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;
b) Quimioterapia oncológica ambulatorial;
c) Radioterapia ambulatorial e hospitalar;
d) Hemoterapia;
e) Nutrição parenteral ou enteral;
f) Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
g) Embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
h) Radiologia intervencionista;
i) Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
j) Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
l) Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época evento, exceto fornecimento de medicação de manutenção.

7.10.15. Cobertura de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, reconhecidos pela medicina no país, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer, conforme protocolos clínicos e indicação do médico assistente.

7.10.16. Cobertura de cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.

7.10.17. Cobertura de todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas.

7.10.18. Cobertura de hospital-dia para transtornos mentais, de acordo com as Diretrizes de Utilização emitidas pela ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar.

7.10.19. Cobertura de transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, e dos procedimentos a eles vinculados, observada a legislação específica vigente.

7.10.20. O presente instrumento assegura que os candidatos a transplante de órgãos e tecidos provenientes de doador cadáver deverão obrigatoriamente estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDO e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de seleção.

7.10.21. 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 de autorização e cadastro junto ao Sistema Nacional de Transplante - SNT.

7.10.22. São competências privativas das CNCDO, dentro das funções de gerenciamento que lhes são atribuídas pela legislação em vigor:

I - determinar o encaminhamento de equipe especializada; e

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

7.10.23. Está garantida a cobertura de transplantes listados no Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e dos procedimentos a eles vinculados, incluindo:

a) as despesas assistenciais com doadores vivos;

b) os medicamentos utilizados durante a internação;

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

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

7.10.24. Nos casos de TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS, o atendimento ocorrerá da seguinte maneira:

- Custeio integral de até 30 (trinta) dias de internação;
- Nas internações psiquiátricas a partir do 31° (trigésimo primeiro) dia de internação, por ano de contrato, com co-participação do Beneficiário de 30%(trinta por cento),e será observados os tetos estabelecidos nos normativos vigentes da época; Esse percentual de co-participação equivalerá ao máximo admitido por norma editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que estiver vigente à época da contratação do seguro.
- A cobertura do tratamento em regime de hospital dia deverá se dar de acordo com as diretrizes estabelecidas nos normativos vigentes.

CLÁUSULA VIII - EXCLUSÕES DE COBERTURA

8.1. Em conformidade com o previsto no art. 10 da Lei 9.656/98, respeitadas as coberturas mínimas obrigatórias previstas no seu art. 12 e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, e suas atualizações, editados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e estará disponível através do site www.ans.gov.br, dentro da segmentação assistencial deste contrato, fica permitida a exclusão de:

a) Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;

b) Tratamento procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;

c) Tratamento inseminação artificial;

d) Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;

e) Tratamento de fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados;

f) Tratamento de fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde - CITEC;

g) Tratamento de fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;

h) Tratamento de fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;

i) Tratamento de tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

j) Tratamento de casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;

k) Tratamento de estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;

l) Tratamento de consultas domiciliares;

m) Tratamento de cirurgias para mudança de sexo;

n) Tratamento de produtos de toalete e higiene pessoal, serviços telefônicos ou qualquer outra despesa

que não seja vinculada à cobertura deste contrato;
o) Tratamento de procedimentos, exames e tratamentos realizados fora da área de abrangência contratada, bem como das despesas decorrentes de serviços médicos hospitalares prestados por médicos não credenciados ou entidades não credenciadas a Operadora, à exceção dos atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, que poderão ser realizados por médicos e serviços não credenciados e, posteriormente, reembolsados na forma e termos previstos neste contrato;
p) Tratamento de enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar;
q) Tratamento de aplicação de vacinas;
r) Tratamento de exames para piscina ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
s) Tratamento de aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
r) Tratamento de consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de emergência ou urgência, bem como remoção domiciliar, salvo nos casos de internação domiciliar oferecida pela operadora em substituição à internação hospitalar;
t) Tratamento transplantes, exceto os de córnea e rim e os transplantes autólogos;
u) Tratamento de procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior;
v) Tratamento de investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;
x) Tratamento de procedimentos não relacionados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento; e
z) Tratamento de especialidade médica não reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina.

8.2. O presente instrumento não assegura a assistência pré-natal, compreendendo os exames complementares (ultrassons obstétricos, tococardiograma) necessários; assistência cirúrgica ou não ao parto e puerpério.

CLÁUSULA IX – DA VIGÊNCIA

9.1. Será considerado como início de vigência contratual a data da assinatura da proposta de adesão, da assinatura do instrumento jurídico em si ou a data de pagamento da mensalidade inicial, o que ocorrer primeiro, de forma a não haver prorrogação indevida dos prazos de carência.

9.2. O presente instrumento possui prazo de vigência mínima de um ano, com renovação automática por prazo indeterminado, sendo vedada a cobrança de taxa ou qualquer outro valor.

9.3. É vedada a recontagem de carências por ocasião da renovação contratual.

CLÁUSULA X - PERÍODOS DE CARÊNCIA

10.1. As carências explicitadas neste contrato serão contadas da **data de assinatura da proposta de admissão, ou da data de assinatura do contrato, ou ainda partir do pagamento da mensalidade inicial, o que ocorrer primeiro,** sendo assim especificadas:

a) 24 (vinte quatro) horas para atendimentos de urgência e emergência decorrente de acidentes pessoais.
b) 180 (cento e oitenta) dias para consultas medicas,exames de patologia clínica simples.
c) 180 (cento e oitenta) dias para demais exames complementares, **exceto os descritos na letra "E" desta cláusula**.
d) 180 (cento e oitenta) dias para procedimento de reabilitação e fisioterapia.
e) 180 (cento e oitenta) dias para procedimentos clínicos ou cirúrgicos (tanto em regime ambulatorial como de internação), bem como para tomografia computadorizada, ressonância magnética, neuro-radiologia, angiografia visceral, periférica, radiologia intervencionista e hemodinâmica.
f) 180 (cento e oitenta) dias para hemodiálise e diálise,quimioterapia e radioterapia.
g) 24 (vinte quatro) meses para cobertura parcial temporária de cirurgias,leito de alto tecnologia e procedimento de alta complexidade conforme previsto nas resoluções editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar com relação ás doenças ou lesões pré existentes informadas pelo usuário

na declaração de saúde,na entrevista qualificada ou identificadas por outros meios no decorrer da vigência do contrato que eram de conhecimento prévio do usuário que foram do usuário que foram omitidas pelo mesmo por ocasião da contratação,sem que o Contratante tinha feito a opção por agravo da mensalidade para cobertura destas doenças e lesões na data da contratação.

10.2. As carências acima poderão ser reduzidas passando a valer aquelas a ser formalizado em anexo específico integrante deste contrato.

10.3. As despesas decorrentes da utilização dos serviços durante o período de carência serão de responsabilidade única e exclusiva do CONTRATANTE.

10.4. Para as inclusões de beneficiários posteriores à assinatura do Contrato, a contagem do prazo de carência iniciar-se-á na data de assinatura da Proposta de Admissão/adesão pelo beneficiário.

CLÁUSULA XI - DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

11.1. Das definições legais:

Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP) são 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 9656/98, o inciso IX do art. 4º da Lei nº 9961/00 e as diretrizes estabelecidas em Resolução específica da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

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 os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.

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 (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.

11.2. É condição para inscrição de beneficiários, no ato da assinatura do contrato ou para inclusões posteriores, o preenchimento da **Declaração de Saúde.**

11.3. O beneficiário titular está obrigado, por ocasião da contratação, a informar, por si e por seus dependentes, ser conhecedor ou não da condição de portador ou sofredor de doença ou lesão preexistente àquela data.

11.4. A informação será prestada, através de **Declaração de Saúde**, cujo formulário é parte integrante deste contrato, facultada aos beneficiários a realização de **Entrevista Qualificada** com um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados ou referenciados pela contratada, sem nenhum ônus para o beneficiário, ou, a critério do beneficiário, com um médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da contratada, assumindo, neste caso, as despesas daí decorrentes.

11.5. O objetivo da **Entrevista Qualificada** é orientar o beneficiário para o correto preenchimento da **Declaração de Saúde**, onde são declaradas as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.

11.6. As informações prestadas na **Declaração de Saúde** serão protegidas pela CONTRATADA sendo vedada sua divulgação ou fornecimento a terceiros, não envolvidos na prestação dos serviços assistenciais, sem a

anuência expressa do beneficiário, ressalvados os casos previstos na legislação em vigor.

11.7. A CONTRATADA, no momento da contratação, poderá optar pela realização de **Perícia Prévia**, com a concordância plena do beneficiário, cujo objetivo principal é identificar a existência de doenças ou lesões preexistentes, bem como de solicitar documentação probatória de quaisquer informações do beneficiário constantes em sua **Declaração de Saúde**. Neste caso, fica vedada a alegação de omissão de informação de DLP quando realizado qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário pela CONTRATADA, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.

11.8. Caso a CONTRATADA opte pelo não oferecimento de cobertura total e havendo constatação da existência de lesão ou doença preexistente que possa gerar a necessidade de eventos cirúrgicos, do uso de leitos de alta tecnologia ou de procedimentos de alta complexidade, nos termos da regulamentação específica, será oferecida ao beneficiário a opção de **Cobertura Parcial Temporária - CPT**, pelo prazo máximo de 24 (vinte e quatro) meses, sendo facultado à CONTRATADA o oferecimento de cláusula de Agravo, como opção a Cobertura Parcial Temporária – CPT, sem prejuízo do cumprimento dos prazos de carência.

11.8.1. Na hipótese de Cobertura Parcial Temporária, a CONTRATADA somente poderá suspender a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta tecnologia e os procedimentos de alta complexidade, quando relacionados exclusivamente à Doença ou Lesão Preexistente.

11.9. A opção entre a **Cobertura Parcial Temporária – CPT**, ou Agravo, deverá figurar em declaração expressa e específica, que fará parte integrante do presente contrato.

11.10. Nos casos em que a opção seja pelo Agravo, o valor correspondente ao agravamento, bem como seu período de vigência, serão previamente informados e será objeto de Termo Aditivo, ficando uma via para cada um dos contratantes.

11.11. Caso sejam identificados indícios de fraude, referente à omissão de conhecimento de doenças e lesões preexistentes por ocasião da contratação ou adesão ao plano, a CONTRATADA comunicará imediatamente ao consumidor beneficiário sendo oferecida a opção de **Cobertura Parcial Temporária – CPT**, facultada à CONTRATADA a opção do **Agravo**. Caso não haja concordância do beneficiário com a alegação, a CONTRATADA encaminhará a documentação pertinente à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, que efetuará o julgamento da alegação de informação de omissão na declaração de saúde. Se solicitado, o beneficiário deverá remeter ao Órgão Regulador toda a documentação necessária para a instrução do processo.

11.12. Caso seja aberto o **Processo Administrativo** junto ao Órgão Regulador (ANS), para julgamento da alegação de informação de omissão de doença ou lesão preexistente, não será permitida, sob qualquer alegação, a negativa de cobertura assistencial, assim como a suspensão ou rescisão unilateral de contrato, até a publicação pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS do encerramento do **Processo Administrativo.**

11.13. Se comprovada junto à Agência Nacional de Saúde - ANS a omissão de doença ou lesão preexistente, o beneficiário será responsável pelo pagamento das despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão omitida, a partir da data em que tiver recebido comunicado ou notificação da CONTRATADA alegando a existência de doença ou lesão preexistente não declarada.

11.14. A CONTRATADA poderá comprovar o conhecimento prévio do consumidor sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão, durante o período de 24 (vinte e quatro) meses, podendo a omissão dessa informação ser considerada comportamento fraudulento, considerando:

11.14.1. À CONTRATADA caberá o ônus da prova;

11.14.2. A CONTRATADA poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação,

dentro dos princípios da ética e legalidade.

11.15. Não haverá exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de contratação do plano de saúde após 24 (vinte e quatro) meses de vigência da contratação, cabendo à CONTRATADA o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do beneficiário.

11.16. Não haverá suspensão da assistência à saúde do beneficiário, titular ou dependente, até a prova do conhecimento prévio do mesmo.

CLÁUSULA XII - URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

12.1. Das definições legais:

Emergência: atendimentos que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, com alterações severas dos sinais vitais, caracterizado em declaração do médico assistente.

Urgência: atendimentos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional, onde haja diminuição do nível de consciência, dificuldade para respirar, dor intensa e alterações dos sinais vitais.

12.2. A cobertura dos procedimentos em situações de emergência ou urgência que implicar em risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis para o beneficiário, incluindo os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional, reger-se-á pela garantia da atenção e atuação no sentido da preservação da vida, órgãos e funções.

12.3. A CONTRATADA garantirá os atendimentos decorrentes de acidentes pessoais, sem restrições, depois de decorridas 24 horas de vigência do contrato.

12.4. A cobertura será prestada por 12 (doze) horas ou, caso surja a necessidade de internação, por período inferior, para:

I - os atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, durante o cumprimento dos períodos de carência;

II - os atendimentos de urgência e emergência, quando efetuados no decorrer dos períodos de carência para internação; e

III - os casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia ou procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças ou lesões preexistentes.

12.5. Após cumpridas as carências, haverá cobertura dos atendimentos de urgência e emergência desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções.

DA REMOÇÃO

12.6. A remoção do paciente será garantida pela CONTRATADA nas seguintes hipóteses:

I - para outra unidade de atendimento da rede do plano, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente; e

II - para uma unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, quando houver o limite de 12 (doze) horas de atendimento, nas hipóteses citadas acima, e este for atingido ou surgir a necessidade de internação.

Da Remoção para o SUS:

12.7. À CONTRATADA caberá o ônus e a responsabilidade da remoção do beneficiário para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento.

12.8. Quando não puder haver 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.

12.9. A CONTRATADA deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS.

12.10. Se o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade que, ainda que pertencente ao SUS, não disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento, ficará a CONTRATADA desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

Reembolso de despesas nas urgências/emergências:

12.11. Nos casos de urgência e emergência em que o usuário não puder utilizar os serviços próprios ou credenciados indicados na relação fornecida pela HOSPITALAR,dentro da área geográfica de abrangência do plano,serão reembolsadas as despesas cobertas pelo plano contratado.

12.12. O reembolso será efetuado tendo como base os valores vigentes na data de atendimento, de acordo com os seguintes critérios:

a) Honorários médicos e serviços complementares de diagnóstico e tratamento, serão reembolsados tendo com base o valor do procedimento correspondente na tabela praticada pelo HOSPITALAR junto à sua rede credenciada, a tabela estará disponível na administração da operadora;

b) Despesas hospitalares serão reembolsadas tendo como base a Tabela de procedimentos do Hospital Evangélico de Londrina para categoria CONVÊNIO, até o valor máximo nela constante para o procedimento correspondente ao efetuado ao beneficiário, a tabela estará disponível na administração da operadora;

c) Medicamentos e materiais serão reembolsados de acordo com a média de mercado na área de abrangência do plano contratado, á data do atendimento, a tabela estará disponível na administração da operadora.

12.13. O reembolso será pago no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da apresentação dos seguintes documentos originais que, posteriormente, serão disponibilizados para devolução pelo período de 6(seis) meses subsequentes ao pagamento, na hipótese do pagamento não ser integral.

12.14. Somente serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao beneficiário, enquanto perdurou o estado de urgência ou emergência. O beneficiário perderá o direito ao reembolso decorridos 90 (noventa) dias contados da data do evento.

12.15. O reembolso será realizado pelos valores apurados na categoria CONVÊNIO, independentemente do atendimento de urgência ou emergência, ter sido efetuado na categoria particular, podendo,em razão disso, haver diferenças entre valor desembolsado pelo contratante e o valor a ser reembolsado pelo HOSPITALAR. Os valores excedentes aos fixados para categoria CONVÊNIO, serão de INTEIRA RESPONSABILIDADE do contratante independente da caracterização de urgência e emergência.

12.16. Do valor total do reembolso serão deduzidos os percentuais da co-participação,quando for o caso,a que estaria sujeito o Contratante caso fosse utilizada a rede credenciada do HOSPITALAR, nos valores e limites previstos neste contrato.

CLÁUSULA XIII - MECANISMO DE REGULAÇÃO

13.1. Os beneficiários obrigam-se a fornecer ao prestador do serviço, o Cartão de Identificação de Beneficiário dentro do prazo de validade, emitido pela CONTRATADA, documento de identidade e/ou caso exista, permitir a identificação por tecnologia digital.

13.2. As internações hospitalares serão processadas mediante Guia de Internação, solicitadas pelo médico assistente em favor do beneficiário, que será disponibilizada para análise da CONTRATADA para concessão de sua autorização.

13.3. O prazo de internação, fixado pela CONTRATADA, constará da guia expedida e corresponderá à média de dias utilizados para casos idênticos, ou ainda, contemplará aquele definido pelo médico assistente.

13.4. Excetuando-se os casos de urgência e emergência, os demais serviços serão prestados mediante autorização prévia da CONTRATADA;

13.4.1. Nos casos de urgência ou emergência, o beneficiário, ou quem por ele responda, terá até o segundo dia útil, subseqüente à data do evento, para providenciar a respectiva autorização do procedimento, mediante solicitação devidamente fundamentada, carimbada e assinada pelo médico assistente;

13.4.2. Haverá tolerância para os casos de comprovada impossibilidade de cumprimento do prazo acima disposto;

13.4.3. Caso o prestador se proponha a providenciar a autorização, caberá à CONTRATADA verificar se foram respeitados os prazos limites;

13.4.4. Nos procedimentos que exigem autorização prévia, a CONTRATADA providenciará a autorização para o procedimento em no máximo estipulados pela legislação vigente editadas pela Agência Nacional de Saúde, a partir do protocolo da solicitação ou, em prazo inferior quando caracterizado caso de urgência e/ou emergência.

13.5. Nos casos de transferência para leitos de alta tecnologia, eventos cirúrgicos em beneficiários internados para tratamento clínico e realização de procedimentos de alta complexidade será necessária a autorização prévia pela CONTRATADA, mesmo que o paciente já se encontre internado, salvo nas urgências e/ou emergências intercorrentes, quando então poderá ser solicitada posteriormente, no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas.

13.5.1. A inobservância dos prazos acima, caso não haja justificativa plausível, reserva à CONTRATADA o direito de não se responsabilizar pelo pagamento das despesas decorrentes.

13.6. As despesas extraordinárias realizadas pelo paciente e/ou acompanhante, não relacionadas diretamente com o tratamento, serão de sua inteira responsabilidade, sendo pagas diretamente à entidade hospitalar.

13.6.1. São consideradas como despesas extraordinárias: medicamentos não prescritos pelo médico assistente, produtos de toalete e higiene pessoal e alimentos que não sejam servidos pela instituição;

13.7. Comprovada a indevida utilização de serviços, estes serão de responsabilidade exclusiva do CONTRATANTE, ainda que o ato tenha sido praticado sem o seu conhecimento, ficando estabelecido que os comprovantes das despesas decorrentes deste fato poderão constituir dívida líquida, certa e exigível, caracterizando título extrajudicial capaz de autorizar o seu protesto ou a sua execução judicial.

13.8. Os serviços serão prestados por intermédio do médico assistente e de rede própria ou contratada, básica

ou especializada, direta ou indiretamente, de acordo com a área geográfica do contrato. Salienta-se que não haverá restrição aos não pertencentes à rede própria ou contratualizada da operadora referenciados/cooperados/ credenciados.

13.9. No ato da contratação será entregue ao CONTRATANTE o Guia de Serviços de Saúde, editado pela CONTRATADA, informando a relação de seus prestadores, médicos credenciados, hospitais e clínicas, devendo, entretanto, o beneficiário, ao utilizar-se dos serviços, confirmar as informações pelo site da CONTRATADA, em razão do processo dinâmico do quadro da rede contratada e/ou credenciada, direta e indiretamente, de acordo com a área de abrangência contratada.

13.10. A CONTRATADA reserva-se no direito de rescindir o contrato com qualquer participante da sua rede assistencial, bem como de contratar novos serviços, a seu exclusivo critério, sempre mantendo a qualidade da prestação dos serviços previstos neste instrumento.

13.10.1. As alterações da rede hospitalar cumprirão o disposto no art. 17 da Lei nº. 9.656/98 ou seja, as substituições serão comunicadas aos CONTRATANTES e à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS com antecedência de 30 (trinta) dias. A redução de serviços hospitalares, com propósito de redimensionamento da rede, somente ocorrerá mediante prévia solicitação e autorização expressa da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e também, será informado ao CONTRATANTE.

13.11. Havendo utilização nos eventos abaixo será devida participação do beneficiário no custeio da despesa assistencial, através dos mecanismos de co-participação, de acordo com o que segue:

13.12. Os valores das despesas decorrentes da utilização dos procedimentos constantes na cobertura ambulatorial serão cobrados **30% (trinta por cento)** tendo como base a tabela referência da operadora, e a tabela estará disponível na administração da operadora, até os limites máximos de co-participação de **R$ 165,00 (centro e sessenta e cinco reais)** por procedimento.

13.13. O reajuste do valor do limite máximo de co-particapação de R$ 165,00 (cento e sessenta e cinco reais) por procedimento para inscritos no plano Apartamento,será realizado anualmente no mesmo mês e com o mesmo índice autorizado para reajuste da taxa de manutenção do presente contrato

13.14. Fica estabelecido que é devida a co-participação em todos os procedimentos constantes da Cobertura Ambulatorial.

13.15. As internações de beneficiários **portadores de transtornos psiquiátricos** estão sujeitas à co-participação pecuniária no total das despesas, a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação, de acordo com o número de dias de internação, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, para o respectivo paciente.

13.15.1. Portanto haverá o custeio parcial, a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação, por ano de contrato, não cumulativos, contínuos ou não, em hospital psiquiátrico ou em unidade Apartamento psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise, através de co-participação de 30% (trinta por cento) observados os tetos estabelecidos nos normativos vigentes à época e não podendo caracterizar o financiamento integral da internação.

13.15.1.1. Os percentuais e valores estabelecidos neste contrato serão calculados sobre os valores fixados na Tabela Referencial da CONTRATADA e respeitarão os tetos estipulados nos normativos editados pela ANS vigentes à época;

13.15.1.2. O montante devido da co-participação integrará as contraprestações subseqüentes ao mês do evento, porém, será discriminado.

13.16. A CONTRATADA fornecerá, sempre que solicitado pelo beneficiário, laudo circunstanciado, bem como cópia de toda a documentação relativa às questões de impasse que possam surgir no curso do contrato, decorrente da utilização dos mecanismos de regulação.

13.17. Para as situações que implicarem em divergências nas regras de regulação, fica assegurado o atendimento ao beneficiário por profissional técnico, no prazo máximo de 1 (um) dia útil, a partir do momento da solicitação ou em prazo inferior quando caracterizada a urgência.

13.18. Nas situações de divergências a respeito de autorização prévia, a definição do impasse será feita através de Junta constituída pelo médico solicitante ou nomeado pelo beneficiário, por médico auditor da CONTRATADA e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais anteriores, cuja remuneração ficará a cargo da CONTRATADA.

CLÁUSULA XIV - FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

14.1. Para efeitos deste contrato, os valores previstos para contraprestação serão de forma PRÉ-ESTABELECIDA.

14.2. Como contraprestação mensal, os valores estão expressos na tabela comercial constante do **ANEXO I**, parte integrante deste instrumento, de acordo com a idade de cada beneficiário.

14.2.1. Todos os pagamentos serão realizados diretamente à CONTRATADA, por meio de boleto bancário, não tendo o profissional médico ou qualquer outro prestador, autorização para recebimento ou negociação de valores em nome da CONTRATADA.

14.2.2. Eventuais valores de co-participação em internações decorrentes de transtornos psiquiátricos deverão ser liquidados da mesma forma que as mensalidades, pois delas farão parte, e serão cobrados subsequentes ao mês do atendimento.

14.3. Quando a data de vencimento cair em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser realizado até o primeiro dia útil subsequente.

14.4. Se o CONTRATANTE não receber o documento que possibilite realizar o pagamento de sua obrigação, até 05 (cinco) dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente na sede da CONTRATADA ou por meio do site www.planohospitalar.com.br, para que não se sujeite às consequências da mora.

14.5. Ocorrendo impontualidade no pagamento da mensalidade, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento), além de multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado, e ainda, conforme o caso, cobrança judicial, ressarcimento por perdas e danos, honorários advocatícios e reembolso de custas judiciais, sem prejuízo do direito da CONTRATADA inscrever o nome do inadimplente nos cadastros de restrição ao crédito (SPC e SERASA) e ou protestar o contrato.

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

14.7. O pagamento da contraprestação pecuniária referente a um determinado mês não implica na quitação de débitos anteriores.

CLÁUSULA XV – REAJUSTE

15.1. O reajuste ocorrerá anualmente, a partir da data de aniversário do contrato, sendo que índice de reajuste a ser aplicado nas contraprestações, e nos valores de co-participação deste contrato está sujeito à obediência ao índice autorizativo da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS (Órgão Regulador).

15.2. Caso nova legislação venha a autorizar o reajustamento em período inferior a 12 (doze) meses, a mesma terá aplicação imediata sobre este contrato.

15.3. Fica estabelecido que os valores relativos às inclusões de dependentes terão o primeiro reajuste integral, independentemente da variação da faixa etária, na data de aniversário de vigência do presente contrato e mediante autorização da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, entendendo-se como data base única, independente da data de inclusão do beneficiário dependente.

CLÁUSULA XVI - FAIXAS ETÁRIAS

16.1. As mensalidades são estabelecidas de acordo com a faixa etária em que cada beneficiário inscrito esteja enquadrado. Ocorrendo alteração na idade de qualquer dos beneficiários que importe em deslocamento para a faixa etária superior, a contraprestação pecuniária será aumentada automaticamente, no mês seguinte ao do aniversário do beneficiário.

16.2. As faixas etárias para os fins deste contrato são:
1ª FAIXA Até 18 (dezoito) anos
2ª FAIXA 19 a 23 (dezenove a vinte e três) anos
3ª FAIXA 24 a 28 (vinte e quatro a vinte e oito) anos
4ª FAIXA 29 a 33 (vinte e nove a trinta e três) anos
5ª FAIXA 34 a 38 (trinta e quatro a trinta e oito) anos
6ª FAIXA 39 a 43 (trinta e nove a quarenta e três) anos
7ª FAIXA 44 a 48 (quarenta e quatro a quarenta e oito) anos
8ª FAIXA 49 a 53 (quarenta e nove a cinquenta e três) anos
9ª FAIXA 54 a 58 (cinquenta e quatro a cinquenta e oito) anos
10ª FAIXA A partir de 59 (cinquenta e nove) anos

16.3. Variação do valor da mensalidade em decorrência da mudança de faixa etária corresponderá aos percentuais abaixo, que incidirão sobre o preço então pago na faixa etária anterior, **e não se confundem** com o reajustamento pela variação de custo (mensalidades):

MUDANÇA DE FAIXAS REAJUSTE (%)
Da 1ª para 2ª Faixa 36,76%
Da 2ª para 3ª Faixa 29,12%
Da 3ª para 4ª Faixa 4,13%
Da 4ª para 5ª Faixa 7,90%
Da 5ª para 6ª Faixa 5,07%
Da 6ª para 7ª Faixa 19,18%
Da 7ª para 8ª Faixa 19,78%
Da 8ª para 9ª Faixa 19,10%
Da 9ª para 10ª Faixa 39,64%

16.4. Os beneficiários com **mais de 59 (cinqüenta e nove) anos de idade** não sofrerão reajustes por mudança de faixa etária, mas permanecerão os reajustes anuais, ou conforme determinar a legislação pertinente, pela variação de custo.

16.5. Os percentuais de variação entre cada faixa etária sempre observará os valores fixados para a última faixa que não poderá ser superior a 6 (seis) vezes o valor da primeira faixa e, a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

CLÁUSULA XVII – BÔNUS

17.1. O CONTRATANTE/TITULAR obriga-se ao pré pagamento mensal para a CONTRATADA,por si e para cada um dos seus dependentes inscritos,de acordo com a faixa etária estabelecida na cláusula 15.3,dos valores vigentes à época da contratação,constantes na proposta de adesão,para efeito de mensalidade e agravos por doenças e lesões pré existentes,obedecida a seguinte tabela de descontos e de acordo com a inscrição e permanência do número de usuários no plano:

Quantidade Usuários por Contrato	Desconto
2 usuários	**10,00%**
3 usuários	**20,00%**
4 usuários ou mais	**30,00%**

17.2. Ocorrendo inclusões,dentro das regras estipuladas nas cláusula 6, promovendo acréscimo no número de usuários resultando mudança de faixa etária de desconto,o valor da mensalidades será automaticamente adequado à tabela de desconto, observando o número total de usuários, que somente será admitida por falecimento, separação judicial comprovada, ou perda da condição de dependentes referenciada na clausula 6,em sendo reduzido o número total de beneficiário integrantes do plano para menos de três, resultando mudança para outra faixa de desconto, o valor da mensalidade será automaticamente adequado à tabela de desconto correspondente.

CLÁUSULA XVIII – DAS CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

18.1. Perderá a condição de beneficiário e será excluído do plano:

18.1.1. O beneficiário titular que solicitar por escrito sua exclusão, ou do(s) seu(s) dependente(s);

18.1.2. O beneficiário dependente que por qualquer motivo deixar de atender as condições exigidas para sua inscrição, sendo:

18.1.2.1. Perda da condição de cônjuge ou convivente;

18.1.2.2. Aquisição da maioridade;

18.1.2.3. Perda da condição de dependência econômica;

18.1.2.4. Infrações ou fraudes com o objetivo de obter vantagens ilícitas.

18.1.2.5. Perda por morte

18.1.3. As perdas da condição de dependência nos itens deve ser comunicado pelo titular, em até 30 dias do evento que ocasionou a perda, sob pena de em não o fazendo ser devido pelo titular o valor equivalente a um novo contrato similar ao presente.

18.2. A extinção do vínculo do beneficiário titular do plano, salvo nas hipóteses da inadimplência ou fraude comprovada, não se extingue o presente contrato, sendo assegurada a manutenção das condições contratuais aos seus dependentes, com a conseqüente assunção das obrigações decorrentes. Para tanto, será formalizado instrumento contratual específico de assunção das obrigações decorrentes.

18.3. Ocorrendo a perda da condição de beneficiário nas condições previstas no item 16.1.2. acima, o

beneficiário poderá contratar plano na modalidade Individual ou familiar com esta CONTRATADA em até 30 (trinta) dias, contados da data em que ocorreu a referida perda, aproveitando os períodos de carências já cumpridas;

18.4. Por ocasião de nova contratação, observar-se-ão os valores de comercialização da tabela vigente na data da adesão ao plano contratado.

CLÁUSULA XIX - RESCISÃO/SUSPENSÃO

19.1. Será considerado rescindido este contrato se houver atraso no pagamento da contraprestação por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência, desde que o CONTRATANTE tenha sido notificado até o 50º (qüinquagésimo) dia de inadimplência, sem prejuízo do direito da CONTRATADA requerer judicialmente a quitação dos valores devidos, com suas conseqüências moratórias.

19.1.1. permitida a redução do período de inadimplência pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, haverá imediata aplicação pela CONTRATADA do novo normativo ao presente instrumento.

19.1.2 O Titular outorga poderes expressos para qualquer com seus dependentes,podendo retirar cada um suas próprias guias,bem como poderes para qualquer beneficiário dependente possa assinar cobrança,aviso e suspensão e cancelamento do contrato.

19.1.3 No caso de inadimplemento de obrigações de natureza financeira do TITULAR, a CONTRATADA poderá, após 10 dias com prévia notificação ao TITULAR, fazer o registro desse fato no sistema de proteção ao crédito (SERASA,SPC)/ ou protestar o contrato. E após o reconhecimento do pagamento pela CONTRATADA,terá 5 dias úteis para retirada da inscrição do CONTRATANTE,do Sistema de Proteção ao Crédito.

19.2. Rescinde-se também o presente contrato, quando da comprovação de comportamento fraudulento, como:

19.2.1. Qualquer ato ilícito praticado pelo beneficiário titular, ou seu(s) dependente(s), na utilização do objeto deste instrumento;

19.2.2. Utilização indevida da carteira de identidade do beneficiário titular ou seu(s) dependente(s), assim entendido, também, a sua utilização por terceiros;

19.2.3. Omissão ou distorção de informações pelo beneficiário titular ou seu(s) dependente(s) em prejuízo da CONTRATADA, neste caso mediante autorização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

19.3. As hipóteses constantes dos itens 17.1. e 17.2. acima, extinguem o contrato de pleno direito, acarretando a imediata exclusão do(s) beneficiário(s) dependente(s).

19.4. Quando ocorrer rescisão antes do término deste contrato, será cobrada multa de 50% (cinquenta por cento) sobre os valores das mensalidades restantes para se completar a primeira vigência.

19.4.1. O contrato renovado por prazo indeterminado poderá ser denunciado pelo CONTRATANTE, por escrito, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, sem ônus da multa;

19.4.2. A falta de comunicação, nos termos deste artigo, implica na manutenção das obrigações contratuais assumidas.

19.4.3. Durante o prazo de denúncia não será admitida inclusão ou exclusão de beneficiários dependentes.

19.5. Fica vedada a rescisão ou suspensão unilateral do contrato, em qualquer hipótese, durante a ocorrência de internação hospitalar do beneficiário titular.

II - DAS OUTRAS DISPOSIÇÕES:

1. Por convenção, adotou-se neste contrato o gênero masculino quando há referência ao(à) CONTRATANTE, aos(às) beneficiários(as), aos(às) filhos(as), aos(às) menores, dentre outros.

2. A CONTRATADA não terá responsabilidade pelo pagamento nas seguintes condições:

a) Por qualquer acordo ajustado particularmente pelos beneficiários com quaisquer prestadores. Tais despesas e riscos correm por conta exclusiva do CONTRATANTE;

b) Pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa da pactuada, tais como, dentro do período de cumprimento de carência, após o término da relação contratual e fraude;

c) Na hipótese do beneficiário optar por acomodação hospitalar superior àquela contratada deverá arcar com a diferença de preço, inclusive de honorários dos profissionais, conforme negociação direta com o hospital, médicos e demais prestadores do atendimento;

d) A utilização dos serviços contratados, durante o período de suspensão ou de carência, neste último caso, ressalvadas as especificidades dos casos de urgências ou emergências é de responsabilidade do CONTRATANTE/beneficiário.

3. É obrigação do CONTRATANTE, na hipótese de rescisão, resolução ou resilição deste contrato, ou ainda, de exclusão de beneficiário, devolver os respectivos cartões de identificação e quaisquer outros documentos porventura fornecidos pela CONTRATADA, respondendo, sempre, sob todos os aspectos, pelos prejuízos resultantes do uso indevido desses documentos, restando isenta, neste caso, de qualquer responsabilidade, a CONTRATADA, a partir da exclusão do beneficiário, rescisão, resolução ou resilição do presente.

3.1. Considera-se uso indevido a utilização desses documentos para obter atendimento, mesmo que na forma contratada, pelos beneficiários que perderam essa condição, por exclusão ou término do contrato, ou, em qualquer hipótese, por terceiros não beneficiários;

3.2. O uso indevido e COMPROVADO do cartão de identificação, de qualquer beneficiário, a critério da CONTRATADA, ensejará pedido de indenização por perdas e danos, bem como a exclusão do respectivo titular e seus dependentes.

4. Ocorrendo a perda ou extravio de quaisquer documentos, o CONTRATANTE deverá comunicar, por escrito, o fato à CONTRATADA, para cancelamento ou, quando for o caso, emissão de segunda via. O cancelamento só terá validade quando recebido por escrito, pela CONTRATADA.

5. Os beneficiários com mais de 60 (sessenta) anos de idade, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até 5 (cinco) anos têm privilégio na marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos.

6. O CONTRATANTE reconhece como dívida líquida e certa, em favor da CONTRATADA, quaisquer despesas decorrentes de atendimento prestado a ele, seus dependentes e agregados, cessadas as responsabilidades da CONTRATADA, independentemente da data de início do tratamento, bem como aquelas coberturas deferidas liminar ou cautelarmente em procedimento judicial, e posteriormente revogadas ou decididas em contrário, e ainda, os procedimentos não cobertos explicitamente por este instrumento.

7. A inserção de mensagens no recibo de cobrança das mensalidades valerá como advertência/notificação ao CONTRATANTE, para todos os efeitos deste contrato, a partir da data do respectivo pagamento, exceto na hipótese de rescisão de contrato, por inadimplência, quando então haverá NOTIFICAÇÃO ESPECÍFICA, até o 50º (quinquagésimo) dia de inadimplemento, consecutivos ou não.

8. Qualquer tolerância não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

9. Poderá a CONTRATADA exigir documentação comprobatória das declarações do CONTRATANTE.

10. O CONTRATANTE, por si, seus dependentes e agregados, autoriza a CONTRATADA a obter o diagnóstico médico sempre que necessário, tanto para fins de reembolso como para fins de informações médicas. Ficam desde já autorizadas essas informações, que serão prestadas pelos médicos assistentes, ou pelos serviços credenciados, que se utilizarão da codificação expressa na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a Saúde - CID, da Organização Mundial de Saúde, 10ª (décima) revisão, ou fornecerão relatórios médicos detalhados.

11. Integram este contrato, para todos os fins de direito, a **Proposta de Adesão, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde - MPS, o Guia de Leitura Contratual - GLC, a Declaração de Saúde, Termo de Oferecimento do Plano Referência, Guia Médico** e demais anexos firmados pelos contraentes.

12. Toda e qualquer concessão pela CONTRATADA, fora do pactuado pelo presente instrumento, implicará em mera liberalidade.

13. Este contrato foi elaborado levando-se em consideração a legislação vigente nesta data. Assim, qualquer alteração das normas que implique em necessária modificação do que aqui foi avençado, sujeitará a novo ajuste das condições, inclusive com possíveis reflexos na contraprestação, desde que autorizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

CLÁUSULA XX - ELEIÇÃO DE FORO

Contrato Particular de Prestação de Serviços Médicos, Hospitalares, Serviço de Diagnóstico e Terapia.
Categoria: Individual/Familiar
Nome Comercial: VIDA NOVA
Segmentação: Ambulatorial + Hospitalar COM Obstetrícia
Acomodação: APARTAMENTO
Modalidade: Co-participação de 30%
Abrangência: Local
Registro na Agência Nacional de Saúde: 446.191/03-6

TABELA DE VALORES

PLANO VIDA NOVA 30% ACOMODAÇÃO APARTAMENTO COM OBSTETRÍCIA	
FX ETÁRIA	TITULAR
00 A 18	R$ 355,16
19 A 23	R$ 485,73
24 A 28	R$ 627,15
29 A 33	R$ 653,06
34 A 38	R$ 704,65
39 A 43	R$ 740,38
44 A 48	R$ 882,40
49 A 53	R$ 1.056,93
54 A 58	R$ 1.258,81
59 OU +	R$ 1.757,80

O CONTRATANTE/TITULAR obriga-se ao pré pagamento mensal para a CONTRATADA,por si e para cada um dos seus dependentes inscritos,de acordo com a faixa etária estabelecida na cláusula 15.3,dos valores vigentes à época da contratação,constantes na proposta de adesão,para efeito de mensalidade e agravos por doenças e lesões pré existentes,obedecida a seguinte tabela de descontos e de acordo com a inscrição e permanência do número de usuários no plano:

Quantidade Usuários por Contrato	Desconto
2 usuários	10,00%
3 usuários	20,00%
4 usuários ou mais	30,00%

Ocorrendo inclusões, dentro das regras estipuladas nas cláusula 6,promovendo acréscimo no número de usuários resultando mudança de faixa etária de desconto,o valor da mensalidades será automaticamente adequado à tabela de desconto,observando o número total de usuários,que somente será admitida por falecimento,separação judicial comprovada,ou perda da condição de dependentes referenciada na clausula 6,em sendo reduzido o número total de beneficiário integrantes do plano para menos de três,resultando mudança para outra faixa de desconto,o valor da mensalidade será automaticamente adequado à tabela de desconto correspondente.

PLANO DE SAÚDE

Hospitalar

CONTRATO

PLANO VIDA NOVA

ANS 32675-5

SUMÁRIO

Qualificação da Operadora 04
Local da Prestação de Serviço 04
Padrão de Acomodação 04
Formação do Preço 04
Atributos do Contrato 04
Condições de Admissão 04
Coberturas e Procedimentos Garantidos 05
Exclusões de Cobertura 10
Vigência 11
Períodos de Carência 11
Doenças e Lesões Pré Existentes 12
Urgência e Emergência 14
Mecanismo de Regulação 15
Formação do Preço e Mensalidade 17
Reajuste 18
Faixa Etárias 18
Bônus 19
Das Condições da Perda da Qualidade de Beneficiário 20
Rescisão/Suspensão 20
Outras Disposições 21
Eleição de Foro 24
Glossário 25

HOSPITALAR PLANO DE SAÚDE

Contrato Particular de Prestação de Serviços Médicos, Hospitalares, Serviço de Diagnóstico e Terapia.
Categoria: Individual/Familiar
Nome Comercial: VIDA NOVA
Segmentação: Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia
Acomodação: Apartamento
Modalidade: Co-participação de 30%
Abrangência: Local
Registro na Agência Nacional de Saúde: 446.191/03-6

CLÁUSULA I - QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA

1.1. ASSOCIAÇÃO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA - AEBEL, inscrita no CNPJ/MF sob o nº. 78.613.841/0001-61, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS sob o nº. 32675-5, classificada na modalidade Filantropia, com sede à Avenida Bandeirantes n.º 618, Jardim Londrilar, CEP 86015-900, em Londrina - PR, neste ato representada na forma do seu estatuto e doravante denominada simplesmente **CONTRATADA**.

CLÁUSULA II – LOCAL DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

2.1. Os serviços ora contratos serão prestados pelos médicos credenciados,em serviços/recursos próprios,serviços/recursos contratados ou credenciados da CONTRATADA, constante no guia médico específico, a atualização será realizada diariamente e estará disponível na administração da operadora e através do site www.planohospitalar.com.br, para este plano e exclusivamente dentro da sua área de atuação compreendendo a localidade de Londrina.

CLÁUSULA III - PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

3.1. O tipo de acomodação hospitalar oferecida pelo plano é privativo padrão apartamento.
Não havendo disponibilidade de leito hospitalar contratado nos estabelecimentos próprios ou credenciado pela Operadora, é garantido ao beneficiário acesso à acomodação, em nível superior, sem ônus adicional, conforme artigo 33 da Lei 9.656/98.

CLÁUSULA IV- FORMAÇÃO DO PREÇO

4.1 Os valores a serem pagos pela cobertura assistencial contratada são **pré-estabelecidos.**

CLÁUSULA V – ATRIBUTOS DO CONTRATO

5.1. O presente contrato tem por objeto a prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais na forma de plano privado de assistência à saúde prevista no inciso I, do art. 1º, da Lei 9.656/98, visando à Assistência Médica Hospitalar com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, e do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento.

5.2. Este instrumento tem as características de contrato de adesão, bilateral, que gera direitos e obrigações para ambas as partes, na forma do Código Civil Brasileiro, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

CLÁUSULA VI – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

6.1. O presente contrato se caracteriza pela contratação INDIVIDUAL sendo aquele que oferece cobertura da

atenção prestada para a livre adesão de beneficiários, pessoas naturais, com ou sem grupo familiar.

6.2. Em face de o CONTRATANTE ter a faculdade de incluir seus dependentes ou grupo familiar, este plano também é caracterizado como FAMILIAR.

6.3. Para efeitos deste instrumento, o CONTRATANTE é o beneficiário titular e/ou responsável financeiro.

6.3.1. Os **beneficiários dependentes** são aqueles com **grau de parentesco ou afinidade e dependência econômica** em relação ao beneficiário titular.

6.4. Podem ser inscritos como beneficiários dependentes aqueles que mantenham com o CONTRATANTE uma das seguintes relações:

a) Cônjuge;
b) Filhos solteiros, até 24 anos incompletos;
c) Enteado, o menor sob a guarda por força de decisão judicial e o menor tutelado.
d) Convivente, havendo união estável na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial;
e) Filhos comprovadamente inválidos definitivamente;

6.5. O plano firmado para os dependentes não poderá ser diferente daquele em que o beneficiário titular estiver inscrito;

6.6. A inclusão do beneficiário titular e respectivos dependentes será processada por meio da Proposta de Adesão, que integra este contrato para todos os fins de direito e com entrega da cópia dos respectivos documentos: CPF/MF, carteira de identidade (RG), comprovante de residência, certidão de nascimento/ certidão de casamento,título de eleitor,cartão nacional de saúde,e posteriores exigidos pela regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

6.7. Fica assegurada a inclusão:

6.7.1. Do recém-nascido, filho natural ou adotivo, como dependente, com isenção de carência, sendo vedada qualquer alegação de DLP ou aplicação de CPT ou Agravo, e desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 dias do nascimento pelo plano ou da adoção:

6.7.1.1. Do recém-nascido e filho adotivo, menor de 12 (doze) anos, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo beneficiário titular/adotante;

6.7.2. Ultrapassados os prazos para inclusão, previstos nos itens acima, os novos beneficiários cumprirão integralmente as carências previstas na cláusula específica;

6.7.3. Por ocasião de nova contratação, observar-se-ão os valores de comercialização da tabela vigente na data da adesão ao plano Individual ou Familiar.

6.7.4. O dependente que vier a perder a condição de dependência poderá assinar contrato em seu próprio nome, em até 30 (trinta) dias a contar da data da perda do direito como beneficiário dependente, aproveitando as carências já cumpridas neste contrato.

CLÁUSULA VII - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

7.1. As coberturas assistenciais asseguradas neste contrato, para todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde e para todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, compreendem atendimentos

ambulatoriais, internações hospitalares, atendimentos obstétricos, serviços auxiliares de diagnóstico, terapia e atendimentos de urgência e emergência, realizados em unidades hospitalares, próprias ou contratadas, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, e suas atualizações, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vigente na data do evento, observados os limites, prazos de carências, condições estabelecidas neste contrato e as seguintes peculiaridades:

7.1.1. A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais priorizará o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando-se a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e de acordo com indicação do médico assistente.

7.1.2. Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10º Revisão - CID - 10, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto infligidas, estão obrigatoriamente cobertos por este instrumento.

7.2. O presente instrumento assegura o atendimento independente da circunstância e do local de ocorrência do evento, respeitadas a segmentação, a área de atuação e abrangência, a rede de prestadores de serviços contratada, credenciada ou referenciada da operadora de plano privado de assistência à saúde e os prazos de carência estabelecidos neste contrato.

7.3. Os procedimentos necessários ao tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas, decorrentes de procedimentos não cobertos pelo presente instrumento têm cobertura obrigatória quando constarem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, respeitadas as segmentações, os prazos de carência e Cobertura Parcial Temporária – CPT.

7.4. Os procedimentos necessários ao seguimento de eventos excluídos da cobertura, como internação em leito de terapia intensiva após transplante não coberto, não são considerados tratamento de complicações, mas parte integrante do procedimento inicial, não havendo obrigatoriedade de sua cobertura por parte das operadoras de planos de assistência à saúde.

7.5. Fica assegurado que os procedimentos garantidos pela legislação vigente serão de cobertura obrigatória quando solicitados pelo médico assistente, com exceção dos procedimentos odontológicos e dos procedimentos vinculados aos de natureza odontológica – aqueles executados por cirurgião-dentista ou os recursos, exames e técnicas auxiliares necessários ao diagnóstico, tratamento e prognóstico odontológicos, que poderão ser solicitados ou executados diretamente pelo cirurgião dentista.

7.6. O presente instrumento cobre os atendimentos nos casos de planejamento familiar listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento e conforme a segmentação assistencial contratada, incluindo:

- atividades educacionais;
- consultas de aconselhamento para planejamento familiar;
- atendimento clínico;
- implante de dispositivo intra-uterino (diu) hormonal incluindo o dispositivo.

7.7. A participação de profissional médico anestesiologista nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento terá sua cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínica.

7.8. Está garantida a cobertura dos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho, respeitadas as segmentações contratadas.

7.9. Da Cobertura Ambulatorial

7.9.1. A segmentação ambulatorial assegura atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, 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 unidade de terapia intensiva e unidades similares.

7.9.2. Estão cobertas consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM, de acordo com a rede credenciada da CONTRATADA.

7.9.3. Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação.

7.9.4. Cobertura de consulta e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento e nas Diretrizes de Utilização, conforme indicação do médico assistente.

7.9.5. Está coberta a psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento e nas Diretrizes de Utilização, que poderão ser realizados tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme indicação do médico assistente.

7.9.6. Garantia de cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física lista dos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente.

7.9.7. Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais:

a) Hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;
b) Quimioterapia oncológica ambulatorial;
c) Radioterapia ambulatorial;
d) Procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais;
e) Hemoterapia ambulatorial; e
f) Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

7.9.8. Este contrato compreende cobertura de atendimentos caracterizados como de urgência e emergência conforme previsto no presente instrumento jurídico.

7.9.9. Está assegurada a cobertura de remoção por ambulância dentro da área de abrangência geográfica desse contrato, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao paciente ou pela necessidade de internação.

7.9.10. Garantia de cobertura de medicamentos registrados/regularizados na ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época.

7.10. Da Cobertura Hospitalar com Obstetrícia

7.10.1. A segmentação hospitalar assegura a cobertura dos atendimentos realizados em todas

as modalidades de internação hospitalar e os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência.

7.10.2. Coberturas de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM;

7.10.3. Acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional na indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou contratados pelo plano.

7.10.4. Cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente.

7.10.5. Garantia de cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação conforme previsto mais adiante neste instrumento.

7.10.6. Cobertura do atendimento por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico assistente e desde que o procedimento esteja previsto no Rol de Procedimentos da ANS e o profissional seja pertencente ao quadro de rede credenciada da CONTRATADA.

7.10.7. Cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, previstos no Rol de Procedimentos da ANS, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar.

7.10.8. Cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados desde que vinculados à internação coberta pelo presente instrumento e enquanto a mesma durar.

7.10.9. Cobertura de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, nos termos da legislação vigente.

> **7.10.9.1.** A classificação dos diversos materiais utilizados pela medicina no país como órteses ou próteses deverá seguir lista a ser disponibilizada e atualizada periodicamente no endereço eletrônico da ANS na Internet (www.ans.gov.br).

7.10.10. Cobertura para remoção do beneficiário, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro.

7.10.11. Cobertura de despesas relativas a um acompanhante, que incluem:

a) Acomodação e alimentação necessárias à permanência do acompanhante para beneficiários menores de dezoito anos; e

b) Acomodação e alimentação, conforme indicação do médico ou cirurgião-dentista assistente, para beneficiários idosos com idade igual ou superior a sessenta anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais.

7.10.12. Cobertura dos procedimentos cirúrgicos crânio-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar, realizados por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar.

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

7.10.14. Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:

a) Hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;
b) Quimioterapia oncológica ambulatorial;
c) Radioterapia ambulatorial e hospitalar;
d) Hemoterapia;
e) Nutrição parenteral ou enteral;
f) Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
g) Embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
h) Radiologia intervencionista;
i) Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
j) Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
l) Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época evento, exceto fornecimento de medicação de manutenção.

7.10.15. Cobertura de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, reconhecidos pela medicina no país, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer, conforme protocolos clínicos e indicação do médico assistente.

7.10.16. Cobertura de cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.

7.10.17. Cobertura de todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas.

7.10.18. Cobertura de hospital-dia para transtornos mentais, de acordo com as Diretrizes de Utilização emitidas pela ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar.

7.10.19. Cobertura de transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, e dos procedimentos a eles vinculados, observada a legislação específica vigente.

7.10.20. O presente instrumento assegura que os candidatos a transplante de órgãos e tecidos provenientes de doador cadáver deverão obrigatoriamente estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDO e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de seleção.

7.10.21. 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 de autorização e cadastro junto ao Sistema Nacional de Transplante - SNT.

7.10.22. São competências privativas das CNCDO, dentro das funções de gerenciamento que lhes são

atribuídas pela legislação em vigor:
I - determinar o encaminhamento de equipe especializada; e
II - providenciar o transporte de tecidos e órgãos ao estabelecimento de saúde autorizado em que se encontre o receptor.

7.10.23. Está garantida a cobertura de transplantes listados no Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e dos procedimentos a eles vinculados, incluindo:

a) as despesas assistenciais com doadores vivos;
b) os medicamentos utilizados durante a internação;
c) o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção; e
d) as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.

7.10.24. Nos casos de TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS, o atendimento ocorrerá da seguinte maneira:

- Custeio integral de até 30 (trinta) dias de internação;
- Nas internações psiquiátricas a partir do 31° (trigésimo primeiro) dia de internação, por ano de contrato, com co-participação do Beneficiário de 30% (trinta por cento), e será observados os tetos estabelecidos nos normativos vigentes da epóca; Esse percentual de co-participação equivalerá ao máximo admitido por norma editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que estiver vigente à época da contratação do seguro.
- A cobertura do tratamento em regime de hospital-dia deverá se dar de acordo com as diretrizes estabelecidas nos normativos vigentes.

7.10.25. O presente instrumento assegura a assistência pré-natal, compreendendo consultas periódicas e exames complementares necessários; assistência cirúrgica ou não ao parto e puerpério, por equipe especializada integrante do corpo clínico próprio e/ou credenciado da CONTRATADA.

7.10.26. Também está garantida a cobertura de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, e pós-parto imediato e assistência neonatal, compreendendo assistência imediata aos recém-nascidos, a qualquer hora do dia ou da noite, durante o período máximo de 30 dias contados do nascimento. Esta assistência continuará a ser prestada desde que o (a) CONTRATANTE tenha incluído o recém-nascido no Plano até o final do aludido prazo de 30 dias sendo vedada qualquer alegação de DLP ou aplicação de CPT ou Agravo.

CLÁUSULA VIII - EXCLUSÕES DE COBERTURA

8.1. Em conformidade com o previsto no art. 10 da Lei 9.656/98, respeitadas as coberturas mínimas obrigatórias previstas no seu art. 12 e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, e suas atualizações, editados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e estará disponível através do site www.ans.gov.br, dentro da segmentação assistencial deste contrato, fica permitida a exclusão de:

a) Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
b) Tratamento procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
c) Tratamento inseminação artificial;
d) Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;
e) Tratamento de fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados;
f) Tratamento de fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do

Ministério da Saúde - CITEC;
g) Tratamento de fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;
h) Tratamento de fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
i) Tratamento de tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
j) Tratamento de casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
k) Tratamento de estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
l) Tratamento de consultas domiciliares;
m) Tratamento de cirurgias para mudança de sexo;
n) Tratamento de produtos de toalete e higiene pessoal, serviços telefônicos ou qualquer outra despesa que não seja vinculada à cobertura deste contrato;
o) Tratamento de procedimentos, exames e tratamentos realizados fora da área de abrangência contratada, bem como das despesas decorrentes de serviços médicos hospitalares prestados por médicos não credenciados ou entidades não credenciadas a Operadora, à exceção dos atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, que poderão ser realizados por médicos e serviços não credenciados e, posteriormente, reembolsados na forma e termos previstos neste contrato;
p) Tratamento de enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar;
q) Tratamento de aplicação de vacinas;
r) Tratamento de exames para piscina ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
s) Tratamento de aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
r) Tratamento de consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de emergência ou urgência, bem como remoção domiciliar, salvo nos casos de internação domiciliar oferecida pela operadora em substituição à internação hospitalar;
t) Tratamento transplantes, exceto os de córnea e rim e os transplantes autólogos;
u) Tratamento de procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior;
v) Tratamento de investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;
x) Tratamento de procedimentos não relacionados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento; e
z) Tratamento de especialidade médica não reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina.

CLÁUSULA IX – DA VIGÊNCIA

9.1. Será considerado como início de vigência contratual a data da assinatura da proposta de adesão, da assinatura do instrumento jurídico em si ou a data de pagamento da mensalidade inicial, o que ocorrer primeiro, de forma a não haver prorrogação indevida dos prazos de carência.

9.2. O presente instrumento possui prazo de vigência mínima de um ano, com renovação automática por prazo indeterminado, sendo vedada a cobrança de taxa ou qualquer outro valor.

9.3. É vedada a recontagem de carências por ocasião da renovação contratual.

CLÁUSULA X - PERÍODOS DE CARÊNCIA

10.1. As carências explicitadas neste contrato serão contadas da data de assinatura da proposta de admissão, ou da data de assinatura do contrato, ou ainda partir do pagamento da mensalidade inicial, o que ocorrer primeiro, sendo assim especificadas:

a) 24 (vinte quatro) horas para atendimentos de urgência e emergência decorrente de acidentes pessoais.
b) 180 (cento e oitenta) dias para consultas medicas, exames de patologia clínica simples.

c) 180 (cento e oitenta) dias para demais exames complementares, exceto os descritos na letra "E" desta cláusula.

d) 180 (cento e oitenta) dias para procedimento de reabilitação e fisioterapia.

e) 180 (cento e oitenta) dias para procedimentos clínicos ou cirúrgicos(tanto em regime ambulatorial como de internação),bem como para tomografia computadorizada,ressonância magnética, neuro-radiologia, angiografia visceral, periférica, radiologia intervencionista e hemodinâmica.

f) 180 (cento e oitenta) dias para hemodiálise e diálise,quimioterapia e radioterapia.

g) 300 (trezentos) dias para parto a termo

h) 24 (vinte quatro) meses para cobertura parcial temporária de cirurgias,leito de alto tecnologia e procedimento de alta complexidade conforme previsto nas resoluções editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar com relação ás doenças ou lesões pré existentes informadas pelo usuário na declaração de saúde,na entrevista qualificada ou identificadas por outros meios no decorrer da vigência do contrato que eram de conhecimento prévio do usuário que foram do usuário que foram omitidas pelo mesmo por ocasião da contratação,sem que o Contratante tinha feito a opção por agravo da mensalidade para cobertura destas doenças e lesões na data da contratação.

10.2. As carências acima poderão ser reduzidas passando a valer aquelas a ser formalizado em anexo específico integrante deste contrato.

10.3. As despesas decorrentes da utilização dos serviços durante o período de carência serão de responsabilidade única e exclusiva do CONTRATANTE.

10.4. Para as inclusões de beneficiários posteriores à assinatura do Contrato, a contagem do prazo de carência iniciar-se-á na data de assinatura da Proposta de Admissão/adesão pelo beneficiário.

CLÁUSULA XI - DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

11.1. Das definições legais:
Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP) são 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 9656/98, o inciso IX do art. 4º da Lei nº 9961/00 e as diretrizes estabelecidas em Resolução específica da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

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 os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.

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 (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.

11.2. É condição para inscrição de beneficiários, no ato da assinatura do contrato ou para inclusões posteriores, o preenchimento da **Declaração de Saúde.**

11.3. O beneficiário titular está obrigado, por ocasião da contratação, a informar, por si e por seus dependentes, ser conhecedor ou não da condição de portador ou sofredor de doença ou lesão preexistente àquela data.

11.4. A informação será prestada, através de **Declaração de Saúde**, cujo formulário é parte integrante deste contrato, facultada aos beneficiários a realização de **Entrevista Qualificada** com um médico pertencente à

lista de profissionais da rede de prestadores credenciados ou referenciados pela contratada, sem nenhum ônus para o beneficiário, ou, a critério do beneficiário, com um médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da contratada, assumindo, neste caso, as despesas daí decorrentes.

11.5. O objetivo da **Entrevista Qualificada** é orientar o beneficiário para o correto preenchimento da **Declaração de Saúde**, onde são declaradas as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.

11.6. As informações prestadas na **Declaração de Saúde** serão protegidas pela CONTRATADA sendo vedada sua divulgação ou fornecimento a terceiros, não envolvidos na prestação dos serviços assistenciais, sem a anuência expressa do beneficiário, ressalvados os casos previstos na legislação em vigor.

11.7. A CONTRATADA, no momento da contratação, poderá optar pela realização de **Perícia Prévia**, com a concordância plena do beneficiário, cujo objetivo principal é identificar a existência de doenças ou lesões preexistentes, bem como de solicitar documentação probatória de quaisquer informações do beneficiário constantes em sua **Declaração de Saúde**. Neste caso, fica vedada a alegação de omissão de informação de DLP quando realizado qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário pela CONTRATADA, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.

11.8. Caso a CONTRATADA opte pelo não oferecimento de cobertura total e havendo constatação da existência de lesão ou doença preexistente que possa gerar a necessidade de eventos cirúrgicos, do uso de leitos de alta tecnologia ou de procedimentos de alta complexidade, nos termos da regulamentação específica, será oferecida ao beneficiário a opção de **Cobertura Parcial Temporária - CPT**, pelo prazo máximo de 24 (vinte e quatro) meses, sendo facultado à CONTRATADA o oferecimento de cláusula de **Agravo**, como opção a **Cobertura Parcial Temporária – CPT**, sem prejuízo do cumprimento dos prazos de carência.

11.8.1. Na hipótese de Cobertura Parcial Temporária, a CONTRATADA somente poderá suspender a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta tecnologia e os procedimentos de alta complexidade, quando relacionados exclusivamente à Doença ou Lesão Preexistente.

11.9. A opção entre a **Cobertura Parcial Temporária – CPT**, ou **Agravo**, deverá figurar em declaração expressa e específica, que fará parte integrante do presente contrato.

11.10. Nos casos em que a opção seja pelo **Agravo**, o valor correspondente ao agravamento, bem como seu período de vigência, serão previamente informados e será objeto de Termo Aditivo, ficando uma via para cada um dos contratantes.

11.11. Caso sejam identificados indícios de fraude, referente à omissão de conhecimento de doenças e lesões preexistentes por ocasião da contratação ou adesão ao plano, a CONTRATADA comunicará imediatamente ao consumidor beneficiário sendo oferecida a opção de **Cobertura Parcial Temporária – CPT**, facultada à CONTRATADA a opção do **Agravo**. Caso não haja concordância do beneficiário com a alegação, a CONTRATADA encaminhará a documentação pertinente à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, que efetuará o julgamento da alegação de informação de omissão na declaração de saúde. Se solicitado, o beneficiário deverá remeter ao Órgão Regulador toda a documentação necessária para a instrução do processo.

11.12. Caso seja aberto o **Processo Administrativo** junto ao Órgão Regulador (ANS), para julgamento da alegação de informação de omissão de doença ou lesão preexistente, não será permitida, sob qualquer alegação, a negativa de cobertura assistencial, assim como a suspensão ou rescisão unilateral de contrato, até a publicação pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS do encerramento do **Processo Administrativo.**

11.13. Se comprovada junto à Agência Nacional de Saúde - ANS a omissão de doença ou lesão preexistente,

o beneficiário será responsável pelo pagamento das despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão omitida, a partir da data em que tiver recebido comunicado ou notificação da CONTRATADA alegando a existência de doença ou lesão preexistente não declarada.

11.14. A CONTRATADA poderá comprovar o conhecimento prévio do consumidor sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão, durante o período de 24 (vinte e quatro) meses, podendo a omissão dessa informação ser considerada comportamento fraudulento, considerando:

11.14.1. À CONTRATADA caberá o ônus da prova;

11.14.2. A CONTRATADA poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação, dentro dos princípios da ética e legalidade.

11.15. Não haverá exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de contratação do plano de saúde após 24 (vinte e quatro) meses de vigência da contratação, cabendo à CONTRATADA o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do beneficiário.

11.16. Não haverá suspensão da assistência à saúde do beneficiário, titular ou dependente, até a prova do conhecimento prévio do mesmo.

CLÁUSULA XII - URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

12.1. Das definições legais:
Emergência: atendimentos que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, com alterações severas dos sinais vitais, caracterizado em declaração do médico assistente.

Urgência: atendimentos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional, onde haja diminuição do nível de consciência, dificuldade para respirar, dor intensa e alterações dos sinais vitais.

12.2. A cobertura dos procedimentos em situações de emergência ou urgência que implicar em risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis para o beneficiário, incluindo os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional, reger-se-á pela garantia da atenção e atuação no sentido da preservação da vida, órgãos e funções.

12.3. A CONTRATADA garantirá os atendimentos decorrentes de acidentes pessoais, sem restrições, depois de decorridas 24 horas de vigência do contrato.

12.4. A cobertura será prestada por 12 (doze) horas ou, caso surja a necessidade de internação, por período inferior, para:

I - os atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, durante o cumprimento dos períodos de carência;

II - os atendimentos de urgência e emergência, quando efetuados no decorrer dos períodos de carência para internação; e

III - os casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia ou procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças ou lesões preexistentes.

12.5. Após cumpridas as carências, haverá cobertura dos atendimentos de urgência e emergência desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções.

DA REMOÇÃO

12.6. A remoção do paciente será garantida pela CONTRATADA nas seguintes hipóteses:

I - para outra unidade de atendimento da rede do plano, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente; e

II - para uma unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, quando houver o limite de 12 (doze) horas de atendimento, nas hipóteses citadas acima, e este for atingido ou surgir a necessidade de internação.

Da Remoção para o SUS:

12.7. À CONTRATADA caberá o ônus e a responsabilidade da remoção do beneficiário para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento.

12.8. Quando não puder haver 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.

12.9. A CONTRATADA deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS.

12.10. Se o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade que, ainda que pertencente ao SUS, não disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento, ficará a CONTRATADA desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

Reembolso de despesas nas urgências/emergências:

12.11. Nos casos de urgência e emergência em que o usuário não puder utilizar os serviços próprios ou credenciados indicados na relação fornecida pela HOSPITALAR,dentro da área geográfica de abrangência do plano,serão reembolsadas as despesas cobertas pelo plano contratado.

12.12. O reembolso será efetuado tendo como base os valores vigentes na data de atendimento, de acordo com os seguintes critérios:

a) Honorários médicos e serviços complementares de diagnóstico e tratamento, serão reembolsados tendo com base o valor do procedimento correspondente na tabela praticada pelo HOSPITALAR junto à sua rede credenciada, a tabela estará disponível na administração da operadora;

b) Despesas hospitalares serão reembolsadas tendo como base a Tabela de procedimentos do Hospital Evangélico de Londrina para categoria CONVÊNIO, até o valor máximo nela constante para o procedimento correspondente ao efetuado ao beneficiário, a tabela estará disponível na administração da operadora;

c) Medicamentos e materiais serão reembolsados de acordo com a média de mercado na área de abrangência do plano contratado, á data do atendimento, a tabela estará disponível na administração da operadora.

12.13. O reembolso será pago no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da apresentação dos seguintes documentos originais que, posteriormente, serão disponibilizados para devolução pelo período de 6(seis) meses subsequentes ao pagamento, na hipótese do pagamento não ser integral.

12.14. Somente serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao beneficiário, enquanto perdurou o estado de urgência ou emergência. O beneficiário perderá o direito ao reembolso decorridos 90 (noventa) dias contados da data do evento.

12.15. O reembolso será realizado pelos valores apurados na categoria CONVÊNIO, independentemente do atendimento de urgência ou emergência,ter sido efetuado na categoria particular, podendo, em razão disso, haver diferenças entre valor desembolsado pelo contratante e o valor a ser reembolsado pelo HOSPITALAR. Os valores excedentes aos fixados para categoria CONVÊNIO, serão de INTEIRA RESPONSABILIDADE do contratante independente da caracterização de urgência e emergência.

12.16. Do valor total do reembolso serão deduzidos os percentuais da co-participação, quando for o caso,a que estaria sujeito o Contratante caso fosse utilizada a rede credenciada do HOSPITALAR, nos valores e limites previstos neste contrato.

CLÁUSULA XIII - MECANISMO DE REGULAÇÃO

13.1. Os beneficiários obrigam-se a fornecer ao prestador do serviço, o Cartão de Identificação de Beneficiário dentro do prazo de validade, emitido pela CONTRATADA, documento de identidade e/ou caso exista, permitir a identificação por tecnologia digital.

13.2. As internações hospitalares serão processadas mediante Guia de Internação, solicitadas pelo médico assistente em favor do beneficiário, que será disponibilizada para análise da CONTRATADA para concessão de sua autorização.

13.3. O prazo de internação, fixado pela CONTRATADA, constará da guia expedida e corresponderá à média de dias utilizados para casos idênticos, ou ainda, contemplará aquele definido pelo médico assistente.

13.4. Excetuando-se os casos de urgência e emergência, os demais serviços serão prestados mediante autorização prévia da CONTRATADA;

13.4.1. Nos casos de urgência ou emergência, o beneficiário, ou quem por ele responda, terá até o segundo dia útil, subseqüente à data do evento, para **providenciar a respectiva autorização do procedimento,** mediante solicitação devidamente fundamentada, carimbada e assinada pelo médico assistente;

13.4.2. Haverá tolerância para os casos de comprovada impossibilidade de cumprimento do prazo acima disposto;

13.4.3. Caso o prestador se proponha a providenciar a autorização, caberá à CONTRATADA verificar se foram respeitados os prazos limites;

13.4.4. Nos procedimentos que exigem autorização prévia, a CONTRATADA providenciará a autorização para o procedimento em no máximo estipulados pela legislação vigente editadas pela Agência Nacional de Saúde, a partir do protocolo da solicitação ou, em prazo inferior quando caracterizado caso de urgência e/ou emergência.

13.5. Nos casos de transferência para leitos de alta tecnologia, eventos cirúrgicos em beneficiários internados para tratamento clínico e realização de procedimentos de alta complexidade será necessária a autorização prévia pela CONTRATADA, mesmo que o paciente já se encontre internado, salvo nas urgências e/ou emergências intercorrentes, quando então poderá ser solicitada posteriormente, no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas.

13.5.1. A inobservância dos prazos acima, caso não haja justificativa plausível, reserva à CONTRATADA o direito de não se responsabilizar pelo pagamento das despesas decorrentes.

13.6. As despesas extraordinárias realizadas pelo paciente e/ou acompanhante, não relacionadas diretamente

com o tratamento, serão de sua inteira responsabilidade, sendo pagas diretamente à entidade hospitalar.

13.6.1. São consideradas como despesas extraordinárias: medicamentos não prescritos pelo médico assistente, produtos de toalete e higiene pessoal e alimentos que não sejam servidos pela instituição;

13.7. Comprovada a indevida utilização de serviços, estes serão de responsabilidade exclusiva do CONTRATANTE, ainda que o ato tenha sido praticado sem o seu conhecimento, ficando estabelecido que os comprovantes das despesas decorrentes deste fato poderão constituir dívida líquida, certa e exigível, caracterizando título extrajudicial capaz de autorizar o seu protesto ou a sua execução judicial.

13.8. Os serviços serão prestados por intermédio do médico assistente e de rede própria ou contratada, básica ou especializada, direta ou indiretamente, de acordo com a área geográfica do contrato. Salienta-se que não haverá restrição aos não pertencentes à rede própria ou contratualizada da operadora referenciados/cooperados/credenciados.

13.9. No ato da contratação será entregue ao CONTRATANTE o **Guia de Serviços de Saúde**, editado pela CONTRATADA, informando a relação de seus prestadores, médicos credenciados, hospitais e clínicas, devendo, entretanto, o beneficiário, ao utilizar-se dos serviços, confirmar as informações pelo site da CONTRATADA, em razão do processo dinâmico do quadro da rede contratada e/ou credenciada, direta e indiretamente, de acordo com a área de abrangência contratada.

13.10. A CONTRATADA reserva-se no direito de rescindir o contrato com qualquer participante da sua rede assistencial, bem como de contratar novos serviços, a seu exclusivo critério, sempre mantendo a qualidade da prestação dos serviços previstos neste instrumento.

13.10.1. As alterações da rede hospitalar cumprirão o disposto no art. 17 da Lei nº. 9.656/98 ou seja, as substituições serão comunicadas aos CONTRATANTES e à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS com antecedência de 30 (trinta) dias. A redução de serviços hospitalares, com propósito de redimensionamento da rede, somente ocorrerá mediante prévia solicitação e autorização expressa da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e também, será informado ao CONTRATANTE.

13.11. Havendo utilização nos eventos abaixo será devida participação do beneficiário no custeio da despesa assistencial, através dos mecanismos de co-participação, de acordo com o que segue:

13.12. Os valores das despesas decorrentes da utilização dos procedimentos constantes na cobertura ambulatorial serão cobrados **30% (trinta por cento)** tendo como base a tabela referência da operadora, e a tabela estará disponível na administração da operadora, até os limites máximos de co-participação de **R$ 165,00 (centro e sessenta e cinco reais)** por procedimento.

13.13. O reajuste do valor do limite máximo de co-particapação de R$ 165,00 (cento e sessenta e cinco reais) por procedimento para inscritos no plano apartamento,será realizado anualmente no mesmo mês e com o mesmo índice autorizado para reajuste da taxa de manutenção do presente contrato

13.14. Fica estabelecido que é devida a co-participação em todos os procedimentos constantes da Cobertura Ambulatorial.

13.15. As internações de beneficiários **portadores de transtornos psiquiátricos** estão sujeitas à co-participação pecuniária no total das despesas, a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação, de acordo com o número de dias de internação, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, para o respectivo paciente.

13.15.1. Portanto haverá o custeio parcial, a partir do 31° (trigésimo primeiro) dia de internação, por ano de contrato, não cumulativos, contínuos ou não, em hospital psiquiátrico ou em unidade apartamento psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise, através de co-participação de 30%(trinta por cento) observados os tetos estabelecidos nos normativos vigentes à época e não podendo caracterizar o financiamento integral da internação.

13.15.1.1. Os percentuais e valores estabelecidos neste contrato serão calculados sobre os valores fixados na Tabela Referencial da CONTRATADA e respeitarão os tetos estipulados nos normativos editados pela ANS vigentes à época;

13.15.1.2. O montante devido da co-participação integrará as contraprestações subseqüentes ao mês do evento, porém, será discriminado.

13.16. A CONTRATADA fornecerá, sempre que solicitado pelo beneficiário, laudo circunstanciado, bem como cópia de toda a documentação relativa às questões de impasse que possam surgir no curso do contrato, decorrente da utilização dos mecanismos de regulação.

13.17. Para as situações que implicarem em divergências nas regras de regulação, fica assegurado o atendimento ao beneficiário por profissional técnico, no prazo máximo de 1 (um) dia útil, a partir do momento da solicitação ou em prazo inferior quando caracterizada a urgência.

13.18. Nas situações de divergências a respeito de autorização prévia, a definição do impasse será feita através de Junta constituída pelo médico solicitante ou nomeado pelo beneficiário, por médico auditor da CONTRATADA e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais anteriores, cuja remuneração ficará a cargo da CONTRATADA.

CLÁUSULA XIV - FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

14.1. Para efeitos deste contrato, os valores previstos para contraprestação serão de forma PRÉ-ESTABELECIDA.

14.2. Como contraprestação mensal, os valores estão expressos na tabela comercial constante do **ANEXO I**, parte integrante deste instrumento, de acordo com a idade de cada beneficiário.

14.2.1. Todos os pagamentos serão realizados diretamente à CONTRATADA, por meio de boleto bancário, não tendo o profissional médico ou qualquer outro prestador, autorização para recebimento ou negociação de valores em nome da CONTRATADA.

14.2.2. Eventuais valores de co-participação em internações decorrentes de transtornos psiquiátricos deverão ser liquidados da mesma forma que as mensalidades, pois delas farão parte, e serão cobrados subsequentes ao mês do atendimento.

14.3. Quando a data de vencimento cair em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser realizado até o primeiro dia útil subsequente.

14.4. Se o CONTRATANTE não receber o documento que possibilite realizar o pagamento de sua obrigação, até 05 (cinco) dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente na sede da CONTRATADA ou por meio do site www.planohospitalar.com.br, para que não se sujeite às consequências da mora.

14.5. Ocorrendo impontualidade no pagamento da mensalidade, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento), além de multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado, e ainda, conforme o caso, cobrança judicial, ressarcimento por perdas e danos, honorários advocatícios e reembolso de custas judi-

ciais, sem prejuízo do direito da CONTRATADA inscrever o nome do inadimplente nos cadastros de restrição ao crédito (SPC e SERASA) e ou protestar o contrato.

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

14.7. O pagamento da contraprestação pecuniária referente a um determinado mês não implica na quitação de débitos anteriores.

CLÁUSULA XV – REAJUSTE

15.1. O reajuste ocorrerá anualmente, a partir da data de aniversário do contrato, sendo que índice de reajuste a ser aplicado nas contraprestações, e nos valores de co-participação deste contrato está sujeito à obediência ao índice autorizativo da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS (Órgão Regulador).

15.2. Caso nova legislação venha a autorizar o reajustamento em período inferior a 12 (doze) meses, a mesma terá aplicação imediata sobre este contrato.

15.3. Fica estabelecido que os valores relativos às inclusões de dependentes terão o primeiro reajuste integral, independentemente da variação da faixa etária, na data de aniversário de vigência do presente contrato e mediante autorização da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, entendendo-se como data base única, independente da data de inclusão do beneficiário dependente.

CLÁUSULA XVI - FAIXAS ETÁRIAS

16.1. As mensalidades são estabelecidas de acordo com a faixa etária em que cada beneficiário inscrito esteja enquadrado. Ocorrendo alteração na idade de qualquer dos beneficiários que importe em deslocamento para a faixa etária superior, a contraprestação pecuniária será aumentada automaticamente, no mês seguinte ao do aniversário do beneficiário.

16.2. As faixas etárias para os fins deste contrato são:
1ª FAIXA Até 18 (dezoito) anos
2ª FAIXA 19 a 23 (dezenove a vinte e três) anos
3ª FAIXA 24 a 28 (vinte e quatro a vinte e oito) anos
4ª FAIXA 29 a 33 (vinte e nove a trinta e três) anos
5ª FAIXA 34 a 38 (trinta e quatro a trinta e oito) anos
6ª FAIXA 39 a 43 (trinta e nove a quarenta e três) anos
7ª FAIXA 44 a 48 (quarenta e quatro a quarenta e oito) anos
8ª FAIXA 49 a 53 (quarenta e nove a cinquenta e três) anos
9ª FAIXA 54 a 58 (cinquenta e quatro a cinquenta e oito) anos
10ª FAIXA A partir de 59 (cinquenta e nove) anos

16.3. Variação do valor da mensalidade em decorrência da mudança de faixa etária corresponderá aos percentuais abaixo, que incidirão sobre o preço então pago na faixa etária anterior, e não se confundem com o reajustamento pela variação de custo (mensalidades):

MUDANÇA DE FAIXAS REAJUSTE (%)
Da 1ª para 2ª Faixa 36,76%
Da 2ª para 3ª Faixa 29,12%
Da 3ª para 4ª Faixa 4,13%
Da 4ª para 5ª Faixa 7,90%
Da 5ª para 6ª Faixa 5,07%

Da 6ª para 7ª Faixa 19,18%
Da 7ª para 8ª Faixa 19,78%
Da 8ª para 9ª Faixa 19,10%
Da 9ª para 10ª Faixa 39,64%

16.4. Os beneficiários com mais de **59 (cinqüenta e nove) anos de idade** não sofrerão reajustes por mudança de faixa etária, mas permanecerão os reajustes anuais, ou conforme determinar a legislação pertinente, pela variação de custo.

16.5. Os percentuais de variação entre cada faixa etária sempre observará os valores fixados para a última faixa que não poderá ser superior a 6 (seis) vezes o valor da primeira faixa e, a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

CLÁUSULA XVII – BÔNUS

17.1. O CONTRATANTE/TITULAR obriga-se ao pré pagamento mensal para a CONTRATADA,por si e para cada um dos seus dependentes inscritos,de acordo com a faixa etária estabelecida na cláusula 15.3,dos valores vigentes à época da contratação,constantes na proposta de adesão,para efeito de mensalidade e agravos por doenças e lesões pré existentes,obedecida a seguinte tabela de descontos e de acordo com a inscrição e permanência do número de usuários no plano:

Quantidade Usuários por Contrato	Desconto
2 usuários	10,00%
3 usuários	20,00%
4 usuários ou mais	30,00%

17.2. Ocorrendo inclusões,dentro das regras estipuladas nas cláusula 6,promovendo acréscimo no número de usuários resultando mudança de faixa etária de desconto,o valor da mensalidades será automaticamente adequado à tabela de desconto,observando o número total de usuários,que somente será admitida por falecimento,separação judicial comprovada,ou perda da condição de dependentes referenciada na clausula 6,em sendo reduzido o número total de beneficiário integrantes do plano para menos de três,resultando mudança para outra faixa de desconto,o valor da mensalidade será automaticamente adequado à tabela de desconto correspondente.

CLÁUSULA XVIII – DAS CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

18.1. Perderá a condição de beneficiário e será excluído do plano:

18.1.1. O beneficiário titular que solicitar por escrito sua exclusão, ou do(s) seu(s) dependente(s);

18.1.2. O beneficiário dependente que por qualquer motivo deixar de atender as condições exigidas para sua inscrição, sendo:

18.1.2.1. Perda da condição de cônjuge ou convivente;

18.1.2.2. Aquisição da maioridade;

18.1.2.3. Perda da condição de dependência econômica;

18.1.2.4. Infrações ou fraudes com o objetivo de obter vantagens ilícitas.

18.1.2.5. Perda por morte

18.1.3. As perdas da condição de dependência nos itens deve ser comunicado pelo titular, em até 30 dias do evento que ocasionou a perda, sob pena de em não o fazendo ser devido pelo titular o valor equivalente a um novo contrato similar ao presente.

18.2. A extinção do vínculo do beneficiário titular do plano, salvo nas hipóteses da inadimplência ou fraude comprovada, não se extingue o presente contrato, sendo assegurada a manutenção das condições contratuais aos seus dependentes, com a conseqüente assunção das obrigações decorrentes. Para tanto, será formalizado instrumento contratual específico de assunção das obrigações decorrentes.

18.3. Ocorrendo a perda da condição de beneficiário nas condições previstas no item 16.1.2. acima, o beneficiário poderá contratar plano na modalidade Individual ou familiar com esta CONTRATADA em até 30 (trinta) dias, contados da data em que ocorreu a referida perda, aproveitando os períodos de carências já cumpridas;

18.4. Por ocasião de nova contratação, observar-se-ão os valores de comercialização da tabela vigente na data da adesão ao plano contratado.

CLÁUSULA XIX - RESCISÃO/SUSPENSÃO

19.1. Será considerado rescindido este contrato se houver atraso no pagamento da contraprestação por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência, desde que o CONTRATANTE tenha sido notificado até o 50º (qüinquagésimo) dia de inadimplência, sem prejuízo do direito da CONTRATADA requerer judicialmente a quitação dos valores devidos, com suas conseqüências moratórias.

19.1.1. permitida a redução do período de inadimplência pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, haverá imediata aplicação pela CONTRATADA do novo normativo ao presente instrumento.

19.1.2. O Titular outorga poderes expressos para qualquer com seus dependentes,podendo retirar cada um suas próprias guias,bem como poderes para qualquer beneficiário dependente possa assinar cobrança,aviso e suspensão e cancelamento do contrato.

19.1.3. No caso de inadimplemento de obrigações de natureza financeira do TITULAR, a CONTRATADA poderá, após 10 dias com prévia notificação ao TITULAR, fazer o registro desse fato no sistema de proteção ao crédito (SERASA,SPC)/ ou protestar o contrato. E após o reconhecimento do pagamento pela CONTRATADA, terá 5 dias úteis para retirada da inscrição do CONTRATANTE, do Sistema de Proteção ao Crédito.

19.2. Rescinde-se também o presente contrato, quando da comprovação de comportamento fraudulento, como:

19.2.1. Qualquer ato ilícito praticado pelo beneficiário titular, ou seu(s) dependente(s), na utilização do objeto deste instrumento;

19.2.2. Utilização indevida da carteira de identidade do beneficiário titular ou seu(s) dependente(s), assim entendido, também, a sua utilização por terceiros;

19.2.3. Omissão ou distorção de informações pelo beneficiário titular ou seu(s) dependente(s) em prejuízo da CONTRATADA, neste caso mediante autorização da Agência Nacional de Saúde

Suplementar - ANS.

19.3. As hipóteses constantes dos itens 17.1. e 17.2. acima, extinguem o contrato de pleno direito, acarretando a imediata exclusão do(s) beneficiário(s) dependente(s).

19.4. Quando ocorrer rescisão antes do término deste contrato, será cobrada multa de 50% (cinquenta por cento) sobre os valores das mensalidades restantes para se completar a primeira vigência.

19.4.1. O contrato renovado por prazo indeterminado poderá ser denunciado pelo CONTRATANTE, por escrito, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, sem ônus da multa;

19.4.2. A falta de comunicação, nos termos deste artigo, implica na manutenção das obrigações contratuais assumidas.

19.4.3. Durante o prazo de denúncia não será admitida inclusão ou exclusão de beneficiários dependentes.

19.5. Fica vedada a rescisão ou suspensão unilateral do contrato, em qualquer hipótese, durante a ocorrência de internação hospitalar do beneficiário titular.

II - DAS OUTRAS DISPOSIÇÕES:

1. Por convenção, adotou-se neste contrato o gênero masculino quando há referência ao(à) CONTRATANTE, aos(às) beneficiários(as), aos(às) filhos(as), aos(às) menores, dentre outros.

2. A CONTRATADA não terá responsabilidade pelo pagamento nas seguintes condições:
a) Por qualquer acordo ajustado particularmente pelos beneficiários com quaisquer prestadores. Tais despesas e riscos correm por conta exclusiva do CONTRATANTE;
b) Pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa da pactuada, tais como, dentro do período de cumprimento de carência, após o término da relação contratual e fraude;
c) Na hipótese do beneficiário optar por acomodação hospitalar superior àquela contratada deverá arcar com a diferença de preço, inclusive de honorários dos profissionais, conforme negociação direta com o hospital, médicos e demais prestadores do atendimento;
d) A utilização dos serviços contratados, durante o período de suspensão ou de carência, neste último caso, ressalvadas as especificidades dos casos de urgências ou emergências é de responsabilidade do CONTRATANTE/beneficiário.

3. É obrigação do CONTRATANTE, na hipótese de rescisão, resolução ou resilição deste contrato, ou ainda, de exclusão de beneficiário, devolver os respectivos cartões de identificação e quaisquer outros documentos porventura fornecidos pela CONTRATADA, respondendo, sempre, sob todos os aspectos, pelos prejuízos resultantes do uso indevido desses documentos, restando isenta, neste caso, de qualquer responsabilidade, a CONTRATADA, a partir da exclusão do beneficiário, rescisão, resolução ou resilição do presente.

3.1. Considera-se uso indevido a utilização desses documentos para obter atendimento, mesmo que na forma contratada, pelos beneficiários que perderam essa condição, por exclusão ou término do contrato, ou, em qualquer hipótese, por terceiros não beneficiários;

3.2. O uso indevido e COMPROVADO do cartão de identificação, de qualquer beneficiário, a critério da CONTRATADA, ensejará pedido de indenização por perdas e danos, bem como a exclusão do respectivo titular e seus dependentes.

4. Ocorrendo a perda ou extravio de quaisquer documentos, o CONTRATANTE deverá comunicar, por escrito,

o fato à CONTRATADA, para cancelamento ou, quando for o caso, emissão de segunda via. O cancelamento só terá validade quando recebido por escrito, pela CONTRATADA.

5. Os beneficiários com mais de 60 (sessenta) anos de idade, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até 5 (cinco) anos têm privilégio na marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos.

6. O CONTRATANTE reconhece como dívida líquida e certa, em favor da CONTRATADA, quaisquer despesas decorrentes de atendimento prestado a ele, seus dependentes e agregados, cessadas as responsabilidades da CONTRATADA, independentemente da data de início do tratamento, bem como aquelas coberturas deferidas liminar ou cautelarmente em procedimento judicial, e posteriormente revogadas ou decididas em contrário, e ainda, os procedimentos não cobertos explicitamente por este instrumento.

7. A inserção de mensagens no recibo de cobrança das mensalidades valerá como advertência/notificação ao CONTRATANTE, para todos os efeitos deste contrato, a partir da data do respectivo pagamento, exceto na hipótese de rescisão de contrato, por inadimplência, quando então haverá NOTIFICAÇÃO ESPECÍFICA, até o 50º (qüinquagésimo) dia de inadimplemento, consecutivos ou não.

8. Qualquer tolerância não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

9. Poderá a CONTRATADA exigir documentação comprobatória das declarações do CONTRATANTE.

10. O CONTRATANTE, por si, seus dependentes e agregados, autoriza a CONTRATADA a obter o diagnóstico médico sempre que necessário, tanto para fins de reembolso como para fins de informações médicas. Ficam desde já autorizadas essas informações, que serão prestadas pelos médicos assistentes, ou pelos serviços credenciados, que se utilizarão da codificação expressa na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a Saúde - CID, da Organização Mundial de Saúde, 10ª (décima) revisão, ou fornecerão relatórios médicos detalhados.

11. Integram este contrato, para todos os fins de direito, a **Proposta de Adesão, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde - MPS, o Guia de Leitura Contratual - GLC, a Declaração de Saúde, Termo de Oferecimento do Plano Referência, Guia Médico** e demais anexos firmados pelos contraentes.

12. Toda e qualquer concessão pela CONTRATADA, fora do pactuado pelo presente instrumento, implicará em mera liberalidade.

13. Este contrato foi elaborado levando-se em consideração a legislação vigente nesta data. Assim, qualquer alteração das normas que implique em necessária modificação do que aqui foi avençado, sujeitará a novo ajuste das condições, inclusive com possíveis reflexos na contraprestação, desde que autorizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

HOSPITALAR
PLANO DE SAÚDE

CLÁUSULA XX - ELEIÇÃO DE FORO

20.1. Fica eleito o foro do domicílio do CONTRATANTE para dirimir qualquer demanda sobre o presente contrato, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

20.2. E por estarem assim justos e acordados, assinam o presente Contrato em duas vias, de igual teor, na presença de duas testemunhas, sendo rubricadas pelas partes todas as suas folhas.

Londrina, _____ de _____ de _____

CONTRATANTE

Nome:

CPF: RG:

Assinatura do Contratante/Titular

CONTRATADA

Associação Evangélica Beneficente de Londrina

CNPJ: 78613841/0001-61

Assinatura da Contratada/AEBEL

TESTEMUNHA

Nome:

CPF: RG:

Assinatura da Testemunha

TESTEMUNHA

Nome:

CPF: RG:

Assinatura da Testemunha

CLÁUSULA XX - DISPOSIÇÕES GERAIS

GLOSSÁRIO:

Para os efeitos deste contrato, são adotadas as seguintes definições:

1. Acidente Pessoal - é o evento exclusivo, com data caracterizada, diretamente externo, súbito, imprevisível, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico.

2. Agravo - É o acréscimo no valor da contraprestação pecuniária mensal do plano oferecida ao CONTRATANTE/ TITULAR como alternativa à adoção de cláusula de Cobertura Parcial Temporária

3. Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS - autarquia sob o regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde.

4. Atendimento Ambulatorial - é aquele executado no âmbito do ambulatório, incluindo a realização de curativos, pequenas cirurgias, primeiros socorros e outros procedimentos que não exijam uma estrutura mais complexa para o atendimento.

5. Atendimento Hospitalar – É o atendimento que se limita aos serviços executados em hospitais e pronto-socorro,não incluindo atendimentos ambulatoriais para fins de diagnóstico,terapia ou recuperação,mesmo que complementar a uma internação.

B Beneficiário - é a pessoa física que usufruirá dos serviços ora pactuados, seja na qualidade de titular ou dependente.

7. Cálculo Atuarial - é o cálculo estatístico com base em análise de informações sobre a freqüência de utilização, peculiaridades do beneficiário, tipo de procedimento, com vistas à manutenção do equilíbrio financeiro do plano e o cálculo das contraprestações.

8. Carência - é o prazo ininterrupto, contado a partir do início de vigência do contrato ou da data das novas inscrições, durante o qual os beneficiários não têm direito às coberturas contratadas.

9. Cartão Individual de Identificação - é a cédula onde se determina a identidade do beneficiário (nome, idade, código de inscrição na operadora, dentre outras informações.) e é, também, o comprovante de sua inscrição no plano.

10. CID-10 - é a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10ª revisão. IMPORTANTE: os procedimentos cobertos por este contrato são somente aqueles relacionados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde divulgado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e suas atualizações, de acordo com a segmentação assistencial.

11. Cobertura Parcial Temporária – É aquela que admite,num prazo determinado,a suspensão da cobertura de eventos cirúrgicos,leitos de alta complexidade,relacionada ás doenças e lesões pré existentes.

12. Cobertura - é a assistência à saúde contratada e que o beneficiário terá direito.

13. Consulta - é o ato realizado pelo médico ou dentista, conforme o caso, que avalia as condições clínicas do beneficiário.

14. Contratada - é a OPERADORA de planos privados de assistência à saúde, que se obriga a garantir a prestação de serviços de assistência à saúde aos beneficiários do plano ora convencionado, nos termos deste instrumento, através de seus médicos contratados e de rede própria, ou por ela contratada.

15. Contratante - é a pessoa física, qualificada na Proposta de Adesão em anexo, que contrata a prestação de serviços de assistência à saúde para si ou seu(s) dependente(s).

16. Contrato Individual ou Familiar - é um contrato de livre adesão de beneficiários, pessoas naturais, com ou sem grupo familiar.

17. Convivente - é a pessoa que vive em união estável com outrem em intimidade, com cunho de constituição de família, de forma pública.

18. Co-Participação - é o montante em termos percentuais ou valores monetários, para cada procedimento realizado, que, quando ocorrer, constituir-se-á parte integrante da contraprestação.

19. Doença - é o processo mórbido definido, tendo um conjunto característico de sintomas e sinais, que leva o indivíduo a tratamento médico.

20. Doença ou Lesões Pré Existente - Doença ou lesões adquirida pelo usuário antes da sua inscrição no contrato

21. Eletivo - é o termo usado para designar procedimentos médicos não considerados de urgência ou emergência.

22. Emergência - atendimentos que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, com alterações severas dos sinais vitais, caracterizado em declaração do médico assistente.

23. Entrevista qualificada – Quando o CONTRANTE/TITULAR,com auxílio do médico, afim de responder aos requisitos pertinentes a si e seus dependentes,referente às condições de saúde e doenças que tenha tido e que tenha conhecimento,antes do momento da contratação do plano.

24. Evento - é o conjunto de ocorrências ou serviços de assistência médica ou hospitalar coberto por este contrato.

25. Exame - é o procedimento complementar solicitado pelo médico assistente, que possibilita uma investigação diagnóstica, para melhor avaliar as condições clínicas do beneficiário.

26. Exame Pericial de Admissão - é o ato médico (e demais procedimentos) executado por profissional indicado pela CONTRATADA cuja finalidade é identificar doença e lesão que o beneficiário seja portador antes da contratação.

27. Guia de Serviços de Saúde - é a relação dos serviços próprios e contratados pela CONTRATADA.

28. Hospital de Categoria Diferenciada - é aquele hospital que utiliza sua própria lista de preços e procedimentos, não se sujeitando a Tabela de Referência de terceiros.

29. Inscrição - é o ato de incluir um beneficiário no plano.

30. Internação Hospitalar - é quando o beneficiário fica sob os cuidados médicos em um estabelecimento hospitalar.

31. Mensalidade ou Contraprestação - é a quantia a ser paga mensalmente à CONTRATADA, em face das coberturas previstas no contrato, ou sua mera disponibilidade.

32. Leitos de alta tecnologia – UTI,semi-intensivo;unidades coronarianas e unidades de tratamento para queimados e definidos pela portaria GM nº 3432,de 12.08.98 do ministério da saúde

33. Medicamentos /Material importado nacionalizado – entende-se o produto com matéria-prima importada,que esteja devidamente registrado no ministério da saúde ,manipulado e envasado no Brasil,com protocolo e diretriz de prescrição devidamente homologada pela sociedade médica brasileira da especialidade,e assim normatizado.

34. Operadora de Planos de Saúde (OPS) - empresa legalmente constituída, devidamente registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS que comercializa planos de assistência à saúde, de acordo com os dispositivos da Lei 9.656/98.

35. Órtese - refere-se unicamente aos aparelhos ou dispositivos ortopédicos de uso provisório, destinados a alinhar, prevenir ou corrigir deformidades ou melhorar a função das partes móveis do corpo, podendo, ou não, ser retirado posteriormente. (Ex:pinos e placas metálicas,lentes oculares)dentre outros em relação especifica cujo ROL atualizado no site da ANS www.ans.gov.br

36. Patologia - modificações funcionais produzidas pela doença no organismo.

37. Plano - é a opção de coberturas adquirida pelo CONTRATANTE.

38. Preposto - é o representante que poderá em nome da CONTRATADA, comercializar ou gerenciar o Plano de Saúde.

39. Primeiros Socorros - é o conjunto de procedimentos que constitui o primeiro atendimento realizado nos casos de urgência ou emergência.

40. Procedimentos de Alta Complexidade - são aqueles listados em norma da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, consistindo nos únicos procedimentos que, quando referentes à doença ou lesão preexistente, poderão constar de cláusula contratual específica e ter sua cobertura suspensa pelo prazo de até 24 (vinte e quatro) meses.

41. Proposta de Adesão - é o documento preenchido pelo CONTRATANTE que expressa a constituição jurídica entre as partes e firma as condições do contrato.

42. Prótese - é a peça artificial empregada em atos cirúrgicos, em substituição parcial ou total de um órgão ou membro, reproduzindo sua forma e/ou sua função. (Ex:Stent,marca passo)dentre outros em relação especifica cujo ROL atualizado no site da ANS www.ans.gov.br

43. Recursos ou Serviços Contratados, Credenciados ou Referenciados - são aqueles colocados à disposição do beneficiário pela CONTRATADA, para atendimento médico-hospitalar.

44. Recursos Próprios ou Rede Própria

a) hospitalar: todo recurso físico hospitalar de propriedade da CONTRATADA;
b) médica: constituída por profissional credenciado/contratado da CONTRATADA.

45. Rol de Procedimentos - é a lista editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, que referencia os procedimentos básicos obrigatórios, individualizados para as segmentações especificadas (ambulatorial, hospitalar, hospitalar com obstetrícia, odontológica e referência), encontra-se disponível no site www.ans.gov.br.

46. Urgência - atendimentos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional, onde haja diminuição do nível de consciência, dificuldade para respirar, dor intensa e alterações dos sinais vitais.

AEBEL

ASSOCIAÇÃO EVANGÉLICA
BENEFICENTE DE LONDRINA

PLANO DE SAÚDE Hospitalar

Hospital Evangélico DE LONDRINA

CEMITÉRIO PARQUE DAS OLIVEIRAS

PLANO DE SAÚDE
Hospitalar

R. Senador Souza Naves, 1922
86010-020 • Londrina • PR
T. 43 3315.1900 • www.planohospitalar.com.br

ANS 32675-5

PLANO DE SAÚDE

Hospitalar

GUIA MÉDICO

Contrato

ACUPUNTURA

ALMEIDA & SAMBATTI S/S LTDA (CNPJ: 03.486.447/0001-00) RQE nº: 13014
(43)3324-2011
AVENIDA BANDEIRANTES, 1162, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

FABIO ADRIANO PIERALISI SAMBATTI (CRM-PR 15184) RQE nº: 13014
(43)3324-2011
AVENIDA BANDEIRANTES, 1162, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

FLAVIO JOSE BARBIERI - PJ (CNPJ: 09.190.668/0001-13)
(43)3323-1252
R. RUA MARTIN LUTHER KING, 655, LAGO PARQUE, LONDRINA - PR

HELIO YOSHIAKI NAKATA (CRM-PR 14494) RQE nº: 16926
(43)3343-2200
R. MARTIN LUTHER KING, 511, LAGO PARQUE, LONDRINA - PR

ALERGIA E IMUNOLOGIA

CAROLINA TIYEMI DEGUCHI DA SILVA KANASHIRO (CRM-PR 24870) RQE nº: 17648
(43)3342-1212
R. MARTIN LUTHER KING, 645, LAGO PARQUE, LONDRINA - PR

CLINICA LGP ASSISTENCIA EM SAUDE LTDA (CNPJ: 31.361.079/0001-00) RQE nº: 24190
(43)3028-2432
R. MOREIRA CABRAL, 400, JARDIM LONDRILAR, LONDRINA - PR

ERICA ARAUJO CLINICA MEDICA EIRELLI (CNPJ: 42.507.429/0001-10)
(43)3345-1020
R. ENGENHEIRO OMAR RUPP, 164, JARDIM LONDRILAR, LONDRINA - PR

ERICA SAMANTHA SANTOS DE ARAUJO MELO (CRM-PR 31325) RQE nº: 25879
(43)3345-1020
R. ENGENHEIRO OMAR RUPP, 164, JARDIM LONDRILAR, LONDRINA - PR

ERICA SAMANTHA SANTOS DE ARAUJO MELO (CRM-PR 31325) RQE nº: 25879
Cancelado em 30/07/21 - (43)3345-1020
R. ENGENHEIRO OMAR RUPP, 164, JARDIM LONDRILAR, LONDRINA - PR

JOSE ROBERTO VIDOTTO (CRM-PR 8230) RQE nº: 5751
(43)3252-0800
R. BANDEIRANTES, 605, CENTRO, ARAPONGAS - PR

MIGUEL ALBERTO PICCIRILLO (CRM-PR 8726) RQE nº: 8607
(43)3334-4189
R. PAES LEME, 1264 - 1°andar sala 101, JARDIM AMERICA, LONDRINA - PR

SANTOS ARAUJO MELO LTDA (CNPJ: 22.721.580/0001-49)
Cancelado em 30/07/21 - (43)3132-1205
R. BENJAMIN CONSTANT, 39 - sala 04, CENTRO, CORNELIO PROCOPIO - PR
R. SENADOR SOUZA NAVES, 1110, CENTRO, LONDRINA - PR

Anexo Hospitalar 13 (6844232) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 288

VIGA SAUDE OCUPACIONAL LTDA (CNPJ: 00.881.486/0001-14) RQE nº: 5751
(43)3252-0800
R. MARABU, 605, CENTRO, ARAPONGAS - PR

ANESTESIOLOGIA

ANESTESIOCLINICA - SERV. DE ANESTESIA S/S LTDA (CNPJ: 07.405.423/0001-30) RQE nº: 8812
(43)3324-1204
AVENIDA BANDEIRANTES, 500 - SALA 405, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

DACIO DO REGO BARROS (CRM-PR 9084) RQE nº: 6048
(43)3249-3013
R. DINAMARCA, 430, CENTRO, CAMBE - PR

ANGIOLOGIA

ANGIO VASCULAR - SERVICOS MEDICOS - EIRELI - ME (CNPJ: 26.702.492/0001-50)
(43)3025-1305
AVENIDA AYRTON SENNA DA SILVA, 300, GLEBA FAZENDA PALHANO, LONDRINA - PR

ANTONIO CARLOS PAZINATTO (CRM-PR 4216) RQE nº: 7428
(43)3324-3886
R. SENADOR SOUZA NAVES, 1111, CENTRO, LONDRINA - PR

ANTONIO PRADO LUIGGI JUNIOR (CRM-PR 9264) RQE nº: 7160
(43)3324-3886
R. SENADOR SOUZA NAVES, 1111, CENTRO, LONDRINA - PR

ARENA & ARAUJO SS LTDA (CNPJ: 06.979.564/0001-02)
(43)3377-1925
AVENIDA BANDEIRANTES, 402 - sala 02, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR
AVENIDA ALBERTO CARAZZAI, 1519, CENTRO, CORNELIO PROCOPIO - PR

CARLOS ALBERTO MORSELLI DINIZ (CRM-PR 9668)
(43)3356-8742

CLINICA E ECOGRAFIA VASCULAR CND SS LTDA (CNPJ: 15.814.872/0001-60)
(43)3356-8742
R. ADHEMAR PEREIRA DE BARROS, 745, BELA SUICA, LONDRINA - PR

JOSE MANOEL DA SILVA SILVESTRE (CRM-PR 8182) RQE nº: 3404
(43)3339-6347
AVENIDA BANDEIRANTES, 901 - sala 504, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

JUNOT CORDEIRO (CRM-PR 6396) RQE nº: 7645
(43)3324-3886
R. SENADOR SOUZA NAVES, 1111, LAGO PARQUE, LONDRINA - PR

MARTA MARIA FURTADO DINIZ (CRM-PR 6048) RQE nº: 7649
(43)3324-3886
R. SENADOR SOUZA NAVES, 1111, CENTRO, LONDRINA - PR

MONICA FILGUEIRAS ARENA (CRM-PR 20314)
(43)3377-1925

ROGERIO ALEXSANDER SAKUMA (CRM-PR 21043) RQE nº: 12915
(43)3378-1030
AVENIDA BANDEIRANTES, 618 - SETOR MEDICINA HIPERBARICA -sala 3, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

CARDIOLOGIA

ADRIANO DE FREITAS RIBEIRO (CRM-PR 25124)
(43)3371-8500
AVENIDA BANDEIRANTES, 736, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

AEROMEDICA CLINICA MEDICA E ODONTOLOGIA LTDA ME (CNPJ: 13.920.057/0001-50)
(43)3323-7064
R. ALVARENGA PEIXOTO, 392, LAGO PARQUE, LONDRINA - PR

ANA LUCIA DE ALMEIDA (CRM-PR 25721) RQE nº: 203
(43)3524-5339
PRACA MANOEL RIBAS, 90, CENTRO, CORNELIO PROCOPIO - PR

ANA LUCIA DE ALMEIDA - ME (CNPJ: 11.816.952/0001-02)
(43)3524-5339
PRACA MANOEL RIBAS, 90, CENTRO, CORNELIO PROCOPIO - PR

ANTONIO FERNANDO AMARAL SANTANNA (CRM-PR 13280) RQE nº: 8498
(43)3343-1010
R. CLOVIS BEVILAQUA, 299, PETROPOLIS, LONDRINA - PR

ANTONIO IZIDORO FURLAN (CRM-PR 7043) RQE nº: 1729
(43)3339-4914
R. MARTIN LUTHER KING, 835, LAGO PARQUE, LONDRINA - PR

BENEDITO EDILSON DA SILVA RAMOS (CRM-PR 15497) RQE nº: 9740
(43)3371-7000
R. PROFESSOR JOAQUIM DE MATOS BARRETO, 930, LIMA AVEZEDO , LONDRINA - PR

BRUNO GRION DE OLIVEIRA (CRM-PR 30057) RQE nº: 21790
(43)3327-2975
R. LEONARDO DA VINCI, 199, CARAVELLE, LONDRINA - PR

CAIO VINICIUS PERES FOGACA (CRM-PR 30059) RQE nº: 23037
(43)3132-8080
AVENIDA MINAS GERAIS, 818, CENTRO, CORNELIO PROCOPIO - PR

CARDIOCLINICA SERVICOS MEDICOS SS LTDA (CNPJ: 85.431.344/0001-08)
(43)3322-4473
R. MARTIN LUTHER KING, 697, LAGO PARQUE, LONDRINA - PR

CARDIOLIFE CLINICA DE CARDIOLOGIA DE LONDRINA LTDA (CNPJ: 15.687.558/0001-64)
(43)3371-7000

Anexo Hospitalar 13 (6844232) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 290

R. PROFESSOR JOAQUIM DE MATOS BARRETO, 930, LIMA AZEVEDO, LONDRINA - PR

CASSIANO JOSE XAVIER GIL **(CRM-PR 26910)**
(43)3158-3553
AVENIDA PRUDENTE MORAES, 239, CENTRO, IBIPORA - PR

CDC CENTRO DO CORACAO LTDA **(CNPJ: 02.731.973/0005-50)**
(43)3377-7600
AVENIDA ERICH KOCH WESER, 35 - sala 02, MANOEL MULLER, ROLANDIA - PR

CDC CENTRO DO CORACAO S/S LTDA **(CNPJ: 02.731.973/0001-26)**
(43)3372-1900
R. SENADOR SOUZA NAVES, 1456, CENTRO, LONDRINA - PR

CENTRO CARDIOLOGICO DE LONDRINA SC LTDA **(CNPJ: 00.531.453/0001-44)**
(43)3339-4914
R. MARTIN LUTHER KING, 835, LAGO PARQUE, LONDRINA - PR

CEZAR EUMANN MESAS **(CRM-PR 15144) RQE nº: 15711**
(43)3304-1172
AVENIDA MADRE LEONIA MILITO, 1377 - SALA1209 , BELA SUICA, LONDRINA - PR

CLAUDIO JOSE FUGANTI **(CRM-PR 8257) RQE nº: 8292**
(43)3323-4737
R. SENADOR SOUZA NAVES, 738, CENTRO, LONDRINA - PR

CLINICA BRUMED LTDA **(CNPJ: 16.830.560/0001-03)**
(43)3329-4912
AVENIDA MADRE LEONIA MILITO, 1377 - SALA 703, BELA SUICA, LONDRINA - PR

CLINICA DE SERVICOS MEDICOS PRO KIDS LTDA **(CNPJ: 21.295.912/0001-08)**
(43)3322-1001
AVENIDA ADHEMAR PEREIRA DE BARROS, 1199, BELA SUIÇA, LONDRINA - PR

CLINICA MEDICA PRO VITA S/S LTDA **(CNPJ: 06.041.954/0001-29)**
(43)3254-2222
AVENIDA CANADA, 337, CENTRO, CAMBE - PR

CLINICA MEDICA SCHELL DE MORAES S/S LTDA **(CNPJ: 03.853.440/0001-80) RQE nº: 9289**
(43)3252-2076
R. MARABU, 1574, CENTRO, ARAPONGAS - PR

COT CLINICA DE ORTOP. TRAUMATOLOGIA E FISIOT. S/S LTDA **(CNPJ: 01.359.860/0001-89)**
(43)3252-2327
R. PAVAO, 11, CENTRO, ARAPONGAS - PR

CRISTHIANE IKEDA BAVOSO **(CRM-PR 13351)**
(43)3322-1001
AVENIDA ADHEMAR PEREIRA DE BARROS, 1199, BELA SUICA, LONDRINA - PR

DANILO CARRARA GUEDES **(CRM-PR 20728) RQE nº: 15184**

(43)3524-6391
PRACA MANOEL RIBAS, 144, CENTRO, CORNELIO PROCOPIO - PR

DOUGLAS DOS SANTOS GRION **(CRM-PR 11144) RQE nº: 8459**
(43)3347-0009
R. SENADOR SOUZA NAVES, 441 - SALA 94, CENTRO, LONDRINA - PR

FABRICIO PARRA GARCIA **(CRM-PR 16744) RQE nº: 12607**
(43)3371-7000
R. PROFESSOR JOAQUIM DE MATOS BARRETO, 930, LIMA AZEVEDO, LONDRINA - PR

FERNANDO GARCIA ROCHA **(CRM-PR 7506) RQE nº: 2928**
(43)3322-4473
R. MARTIN LUTHER KING, 697, LAGO PARQUE, LONDRINA - PR

FLAVIO BARUTTA JUNIOR **(CRM-PR 15934) RQE nº: 10515**
(43)3378-3454
R. SENADOR SOUZA NAVES, 1586, CENTRO, LONDRINA - PR

FRANK HENRIQUE CURAN **(CRM-PR 26796) RQE nº: 22412**
(43)3372-1900
R. SENADOR SOUZA NAVES, 1456, CENTRO, LONDRINA - PR

FREDERICO & ISHII LTDA **(CNPJ: 10.214.926/0002-14)**
(43)3347-0009
R. SENADOR SOUZA NAVES, 441 - sala 94, CENTRO, LONDRINA - PR

GABRIELA FRANCO GONZALES ARFELLI **(CRM-PR 29745) RQE nº: 22873**
(43)3372-1900
R. SENADOR SOUZA NAVES, 1456, CENTRO, LONDRINA - PR

GALLINA DIAGNOSTICOS POR IMAGEM S/S LTDA **(CNPJ: 10.742.444/0001-56)**
(43)3252-3839
R. DAS POMBAS, 311, CENTRO, ARAPONGAS - PR

GIOVANA MUNHOZ KHALIL **(CRM-PR 28310) RQE nº: 21804**
(43)3254-1734
R. BELGICA, 870, JARDIM SAO CAETANO, CAMBE - PR

GUILHERME MISAO TANAN UTSUMI **(CRM-PR 33891) RQE nº: 25030**
(43)3372-1900
R. SENADOR SOUZA NAVES, 1456, CENTRO, LONDRINA - PR

GUSTAVO MAZZER DE AQUINO **(CRM-PR 24557) RQE nº: 17102**
(43)3371-8500
AVENIDA BANDEIRANTES, 736, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

HERLON MITUZI MIYAZAWA **(CRM-PR 36225) RQE nº: 28483**
(43)3252-2327
R. PAVAO, 11, CENTRO, ARAPONGAS - PR

Anexo Hospitalar 13 (6844232) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 292

HUGO MARCOS CONTE SILVA PENHA (CRM-PR 26946) RQE nº: 22875
(43)3372-1900
R. SENADOR SOUZA NAVES, 1456, CENTRO, LONDRINA - PR

HUMANARI SERVICOS MEDICOS LTDA ME (CNPJ: 14.275.965/0001-00) RQE nº: 20444
(43)3158-3553
AVENIDA PRUDENTE DE MORAES, 239, CENTRO, IBIPORA - PR

ICANOR ANTONIO RIBEIRO (CRM-PR 4932) RQE nº: 8577
(43)3371-8500
AVENIDA BANDEIRANTES, 736, JD. LONDRILAR, LONDRINA - PR

INCOR INSTITUTO DE DOENCAS DO CORACAO LONDRINA SC LTDA (CNPJ: 80.922.032/0001-83)
(43)3371-8500
AVENIDA BANDEIRANTES, 736, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

IVO ALBERTO NOBREGA SILVA (CRM-PR 26918) RQE nº: 21978
(43)3323-7064
R. ALVARENGA PEIXOTO, 392, LAGO PARQUE, LONDRINA - PR

JOSE ALBERTO CORREIA DA SILVA (CRM-PR 8582) RQE nº: 3375
(43)3339-4914
R. MARTIN LUTHER KING, 835, LAGO PARQUE, LONDRINA - PR

JRL SERVICOS MEDICOS LTDA ME (CNPJ: 11.173.832/0001-26)
(43)3064-2599
R. PROFESSOR JOAO CANDIDO, 1455, CENTRO, LONDRINA - PR

KHALIL CARDIO - CLINICA MEDICA DE CARDIOLOGIA E CIRURGIA CAR (CNPJ: 27.403.532/0001-26)
(43)3254-1734
R. BELGICA, 870, JARDIM SAO CAETANO, CAMBE - PR

L RUSSI GARCIA E CIA LTDA (CNPJ: 29.737.705/0001-78) RQE nº: 21790
(43)3027-2975
R. LEONARDO DA VINCI, 199, CARAVELLE, LONDRINA - PR
R. SENADOR SOUZA NAVES, 441 - SALA 94, CENTRO, LONDRINA - PR

LABCENTER - LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS LTDA (CNPJ: 03.133.077/0001-28)
(43)3232-1351
R. DOUTOR GERVASIO MORALES , 638, CENTRO, SERTANOPOLIS - PR

LAERCIO UEMURA (CRM-PR 9807) RQE nº: 3369
(43)3372-1900
R. SENADOR SOUZA NAVES, 1456, CENTRO, LONDRINA - PR

LIGIA CRISTINA COELHO (CRM-PR 25752) RQE nº: 2983
(43)3372-1900
R. SENADOR SOUZA NAVES, 1456, CENTRO, LONDRINA - PR

LORENA OLIVEIRA BORGES (CRM-PR 41960) RQE nº: 28143

(43)3372-1900
R. SENADOR SOUZA NAVES, 1456, CENTRO, LONDRINA - PR

LUCAS MEDA CAETANO PARAISO **(CRM-PR 25775) RQE nº: 18559**
(43)3345-0715
R. SENADOR SOUZA NAVES , 441 - sala 92, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

LUCIANO CANONICO **(CRM-PR 16052)**
(43)3371-7000
R. PROFESSOR JOAQUIM DE MATOS BARRETO, 930, LIMA AZEVEDO, LONDRINA - PR

LUCIANO RODRIGUES E SILVA **(CRM-PR 20359) RQE nº: 12564**
(43)3025-2091
AVENIDA BANDEIRANTES, 500 - Sala 507, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

LUIZ CARLOS MIGUITA **(CRM-PR 3947) RQE nº: 372**
(43)3372-1900
R. SENADOR SOUZA NAVES, 1456, JARDIM LONDRILAR, LONDRINA - PR

LUIZ CARLOS MIGUITA JUNIOR **(CRM-PR 15664) RQE nº: 19928**
(43)3372-1900
R. SENADOR SOUZA NAVES, 1456, JARDIM LONDRILAR, LONDRINA - PR

LUIZ EDUARDO GUISELLI GALLINA **(CRM-PR 18989) RQE nº: 11375**
(43)3252-3839
R. DAS POMBAS, 323, CENTRO, ARAPONGAS - PR

MA CLINICA MEDICA LTDA **(CNPJ: 13.511.748/0001-09)**
(43)3361-3807
R. MONTE CASTELO, 765, JARDIM HIGIENOPOLIS, LONDRINA - PR

MARCELO CICHOCKI **(CRM-PR 17945) RQE nº: 14121**
(43)3371-7000
R. PROFESSOR JOAQUIM DE MATOS BARRETO, 930, LIMA AZEVEDO, LONDRINA - PR

MARCO ANTONIO FABIANI **(CRM-PR 7771) RQE nº: 10036**
(43)3339-4914
R. MARTIN LUTHER KING, 835, LAGO PARQUE, LONDRINA - PR

MARCO CESAR MIGUITA **(CRM-PR 19036) RQE nº: 12530**
(43)3345-0715
R. SENADOR SOUZA NAVES, 441 - SALA 92, CENTRO, LONDRINA - PR

MARCOS AUGUSTO VALARINI **(CRM-PR 7501) RQE nº: 1562**
(43)3323-7064
R. ALVARENGA PEIXOTO, 392, LAGO PARQUE, LONDRINA - PR

MILTON FERREIRA NEVES FILHO **(CRM-PR 13795) RQE nº: 13066**
(43)3345-0715
R. SENADOR SOUZA NAVES, 441 - SALA 92, CENTRO, LONDRINA - PR

Anexo Hospitalar 13 (6844232) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 294

ODONTOMEDICA BITTENCOURT LTDA ME (CNPJ: 10.714.883/0001-55) RQE nº: 3897
(43)3258-5552
AVENIDA DOM PEDRO II, 332, CENTRO, IBIPORA - PR

OSNEY MARQUES MOURE (CRM-PR 10267) RQE nº: 8406
(43)3344-3434
R. SENADOR SOUZA NAVES, 1501, CENTRO, LONDRINA - PR

PAULO HENRIQUE MARQUES MORAES (CRM-PR 9811) RQE nº: 5065
(43)3339-4914
R. MARTIN LUTHER KING, 835, LAGO PARQUE, LONDRINA - PR

PAULO HENRIQUE VERRI (CRM-PR 28030) RQE nº: 21957
(43)3156-1190
R. MARTIN FRIEDRICH MEWES, 101, MANOEL MULLER, ROLANDIA - PR

PEDRO ALOYSIO KRELING (CRM-PR 1983) RQE nº: 5
Cancelado em 13/07/21 - (43)3344-0009
AVENIDA BANDEIRANTES, 420, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

PEDRO LUCAS DE CARVALHO (CRM-PR 31173)
(43)3345-0715

PETERSON FABIANO BUSSADORI (CRM-PR 19333)
(43)3371-7000
R. PROFESSOR JOAQUIM DE MATOS BARRETO, 930, LIMA AZEVEDO, LONDRINA - PR

RAFAEL GOULART ARAUJO (CRM-PR 35306) RQE nº: 26801
(43)3372-1900
R. SENADOR SOUZA NAVES, 1456, CENTRO, LONDRINA - PR

RAFAELA FERNANDA LEBBOS RUZON (CRM-PR 28415) RQE nº: 2955
Cancelado em 12/03/21 - (43)3361-3807
R. MONTE CASTELO, 765, JARDIM HIGIENOPOLIS, LONDRINA - PR

RAFAELA FERNANDA LEBBOS RUZON (CRM-PR 28415) RQE nº: 2955
(43)3361-3807
R. MONTE CASTELO, 765, JARDIM HIGIENOPOLIS, LONDRINA - PR

RANGEL VICTORINO DE ALBUQUERQUE (CRM-PR 19277)
(43)3371-7000
R. PROFESSOR JOAQUIM DE MATOS BARRETO, 930, LIMA AZEVEDO, LONDRINA - PR

RENATO PINHEIRO FRANCO (CRM-PR 23624) RQE nº: 1909
(43)3064-2599
R. PROFESSOR JOAO CANDIDO, 1455, CENTRO, LONDRINA - PR

RICARDO BASTOS DE REZENDE (CRM-PR 8241) RQE nº: 1686
(43)3339-4914
R. MARTIN LUTHER KING, 835, LAGO PARQUE, LONDRINA - PR

RICARDO JOSE RODRIGUES (CRM-PR 11852) RQE nº: 8711
(43)3372-1900
R. SENADOR SOUZA NAVES, 1456 - SALA 301, CENTRO, LONDRINA - PR

RICARDO UEDA (CRM-PR 13970) RQE nº: 9657
(43)3345-0715
R. SENADOR SOUZA NAVES, 441 - SALA 92, CENTRO, LONDRINA - PR

ROBERTO RODRIGUES QUEIROZ (CRM-PR 20792) RQE nº: 16684
(43)3371-8500
AVENIDA BANDEIRANTES, 736, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

RODOLFO PARIS SOARES (CRM-PR 31123) RQE nº: 19143
(43)3524-1000
AVENIDA MINAS GERAIS, 818, CENTRO, CORNELIO PROCOPIO - PR

RODRIGO BATISTA DE OLIVEIRA MUNIZ (CRM-PR 35809) RQE nº: 23426
(43)3372-1900
R. SENADOR SOUZA NAVES, 1456, CENTRO, LONDRINA - PR

RT SERVICOS MEDICOS LTDA (CNPJ: 17.464.411/0001-30)
(43)3132-8080
AVENIDA MINAS GERAIS, 818, CENTRO, CORNELIO PROCOPIO - PR

SEMI EL KADRI (CRM-PR 13568) RQE nº: 8419
(43)3371-8500
AVENIDA BANDEIRANTES, 736, JD. LONDRILAR, LONDRINA - PR

SERGIO SHIGUERU HAYASHI (CRM-PR 8584) RQE nº: 3380
(43)3371-8500
AVENIDA BANDEIRANTES, 736, JD. LONDRILAR, LONDRINA - PR

SERVICOS DE CARDIOLOGIA INVASIVA SS LTDA (CNPJ: 07.274.369/0001-31)
(43)3345-0715
R. SENADOR SOUZA NAVES, 441 - 9º ANDAR/ SALA 92, CENTRO, LONDRINA - PR

TATIANA LASKOVSKI (CRM-PR 18693) RQE nº: 14877
(43)3372-1900
R. SENADOR SOUZA NAVES, 1456, CENTRO, LONDRINA - PR

THIAGO FELIPE DOS SANTOS (CRM-PR 26846) RQE nº: 18484
(43)3523-4641
R. ANDRADAS, 200, CENTRO, CORNELIO PROCOPIO - PR

VERRI & BRUN CLINICA MEDICA LTDA ME (CNPJ: 27.734.262/0001-36) RQE nº: 21957
(43)3156-1190
R. MARTIN FRIEDRICH MEWES, 101, MANOEL MULLER, ROLANDIA - PR

VINICIUS ALVES BARBOSA (CRM-PR 30337) RQE nº: 25365
(43)3254-1734
R. BELGICA, 870, JARDIM SAO CAETANO, CAMBE - PR

Anexo Hospitalar 13 (6844232) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 296

VINICIUS AUGUSTO BARUSSO BELEZE (CRM-PR 37185) RQE nº: 28293
(43)3372-1900
R. SENADOR SOUZA NAVES, 1456, CENTRO, LONDRINA - PR

VITOR HUGO SOARES MACHADO (CRM-PR 12846) RQE nº: 14104
(43)3321-3361
R. MARTIN LUTHER KING, 511, LAGO PARQUE, LONDRINA - PR

WALACE KOHATA DE AQUINO (CRM-PR 7708) RQE nº: 8436
(43)3026-3030
R. TOMAS ANTONIO GONZAGA, 54, LAGO PARQUE, LONDRINA - PR

WALDMIR BELINATI (CRM-PR 4500) RQE nº: 10392
(43)3322-7341
R. SENADOR SOUZA NAVES, 1456 - SALA 301, CENTRO, LONDRINA - PR

ZS SERVICOS MEDICOS LTDA (CNPJ: 11.483.927/0001-46) RQE nº: 18484
(43)3523-4641
R. DOS ANDRADAS, 200, CENTRO, CORNELIO PROCOPIO - PR

CIRURGIA CARDIOVASCULAR

CARDOSO E VIDOTTI SERVICOS MEDICOS LTDA (CNPJ: 10.656.605/0001-99)
(43)3275-0200
ROD. PR218 SAIDA PARA ASTORGA, SN, JARDIM UNIVERSITARIO, ARAPONGAS - PR

EDGAR VIDOTTI (CRM-PR 20986) RQE nº: 18989
(43)3275-0200
ROD. PR218 SAIDA PARA ASTORGA, SN - SAIDA PARA SABAUDIA , JARDIM UNIVERSITARIO, ARAPONGAS - PR

FELIPE JOSE JAZBIK GUIMARAES (CRM-PR 39985) RQE nº: 24102
(43)3275-0200
ROD. PR218 SAIDA PARA ASTORGA, sn, JARDIM UNIVERSITARIO, ARAPONGAS - PR

KALIL HUSSEIN KHALIL (CRM-PR 27841) RQE nº: 21951
(43)3254-1734
R. BELGICA, 870, JARDIM SAO CAETANO, CAMBE - PR

KHALIL CARDIO - CLINICA MEDICA DE CARDIOLOGIA E CIRURGIA CAR (CNPJ: 27.403.532/0001-26)
(43)3254-1734
R. BELGICA, 870, JARDIM SAO CAETANO, CAMBE - PR

MARCIO HENRIQUE CARDOSO (CRM-PR 21324) RQE nº: 21766
(43)3275-0200
ROD. PR218 SAIDA PARA ASTORGA, SN - SAIDA PARA SABAUDIA, JARDIM UNIVERSITARIO, ARAPONGAS - PR

CIRURGIA DA MAO

EDSON KENJI TAKAKI (CRM-PR 7669) RQE nº: 8847
(43)3324-6159
AVENIDA BANDEIRANTES, 500 - SALA 608, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

GUILHERME OGAWA (CRM-PR 29657) RQE nº: 24943
(43)3361-3807
R. MONTE CASTELO, 765, JARDIM HIGIENOPOLIS, LONDRINA - PR

VERONA & OGAWA SERVICOS MEDICOS LTDA (CNPJ: 17.964.189/0001-35)
(43)3361-3807
R. MONTE CASTELO, 765, JARDIM HIGIENOPOLIS, LONDRINA - PR

CIRURGIA DE CABECA E PESCOCO

ANDRE ARMANI (CRM-PR 23591) RQE nº: 16573
(43)3323-3166
AVENIDA BANDEIRANTES, 336, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

CLINICA AJA SERVICOS MEDICOS S/S LTDA (CNPJ: 13.797.689/0001-79)
(43)3323-3166
AVENIDA BANDEIRANTES, 336 - sala 01, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

CLINICA GASTRICA E CIRURGICA LONDRINENSE (CNPJ: 06.888.529/0001-70) RQE nº: 3035
Cancelado em 14/06/21 - (43)3342-7064
R. ANTONIO MARIA CLARETTI, 68, PETROPOLIS, LONDRINA - PR

CORREA CALVO & MATSUO SERVICOS MEDICOS SS (CNPJ: 22.998.282/0001-09)
(43)3324-0406
R. JULIO ESTRELA MOREIRA, 294, CANAA, LONDRINA - PR

DANIELLE FERNANDA CLETO (CRM-PR 25545)
Cancelado em 14/06/21 - (43)3342-7064

VINICIUS KANDA MATSUO (CRM-PR 33940)
(43)3324-0406
R. JULIO ESTRELA MOREIRA, 294, CANAA, LONDRINA - PR

CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO

AGNELLO MARCOS CORREA DE CASTILHO (CRM-PR 6429) RQE nº: 8840
(43)3324-6389
AVENIDA BANDEIRANTES, 500 - SALA 103, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

ALVARO QUEIROZ DE GODOY (CRM-PR 4960) RQE nº: 8632
(43)3315-0044
AVENIDA BANDEIRANTES, 324, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

ANDRE REICHERT DA SILVA GODOY (CRM-PR 20897) RQE nº: 2006
(43)3336-3686
AVENIDA AYRTON SENNA DA SILVA, 1055, GLEBA FAZENDA PALHANO, LONDRINA - PR

ANTONIO CESAR MARSON (CRM-PR 13666) RQE nº: 10208
(43)3324-5982
AVENIDA BANDEIRANTES, 865, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

Anexo Hospitalar 13 (6844232) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 298

BRUNO RODRIGUES CASIMIRO (CRM-PR 21632) RQE nº: 1202
(43)3249-3000
R. DINAMARCA, 430, CENTRO, CAMBE - PR

CLINICA CIRURGICA PAES LEME S/S LTDA (CNPJ: 03.987.006/0001-92)
(43)3343-4545
R. ANTONIO AMADO NOIVO, 92, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

EMANUEL GOIS JUNIOR (CRM-PR 24491) RQE nº: 18743
(43)3028-0029
AVENIDA BANDEIRANTES, 500 - Sala 409, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

ESOPHAGUS - PHMETRIA E MANOMETRIA S/C LTDA (CNPJ: 04.928.785/0001-18)
(43)3344-3548
AVENIDA BANDEIRANTES, 500 - SALA 509, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

GODOY - CLINICA MEDICA LTDA - ME (CNPJ: 11.322.190/0001-80) RQE nº: 2006
(43)3336-3686
AVENIDA AYRTON SENNA DA SILVA, 1055 - SALA 1102 11º andar, GLEBA FAZENDA PALHANO, LONDRINA - PR

HELIO APARECIDO BATISTELLA JUNIOR (CRM-PR 18517) RQE nº: 10945
(43)3315-0044
R. ALVARENGA PEIXOTO, 420, LAGO PARQUE, LONDRINA - PR

JOSE ANTONIO GORLA JUNIOR - PJ (CNPJ: 03.803.485/0001-40)
(43)3342-8500
R. SENADOR SOUZA NAVES, 1788, JARDIM LONDRILAR, LONDRINA - PR

JOSE ANTONIO GORLA JUNIOR PF (CRM-PR 6953) RQE nº: 8526
(43)3342-8500
R. SENADOR SOUZA NAVES, 1788, JARDIM LONDRILAR, LONDRINA - PR

JOSE CARLOS LACERDA DE SOUZA (CRM-PR 3668) RQE nº: 8347
(43)3324-4067
AVENIDA BANDEIRANTES, 500 - SALA 103, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

KYS CLINICA E CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO EIRELI (CNPJ: 25.269.456/0001-82) RQE nº: 18756
(43)3315-0044
AVENIDA BANDEIRANTES, 324 - SALA 01, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

LINO LUIS SANCHES LARANGEIRA (CRM-PR 18341) RQE nº: 21326
Cancelado em 03/11/21 - (43)3344-3772
R. OLINDA, 270, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

LINO LUIS SANCHES LARANGEIRA (CRM-PR 18341) RQE nº: 21326
(43)3344-3772
R. OLINDA, 270, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

L3 CLINICA MEDICA EIRELI (CNPJ: 38.389.070/0001-56)
(43)3344-3772
R. OLINDA, 270, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

MARCIO ALEXANDRE PROSPERO (CRM-PR 13927) RQE nº: 8223
(43)3343-4545
R. ANTONIO AMADO NOIVO, 92, CENTRO, LONDRINA - PR

MARIANO DE ALMEIDA MENEZES (CRM-PR 22739) RQE nº: 603
(43)3324-5982
AVENIDA BANDEIRANTES, 865 - 4º ANDAR, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

MIGLIORINI & BANDEIRA SS LTDA (CNPJ: 05.797.364/0001-68)
(43)3252-8080
R. FLAMINGOS, 1625, CENTRO, ARAPONGAS - PR

MONICA DE CASTRO QUEIROZ (CRM-PR 14284) RQE nº: 9672
(43)9999-70207
AVENIDA BANDEIRANTES, 500 - SALA 409 , VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

NUTRI ICADIS CLINICA MEDICA SS LTDA (CNPJ: 12.578.045/0001-27)
Cancelado em 03/11/21 - (43)3344-3772
R. OLINDA, 270, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

PIEKER FERNANDO MIGLIORINI (CRM-PR 11949) RQE nº: 11434
(43)3252-8080
R. FLAMINGOS, 1625, CENTRO, ARAPONGAS - PR

PIO GOMES OLIVEIRA NETO (CRM-PR 12549) RQE nº: 7608
(43)3322-3716
R. JORGE VELHO, 64, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

REINALDO HIDETO MORIOKA (CRM-PR 8743)
(43)3315-0044
AVENIDA BANDEIRANTES, 324, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

SERGIO KAZUAKI MIYABE KOMATSU (CRM-PR 8762) RQE nº: 879
(43)3028-0029
AVENIDA BANDEIRANTES, 500 - 4°andar sala 410, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

CIRURGIA GERAL

AGNELLO MARCOS CORREA DE CASTILHO (CRM-PR 6429) RQE nº: 342
(43)3324-6389
AVENIDA BANDEIRANTES, 500 - SALA 103, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

ALVARO QUEIROZ DE GODOY (CRM-PR 4960) RQE nº: 483
(43)3315-0044
AVENIDA BANDEIRANTES, 324, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

ANDRE REICHERT DA SILVA GODOY (CRM-PR 20897) RQE nº: 14837
(43)3336-3686
AVENIDA AYRTON SENNA DA SILVA, 1055, GLEBA FAZENDA PALHANO, LONDRINA - PR

ANTONIO CELSO BUSNARDO (CRM-PR 4135) RQE nº: 8853

Anexo Hospitalar 13 (6844232) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 300

(43)3323-2113
AVENIDA BANDEIRANTES, 500 - SALA 409, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

ANTONIO CESAR MARSON (CRM-PR 13666) RQE nº: 8275
(43)3324-5982
AVENIDA BANDEIRANTES, 865, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

BRUNO RODRIGUES CASIMIRO (CRM-PR 21632) RQE nº: 16380
(43)3249-3000
R. DINAMARCA, 430, CENTRO, CAMBE - PR

CLAUDINEI LEITE DA SILVA (CRM-PR 9813) RQE nº: 13744
(43)3258-3614
AVENIDA ENGENHEIRO BELTRÃO, 235, CENTRO, IBIPORA - PR

CLINICA CIRURGICA PAES LEME S/S LTDA (CNPJ: 03.987.006/0001-92)
(43)3343-4545
R. ANTONIO AMADO NOIVO, 92, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

CLINICA MEDICA DRA MARIANGELA NAVARRO LTDA (CNPJ: 15.696.053/0001-66)
(43)3024-1010
AVENIDA AYRTON SENNA DA SILVA, 500 - sala 503, GLEBA FAZENDA PALHANO, LONDRINA - PR

CLINICA SAMPAIO SOCIEDADE SIMPLES LTDA (CNPJ: 07.071.953/0001-90)
(43)3324-7483
AVENIDA RIO DE JANEIRO, 830, CENTRO, LONDRINA - PR

COT CLINICA DE ORTOP. TRAUMATOLOGIA E FISIOT. S/S LTDA (CNPJ: 01.359.860/0001-89)
(43)3252-2327
R. PAVAO, 11, CENTRO, ARAPONGAS - PR

DAYANE CRISTINE QUIROGA PUGAS LOPES (CRM-PR 30215) RQE nº: 25467
(43)3254-1734
R. BELGICA, 870, JARDIM SAO CAETANO, CAMBE - PR

DIEGO JANESCH (CRM-PR 22536) RQE nº: 16302
(43)3351-7388
AVENIDA AYRTON SENNA DA SILVA, 550 - sala 502 5º andar Edificio Montello, GLEBA FAZENDA PALHANO, LONDRINA - PR

DIEGO JANESCH CLINICA SAUDE MEDICA ME (CNPJ: 08.990.935/0001-74)
(43)3351-7388
AVENIDA AYRTON SENNA DA SILVA, 550 - SALA 502, TORRE MONTELLO, GLEBA FAZENDA PALHANO, LONDRINA - PR

ENDOSURG CLINICA DE MEDICINA ENDOSCOPIA E CIRURGIA LTDA (CNPJ: 14.782.744/0001-10)
(43)3344-0016
R. CLAUDIO MANUEL DA COSTA, 143, LAGO PARQUE, LONDRINA - PR

FERNANDO CESAR DAL PORTO (CRM-PR 19100) RQE nº: 11655
(43)3523-5692
R. GOIAS, 65, CENTRO, CORNELIO PROCOPIO - PR

FERREIRA E LIBANORI - CLINICA MEDICA LTDA (CNPJ: 09.233.290/0001-98) RQE nº: 16961
(43)3315-0044
AVENIDA BANDEIRANTES, 324, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR
R. MONTEIRO LOBATO, 330, CENTRO, ROLANDIA - PR

GODOY - CLINICA MEDICA LTDA - ME (CNPJ: 11.322.190/0001-80) RQE nº: 14837
(43)3336-3686
AVENIDA AYRTON SENNA DA SILVA, 1055 - SALA 1102 11º andar, GLEBA FAZENDA PALHANO, LONDRINA - PR

HELIO APARECIDO BATISTELLA JUNIOR (CRM-PR 18517) RQE nº: 10946
(43)3315-0044
R. ALVARENGA PEIXOTO, 420, LAGO PARQUE, LONDRINA - PR

JAIR FURLAN (CRM-PR 5944) RQE nº: 8701
(43)3322-2032
AVENIDA BANDEIRANTES, 500 - SALA 101, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

JOAO CORREIA SERVICOS MEDICOS EIRELLI (CNPJ: 41.009.719/0001-70)
(43)3372-0055
R. MARTIN LUTHER KING, 740, LAGO PARQUE, LONDRINA - PR

JOSE DE PAULA FARIA NETO (CRM-PR 30102) RQE nº: 22480
(43)3254-1734
R. BELGICA, 870, JARDIM SAO CAETANO, CAMBE - PR

JULIO MASCARENHAS DE SOUZA (CRM-PR 29094)
(43)3344-0016
R. CLAUDIO MANUEL DA COSTA, 143, LAGO PARQUE, LONDRINA - PR

KHALIL CARDIO - CLINICA MEDICA DE CARDIOLOGIA E CIRURGIA CAR (CNPJ: 27.403.532/0001-26)
(43)3254-1734
R. BELGICA, 870, JARDIM SAO CAETANO, CAMBE - PR

LUCIANO FACCI FEIJO (CRM-PR 15567) RQE nº: 10746
(43)3249-3000
R. DINAMARCA, 430, CENTRO, CAMBE - PR
R. WILLIE DAVIDS, 470, CENTRO, ROLANDIA - PR

LUIS FELIPE PERRIN OLIVEIRA (CRM-PR 25571) RQE nº: 18461
(43)3252-2327
R. RUA PAVAO, 11, CENTRO, ARAPONGAS - PR

MARIANGELA NAVARRO (CRM-PR 11552) RQE nº: 8647
(43)3024-1010
AVENIDA AYRTON SENNA DA SILVA, 500 - SALA 503, GLEBA FAZENDA PALHANO, LONDRINA - PR

MIGUEL ALVES PEREIRA JUNIOR (CRM-PR 10768) RQE nº: 2337
(43)3336-2651
R. SENADOR SOUZA NAVES, 1044, CENTRO, LONDRINA - PR

Anexo Hospitalar 13 (6844232) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 302

MILTON KEITA MAEDA (CRM-PR 9837)
(43)3324-1114
AVENIDA CARLOS GOMES, 86, PETROPOLIS, LONDRINA - PR

MORAES E PINHEIRO SERVICOS MEDICOS LTDA (CNPJ: 20.051.455/0001-43) RQE nº: 2521
(43)3351-7388
AVENIDA AYRTON SENNA DA SILVA, 550 - SALA 502, GLEBA FAZENDA PALHANO, LONDRINA - PR

NAJA NABUT (CRM-PR 12119) RQE nº: 5675
(43)3339-1617
R. SENADOR SOUZA NAVES, 1009, CENTRO, LONDRINA - PR

NELSON TOSHIO MIYABARA (CRM-PR 6985) RQE nº: 8969
(43)3324-5723
R. MATO GROSSO, 1693, CENTRO, LONDRINA - PR

ONCOLON SERVICOS MEDICOS SS LTDA (CNPJ: 39.492.062/0001-01)
(43)3066-6272
AVENIDA AYRTON SENNA DA SILVA, 500 - SALA 1603, GLEBA FAZENDA PALHANO, LONDRINA - PR

OSMAR VEITAS SAMPAIO (CRM-PR 10131) RQE nº: 5679
(43)3324-7483
AVENIDA RIO DE JANEIRO, 830, CENTRO, LONDRINA - PR

PAULO CESAR FONSECA (CRM-PR 4162) RQE nº: 572
(43)3315-0044
AVENIDA BANDEIRANTES, 324, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

PELLOSO & ROSSI MEDICINA SS LTDA (CNPJ: 24.740.113/0001-91) RQE nº: 488
(43)3351-7388
AVENIDA AYRTON SENNA DA SILVA, 550 - sala 502 5º andar Edificio Montello, GLEBA FAZENDA PALHANO, LONDRINA - PR

PRO GASTRO IMAGEM LTDA (CNPJ: 11.422.964/0001-44)
(43)3523-5692
R. GOIAS, 65, CENTRO, CORNELIO PROCOPIO - PR

REINALDO HIDETO MORIOKA (CRM-PR 8743) RQE nº: 8676
(43)3315-0044
AVENIDA BANDEIRANTES, 324, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

SYLVIO FERREIRA FILHO (CRM-PR 7717) RQE nº: 9024
(43)3256-5522
R. MONTEIRO LOBATO, 330, CENTRO, ROLANDIA - PR

VINICIUS DE ALMEIDA PELLOSO (CRM-PR 32358) RQE nº: 488
(43)3351-7388
AVENIDA AYRTON SENNA DA SILVA, 550 - sala 502 5º andar Edificio Montello, GLEBA FAZENDA PALHANO, LONDRINA - PR

CIRURGIA ONCOLOGICA

ANA CRISTINA DA SILVA DO AMARAL HERRERA (CRM-PR 15214) RQE nº: 11948

(43)3305-4200
AVENIDA ADHEMAR PEREIRA DE BARROS, 679, BELA SUICA, LONDRINA - PR

ANDRADE AZEVEDO CLINICA MEDICA LTDA ME **(CNPJ: 17.974.415/0001-69)**
(43)3305-4200
AVENIDA ADHEMAR PEREIRA DE BARROS, 679, BELA SUICA, LONDRINA - PR

FLAVIO HENRIQUE PEREIRA CONTE **(CRM-PR 30122) RQE nº: 2441**
(43)3329-1760
AVENIDA AYRTON SENNA DA SILVA, 500 - Sala 801, GLEBA FAZENDA PALHANO, LONDRINA - PR

INSTITUTO DE CANCER DE LONDRINA - ICL **(CNPJ: 78.633.088/0001-76)**
(43)3379-2789
R. LUCILLA BALLALAI, 212 - CX.POSTAL 8042, MONCOES, LONDRINA - PR

JORGE MALI JUNIOR **(CRM-PR 18576) RQE nº: 14314**
(43)3324-5982
AVENIDA BANDEIRANTES, 865 - 4 andar sala 402, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

KELLY FERNANDA PEREIRA E SILVA **(CRM-PR 23549) RQE nº: 2888**
(43)3324-7026
R. CAMBARA, 484, CENTRO, LONDRINA - PR

ONCOLON SERVICOS MEDICOS SS LTDA **(CNPJ: 39.492.062/0001-01)**
(43)3066-6272
AVENIDA AYRTON SENNA DA SILVA, 500 - SALA 1603, GLEBA FAZENDA PALHANO, LONDRINA - PR

RAFAEL ALICEDA FERRAZ **(CRM-PR 32794) RQE nº: 21815**
(14)3302-6600
R. DOM PEDRO I, VILA MORAES, OURINHOS - SP

RAFAEL NEIVA DE AZEVEDO **(CRM-PR 29318) RQE nº: 23263**
(43)3305-4200
AVENIDA ADHEMAR PEREIRA DE BARROS, 679, BELA SUICA, LONDRINA - PR

CIRURGIA PEDIATRICA

ERIKA OKUNO **(CRM-PR 18532) RQE nº: 13164**
(43)3323-8362
R. JULIO ESTRELA MOREIRA, 294, CANAA, LONDRINA - PR

FERNANDO COSTA **(CRM-PR 3197) RQE nº: 8319**
(43)3323-8362
R. JULIO ESTRELA MOREIRA, 294, CANAA, LONDRINA - PR

LARA BATAGLINI QUINTILIANO DE OLIVEIRA **(CRM-PR 29839) RQE nº: 19982**
(43)3323-8362
AVENIDA AYRTON SENNA DA SILVA, 900, GLEBA FAZENDA PALHANO, LONDRINA - PR

LBQ DE OLIVEIRA EIRELI ? ME **(CNPJ: 23.927.467/0001-87)**
(43)3323-8362

Anexo Hospitalar 13 (6844232) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 304

AVENIDA AYRTON SENNA DA SILVA, 900, GLEBA FAZENDA PALHANO, LONDRINA - PR

LUCIO TEDESCO MARCHESE (CRM-PR 2735) RQE nº: 8933
(43)3323-8362
R. JULIO ESTRELA MOREIRA, 294, CANAA, LONDRINA - PR

MAURO ROBERTO BASSO (CRM-PR 13683) RQE nº: 8960
Cancelado em 14/11/21 - (43)3373-1988
AVENIDA JUSCELINO KUBITSCHEK, 2573, BOA VISTA, LONDRINA - PR

MONGE & ZARELLI SERVICOS MEDICOS S/S LTDA (CNPJ: 11.711.988/0001-13)
(43)3324-4964
R. CLAUDIO MANUEL DA COSTA, 105, LAGO PARQUE, LONDRINA - PR

RICARDO SILVA PARREIRA (CRM-PR 19281) RQE nº: 15587
(43)3345-3553
R. OMAR RUPP, 461, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

SYLVIO VILLARI FILHO (CRM-PR 4380) RQE nº: 8426
(43)3323-8362
R. JULIO ESTRELA MOREIRA, 294, CANAA, LONDRINA - PR

VERONICA BEATRIZ RIBEIRO ZARELLI (CRM-PR 28011) RQE nº: 20621
(43)3373-1988
AVENIDA JUSCELINO KUBITSCHEK, 2573, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

CIRURGIA PLASTICA

CLINICA MEDICA ITIMURA SHIDA & ISOBE LTDA (CNPJ: 21.648.310/0001-97)
(43)3324-0727
R. MARTIN LUTHER KING, 783, LAGO PARQUE, LONDRINA - PR

LEANDRO RAMALHO CHAVES ISOBE (CRM-PR 27456) RQE nº: 21896
(43)3324-0727
R. MARTIN LUTHER KING, 783, LAGO PARQUE, LONDRINA - PR

MILTON KEITA MAEDA (CRM-PR 9837) RQE nº: 3406
(43)3324-1114
AVENIDA CARLOS GOMES, 86, PETROPOLIS, LONDRINA - PR

CIRURGIA TORACICA

CIRURGIA DO TORAX DE LONDRINA LTDA (CNPJ: 15.553.657/0001-53)
(43)3305-4200
R. ADHEMAR PEREIRA DE BARROS, 679 - SALA 5, BELA SUICA, LONDRINA - PR

CLINICA MEDICA PRO VITA S/S LTDA (CNPJ: 06.041.954/0001-29)
(43)3254-2222
AVENIDA CANADA, 337, CENTRO, CAMBE - PR

RAFAEL EGOROFF FOGOLIN (CRM-PR 34604) RQE nº: 26603
(43)3305-4200

R. CARACAS, SANTA ROSA, LONDRINA - PR

CIRURGIA VASCULAR

ANDRE GENTA DINIZ (CRM-PR 29063) P
(43)3321-2901
AVENIDA BANDEIRANTES, 901 - sala 604, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

ANGIO VASCULAR - SERVICOS MEDICOS - EIRELI - ME (CNPJ: 26.702.492/0001-50) P
(43)3025-1305
AVENIDA AYRTON SENNA DA SILVA, 300, GLEBA FAZENDA PALHANO, LONDRINA - PR

ANTONIO CARLOS PAZINATTO (CRM-PR 4216) RQE nº: 7429 P
(43)3324-3886
R. SENADOR SOUZA NAVES, 1111, CENTRO, LONDRINA - PR

ANTONIO PRADO LUIGGI JUNIOR (CRM-PR 9264) RQE nº: 7161 P
(43)3324-3886
R. SENADOR SOUZA NAVES, 1111, CENTRO, LONDRINA - PR

ARENA & ARAUJO SS LTDA (CNPJ: 06.979.564/0001-02) P
(43)3377-1925
AVENIDA BANDEIRANTES, 402 - sala 02, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR
AVENIDA ALBERTO CARAZZAI, 1519, CENTRO, CORNELIO PROCOPIO - PR

CLINICA DE CIRCULACAO DR JOSE DINIZ LTDA ME (CNPJ: 03.875.023/0001-38) P
(43)3321-2901
AVENIDA BANDEIRANTES, 901 - SALA 604, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

CLINICA MEDICA PRO VITA S/S LTDA (CNPJ: 06.041.954/0001-29) P
(43)3254-2222
AVENIDA CANADA, 337, CENTRO, CAMBE - PR

D BARRETO RAMOS CLINICA MEDICA (CNPJ: 27.323.477/0001-64) P
(43)3256-0161
AVENIDA PRESIDENTE BERNARDES, 1024, CENTRO, ROLANDIA - PR
R. PAES LEME, 1332, JARDIM AMERICA, LONDRINA - PR

DANIEL BARRETO RAMOS (CRM-PR 29624) RQE nº: 20727 P
(43)3256-0161
AVENIDA PRESIDENTE BERNARDES, 1024, CENTRO, ROLANDIA - PR

DENISE PINHEIRO GOIS FENIMAN (CRM-PR 30307) RQE nº: 21747 P
(43)3025-1305
AVENIDA AYRTON SENNA DA SILVA, 300, GLEBA FAZENDA PALHANO, LONDRINA - PR

ELIAS ARCENIO NETO (CRM-PR 21535) RQE nº: 14089 P
(43)3029-0402
R. MARTIN LUTHER KING, 677, LAGO PARQUE, LONDRINA - PR

FELIPE COELHO NETO (CRM-PR 21073) P

Anexo Hospitalar 13 (6844232) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 306

(43)3029-0403

FERNANDO THOMAZINHO (CRM-PR 19450) P
(43)3029-0404

HOSPITAL VASCULAR DE LONDRINA LTDA (CNPJ: 07.233.725/0001-79) P
(43)3029-0403
AVENIDA MARINGA, 2655, VITORIA, LONDRINA - PR

IGOR SCHINCARIOL PEROZIN (CRM-PR 26917) RQE nº: 18932 P
(43)3029-0402
R. MARTIN LUTHER KING, 677, LAGO PARQUE, LONDRINA - PR

JOAO LUCAS DE FIGUEIREDO FARIA (CRM-PR 33238) P
(43)3029-0403

JOSE ANTONIO MORSELLI DINIZ (CRM-PR 6464) RQE nº: 6502 P
(43)3321-2901
AVENIDA BANDEIRANTES, 901 - SALA 604, JD. LONDRILAR, LONDRINA - PR

JOSE DE PAULA FARIA NETO (CRM-PR 30102) RQE nº: 22479 P
(43)3254-1734
R. BELGICA, 870, JARDIM SAO CAETANO, CAMBE - PR

JOSE MANOEL DA SILVA SILVESTRE (CRM-PR 8182) RQE nº: 3403 P
(43)3339-6347
AVENIDA BANDEIRANTES, 901 - sala 504, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

JUNOT CORDEIRO (CRM-PR 6396) RQE nº: 7201 P
(43)3324-3886
R. SENADOR SOUZA NAVES, 1111, LAGO PARQUE, LONDRINA - PR

KHALIL CARDIO - CLINICA MEDICA DE CARDIOLOGIA E CIRURGIA CAR (CNPJ: 27.403.532/0001-26) P
(43)3254-1734
R. BELGICA, 870, JARDIM SAO CAETANO, CAMBE - PR

LUCIANO FACCI FEIJO (CRM-PR 15567) RQE nº: 11115 P
(43)3249-3000
R. DINAMARCA, 430, CENTRO, CAMBE - PR
R. WILLIE DAVIDS, 470, CENTRO, ROLANDIA - PR

LUIS HENRIQUE MAIA ROCHA - ME (CNPJ: 19.741.734/0001-50) P
(43)3029-0404
AVENIDA MARINGA, 2655, VITORIA, LONDRINA - PR

MARTA MARIA FURTADO DINIZ (CRM-PR 6048) RQE nº: 7650 P
(43)3324-3886
R. SENADOR SOUZA NAVES, 1111, CENTRO, LONDRINA - PR

MONICA FILGUEIRAS ARENA (CRM-PR 20314) P
(43)3377-1925

NOVA ALIANCA - SERVICOS MEDICOS LTDA - ME (CNPJ: 20.487.608/0001-08)
(43)3029-0402
R. MARTIN LUTHER KING, 677, LAGO PARQUE, LONDRINA - PR

PAULO FERNANDO GASPARETTO JUNIOR (CRM-PR 32401) RQE nº: 25252
(43)3347-0009
R. SENADOR SOUZA NAVES, 441 - sala 92, CENTRO, LONDRINA - PR

PROVARE CLINICA E CIRURGIA VASCULAR SS LTDA (CNPJ: 08.025.924/0001-54)
(43)3324-5932
AVENIDA RIO DE JANEIRO, 1500 - sala 904, CENTRO, LONDRINA - PR

R M MANSANO EIRELI (CNPJ: 21.034.176/0002-15)
(43)3029-0402
R. MARTIN LUTHER KING, 677, LAGO PARQUE, LONDRINA - PR

RAMZI ABDALLAH EL HOSNI JUNIOR (CRM-PR 8461) RQE nº: 7742
(43)3324-5932
AVENIDA RIO DE JANEIRO, 1500 - SALA 904, CENTRO, LONDRINA - PR

RODRIGO EIK SAHYUN (CRM-PR 35310) RQE nº: 27152
(43)3029-0402
R. MARTIN LUTHER KING, 677, LAGO PARQUE, LONDRINA - PR

RODRIGO EIK SAHYUN CINICA MEDICA ME (CNPJ: 24.381.969/0001-18)
(43)3029-0402
R. MARTIN LUTHER KING, 677, LAGO PARQUE, LONDRINA - PR

RODRIGO GOMES DE OLIVEIRA (CRM-PR 18578)
(43)3029-0403

ROGERIO ALEXSANDER SAKUMA (CRM-PR 21043) RQE nº: 12915
(43)3378-1030
AVENIDA BANDEIRANTES, 618 - SETOR MEDICINA HIPERBARICA -sala 3, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

THIAGO AUGUSTO CADORIN DE CASTRO (CRM-PR 34281)
(43)3029-0403

VITACORP LTDA (CNPJ: 12.783.857/0001-04)
(43)3029-0402
R. MARTIN LUTHER KING, 677, LAGO PARQUE, LONDRINA - PR

VOLPI E GASPARETTO LTDA (CNPJ: 21.923.942/0001-11)
(43)3347-0009
R. SENADOR SOUZA NAVES, 441 - sala 92, CENTRO, LONDRINA - PR

WANDER EDUARDO SARDINHA (CRM-PR 10830) RQE nº: 5006
(43)3322-1411
R. BORBA GATO, 1079, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

CLINICA MEDICA

Anexo Hospitalar 13 (6844232) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 308

ALEPH -SERVICOS MEDICOS LTDA - EIRELI **(CNPJ: 18.209.902/0001-06)**
(43)3321-3929
R. ALVARENGA PEIXOTO, 420, LAGO PARQUE, LONDRINA - PR

ANTONIO CARLOS TRUFINO **(CRM-PR 3973) RQE nº: 8274**
(43)3324-2907
R. BORBA GATO, 785, JARDIM IPIRANGA, LONDRINA - PR

ANTONIO YUJI OIKAWA **(CRM-PR 10748)**
(43)3262-1123
R. MANOEL RIBAS, 1530, CENTRO, ASSAI - PR

ARAUJO FERREIRA & CIA LTDA **(CNPJ: 75.400.721/0001-98)**
(43)3252-0400
R. FLAMINGOS, 1684, CENTRO, ARAPONGAS - PR

ASSOCIACAO BENEFICENTE SAO RAFAEL **(CNPJ: 80.906.639/0001-70)**
(43)3311-3000
R. SANTOS DUMONT, 554, CENTRO, ROLANDIA - PR

ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA **(CNPJ: 78.613.841/0001-61)**
(43)3378-1000
AVENIDA BANDEIRANTES, 618, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

ASSOCIACAO NORTE PARANAENSE DE COMBATE AO CANCER **(CNPJ: 04.169.712/0001-90)**
(43)3275-0200
ROD. PR 218 SAIDA PARA ASTORGA - SAIDA PARA SABAUDIA, JARDIM UNIVERSITARIO, ARAPONGAS - PR

CASA DE MISERICORDIA DE CORNELIO PROCOPIO **(CNPJ: 76.256.064/0001-10)**
(43)3520-1600
AVENIDA NOSSA SENHORA DO ROCIO, 1165, CENTRO, CORNELIO PROCOPIO - PR

CENTRO DE EXCELENCIA ATENCAO GERIATRICA-CEGEN **(CNPJ: 06.233.166/0001-34)**
(43)3524-1000
AVENIDA NOSSA SENHORA DO ROCIO, 144, CENTRO, CORNELIO PROCOPIO - PR

CLINICA DE RECUPERACAO EMOCIONAL DAS PALMEIRAS **(CNPJ: 73.579.716/0001-69)**
(43)3328-8484
R. DAS ACUCENAS, 700, COLINA VERDE, LONDRINA - PR

CLINICA MEDICA PRO VITA S/S LTDA **(CNPJ: 06.041.954/0001-29)**
(43)3254-2222
AVENIDA CANADA, 337, CENTRO, CAMBE - PR

COT CLINICA DE ORTOP. TRAUMATOLOGIA E FISIOT. S/S LTDA **(CNPJ: 01.359.860/0001-89)**
(43)3252-2327
R. PAVAO, 11, CENTRO, ARAPONGAS - PR

EDSON TSUYOMI ANZAI **(CRM-PR 10611) RQE nº: 8883**
(43)3321-3929
R. ALVARENGA PEIXOTO, 420, Lago Parque, LONDRINA - PR

FRANCISCO TETSUO ASHAKURA (CRM-PR 5461)
(43)3262-1123
R. MANOEL RIBAS, 1530, CENTRO, ASSAI - PR

GIOVANA MUNHOZ KHALIL (CRM-PR 28310)
(43)3254-1734

HERLON MITUZI MIYAZAWA (CRM-PR 36225) RQE nº: 28003
(43)3252-2327
R. PAVAO, 11, CENTRO, ARAPONGAS - PR

HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA RITA DE ASSAI LTDA (CNPJ: 77.561.934/0001-27)
(43)3262-3207
R. MANOEL RIBAS, 1530, CENTRO, ASSAI - PR

INSTITUTO DE MEDICINA CIRURGIA E GINECOLOGIA LTDA (CNPJ: 78.080.017/0001-93)
(43)3258-5020
R. JOSE BONIFACIO, 266, CENTRO, IBIPORA - PR

INSTITUTO DE SAUDE OCUPACIONAL DO NORTE PIONEIRO SS LTDA (CNPJ: 11.310.146/0001-50)
(43)3524-3790
R. PADRE JOSE KENTENICH, 41, JD DOS PIONEIROS, CORNELIO PROCOPIO - PR

IVETE NAHOMI YAMAGUTI (CRM-PR 10352)
(43)3323-8627
R. SENADOR SOUZA NAVES, 626 - SALA 25, CENTRO, LONDRINA - PR

JAN WALTER STEGMANN (CRM-PR 6546) RQE nº: 8580
(43)3322-4696
R. SENADOR SOUZA NAVES, 1502, CENTRO, LONDRINA - PR

JOAQUIM CELSO ANDRADE GUIMARAES (CRM-PR 8275) RQE nº: 8915
(43)3329-5060
AVENIDA BANDEIRANTES, 500 - SALA 310, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

JRL SERVICOS MEDICOS LTDA ME (CNPJ: 11.173.832/0001-26)
(43)3064-2599
R. PROFESSOR JOAO CANDIDO, 1455, CENTRO, LONDRINA - PR

KHALIL CARDIO - CLINICA MEDICA DE CARDIOLOGIA E CIRURGIA CAR (CNPJ: 27.403.532/0001-26)
(43)3254-1734
R. BELGICA, 870, JARDIM SAO CAETANO, CAMBE - PR

LABCENTER - LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS LTDA (CNPJ: 03.133.077/0001-28)
(43)3232-1351
R. DOUTOR GERVASIO MORALES , 638, CENTRO, SERTANOPOLIS - PR

MARIANA PAULA SANCHES ZANOTTI (CRM-PR 27962) RQE nº: 20606
(43)3329-1760
R. AYRTON SENNA DA SILVA , 500 - sala 801-A, GLEBA FAZENDA PALHANO, LONDRINA - PR

Anexo Hospitalar 13 (6844232) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 310

MARIO SATO (CRM-PR 5608)
(43)3262-1123
R. MANOEL RIBAS, 1530, CENTRO, ASSAI - PR

NAJA NABUT (CRM-PR 12119) RQE nº: 5676
(43)3339-1617
R. SENADOR SOUZA NAVES, 1009, CENTRO, LONDRINA - PR

OSVALDO KAZUSHIGUE YANO (CRM-PR 5602)
(43)3262-1123
R. MANOEL RIBAS, 1530, CENTRO, ASSAI - PR

PAULO HENRIQUE VERRI (CRM-PR 28030) RQE nº: 22145
(43)3156-1190
R. MARTIN FRIEDRICH MEWES, 101, MANOEL MULLER, ROLANDIA - PR

PAULO ROBERTO VILACA JUNIOR (CRM-PR 26380)
(43)3304-3767
R. PREFEITO HUGO CABRAL, 804 AP 11, CENTRO, LONDRINA - PR

PEDRO HUMBERTO PERIN LEITE (CRM-PR 11718) RQE nº: 8991
(43)3323-4483
AVENIDA BANDEIRANTES, 865, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

RENATO PINHEIRO FRANCO (CRM-PR 23624) RQE nº: 16456
(43)3064-2599
R. PROFESSOR JOAO CANDIDO, 1455, CENTRO, LONDRINA - PR

RODOLFO PARIS SOARES (CRM-PR 31123) RQE nº: 25072
(43)3524-1000
AVENIDA MINAS GERAIS, 818, CENTRO, CORNELIO PROCOPIO - PR

ROMULO PARIS SOARES (CRM-PR 36730) RQE nº: 21176
(43)3132-8080
AVENIDA MINAS GERAIS, 818 - SALA 03, CENTRO, CORNELIO PROCOPIO - PR

ROSMEIRY KEMMER SOUZA (CRM-PR 7767) RQE nº: 8624
(43)3356-1166
R. ALVARENGA PEIXOTO, 420 - SALA 05, LAGO PARQUE, LONDRINA - PR

RT SERVICOS MEDICOS LTDA (CNPJ: 17.464.411/0001-30)
(43)3132-8080
AVENIDA MINAS GERAIS, 818, CENTRO, CORNELIO PROCOPIO - PR

SALVA VIDA SOS EMERGENCIAS MEDICAS LTDA (CNPJ: 02.752.378/0001-77)
(43)3373-5000
AVENIDA SANTOS DUMONT, 438, BOA VISTA, LONDRINA - PR

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CAMBE (CNPJ: 75.757.849/0001-03)
(43)3174-3100
R. SUIÇA, 220, CENTRO, CAMBE - PR

SAO FRANCISCO INSTITUTO VIDA (CNPJ: 07.142.188/0001-51)
(43)3249-3013
R. PRESIDENTE KENNEDY, 163, CENTRO, CAMBE - PR

SMM SERVICOS MEDICOS LTDA (CNPJ: 30.586.466/0001-81)
(43)3361-0111
R. SENADOR SOUZA NAVES, 1283 - 3º andar, CENTRO, LONDRINA - PR

SOARES & SOARES CLINICA MEDICA LTDA (CNPJ: 27.040.977/0001-99) RQE nº: 21176
(43)3132-8080
AVENIDA MINAS GERAIS, 818 - sala 03, CENTRO, CORNELIO PROCOPIO - PR

VERRI & BRUN CLINICA MEDICA LTDA ME (CNPJ: 27.734.262/0001-36) RQE nº: 22145
(43)3156-1190
R. MARTIN FRIEDRICH MEWES, 101, MANOEL MULLER, ROLANDIA - PR

WALTON LUIZ DEL TEDESCO (CRM-PR 3889)
(43)3523-3786
R. SANTOS DUMONT, 635, CENTRO, CORNELIO PROCOPIO - PR

WILSON VOLPATO (CRM-PR 5381)
(43)3378-1000

COLOPROCTOLOGIA

CLINICA CIRURGICA PAES LEME S/S LTDA (CNPJ: 03.987.006/0001-92)
(43)3343-4545
R. ANTONIO AMADO NOIVO, 92, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

LINO LUIS SANCHES LARANGEIRA (CRM-PR 18341) RQE nº: 17350
(43)3344-3772
R. OLINDA, 270, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

LINO LUIS SANCHES LARANGEIRA (CRM-PR 18341) RQE nº: 17350
Cancelado em 03/11/21 - (43)3344-3772
R. OLINDA, 270, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

L3 CLINICA MEDICA EIRELI (CNPJ: 38.389.070/0001-56)
(43)3344-3772
R. OLINDA, 270, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

NUTRI ICADIS CLINICA MEDICA SS LTDA (CNPJ: 12.578.045/0001-27)
Cancelado em 03/11/21 - (43)3344-3772
R. OLINDA, 270, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

DERMATOLOGIA

ADRIANA MARTIN SWENSON (CRM-PR 15690) RQE nº: 10859
(43)3344-5416
AVENIDA RIO DE JANEIRO, 1500 - SALA 603, CENTRO, LONDRINA - PR

Anexo Hospitalar 13 (6844232) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 312

BRUNO MENDES SOARES (CRM-PR 39299)
(43)3025-2520
AVENIDA DUQUE DE CAXIAS, 1726, JARDIM LONDRILAR, LONDRINA - PR

CASSIO RAFAEL MOREIRA (CRM-PR 33622)
(43)3361-0111

CLARISSA PATIAS LENA URQUIZA VELOZO (CRM-PR 29186) RQE nº: 23215
(43)3361-0111
AVENIDA SENADOR SOUZA NAVES, 1283, CENTRO, LONDRINA - PR

CRISTINA MARIA ARANDA (CRM-PR 11432) RQE nº: 5819
(43)3336-0104
AVENIDA AYRTON SENNA DA SILVA, 1055 - SALA 1206, GLEBA FAZENDA PALHANO, LONDRINA - PR

ELAINE DE SANTI (CRM-PR 12334) RQE nº: 8311
(43)3324-0702
R. SENADOR SOUZA NAVES, 626 - SALA 95, CENTRO, LONDRINA - PR

HELIO CELESTINO DA SILVA (CRM-PR 4362) RQE nº: 2181
(43)3322-6789
R. SENADOR SOUZA NAVES, 1255 - SALA 104, CENTRO, LONDRINA - PR

INSTITUTO DE DERMATOLOGIA ESTETICA E GERIATRIA DE LONDRINA (CNPJ: 33.667.570/0001-99) RQE nº: 16542
(43)3025-2520
AVENIDA DUQUE DE CAXIAS, 1726 - sala 214, JARDIM LONDRILAR, LONDRINA - PR

JULIANA MARIA REZENDE (CRM-PR 13973) RQE nº: 7625
(43)3322-0003
R. SENADOR SOUZA NAVES, 576a, CENTRO, LONDRINA - PR

LORIVALDO MINELLI (CRM-PR 2671) RQE nº: 2296
(43)3322-1297
R. SENADOR SOUZA NAVES, 1255 - 6 Andar / Sala 603, CENTRO, LONDRINA - PR

PRISCILA DA SILVA TAGUTI (CRM-PR 32296) RQE nº: 23584
(43)3025-2520
AVENIDA DUQUE DE CAXIAS, 1726 - sala 214, JARDIM LONDRILAR, LONDRINA - PR

RAFAEL GARANI (CRM-PR 20900) RQE nº: 16542
(43)3025-2520
AVENIDA DUQUE DE CAXIAS, 1726 - sala 214 - Edificio Duque Hall, JARDIM LONDRILAR, LONDRINA - PR

REUMATO CLINICA SS LTDA (CNPJ: 22.236.618/0001-98)
(43)3361-0111
R. SENADOR SOUZA NAVES, 1283 - sala 301 - 3º andar, CENTRO, LONDRINA - PR

RICARDO HIRAYAMA MONTERO (CRM-PR 35301) RQE nº: 26805
(43)3025-2520
AVENIDA DUQUE DE CAXIAS, 1726 - sala 214, JARDIM LONDRILAR, LONDRINA - PR

RICARDO RIBEIRO PASELLO (CRM-PR 17441) RQE nº: 9384
(43)3322-1617
R. ENGENHEIRO OMAR RUPP, 186 - Instituto Pontello, CENTRO, LONDRINA - PR

ECOCARDIOGRAFIA

ECOCARDIO VASCULAR SERVICO DE IMAGENOLOGIA LTDA EPP (CNPJ: 05.209.578/0001-76)
(43)3321-6378
R. SENADOR SOUZA NAVES, 1457, CENTRO, LONDRINA - PR

PAULO HENRIQUE VERRI (CRM-PR 28030) RQE nº: 21960
(43)3156-1190
R. MARTIN FRIEDRICH MEWES, 101, MANOEL MULLER, ROLANDIA - PR

VERRI & BRUN CLINICA MEDICA LTDA ME (CNPJ: 27.734.262/0001-36) RQE nº: 21960
(43)3156-1190
R. MARTIN FRIEDRICH MEWES, 101, MANOEL MULLER, ROLANDIA - PR

ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA

ANNA CATARINA GATZK DE ARRUDA (CRM-PR 33958) RQE nº: 24859
(43)3321-5700
AVENIDA MADRE LEONIA MILITO, 1377 - SALA 605/606, BELA SUICA, LONDRINA - PR

BEATRIZ GRACIANO SANT'ANNA (CRM-PR 41686) RQE nº: 25199
(43)3254-1734
R. BELGICA, 870, JARDIM SAO CAETANO, CAMBE - PR

CDC CENTRO DO CORACAO S/S LTDA (CNPJ: 02.731.973/0001-26)
(43)3372-1900
R. SENADOR SOUZA NAVES, 1456, CENTRO, LONDRINA - PR

CLAUDIA NASCIMENTO MONTEMOR (CRM-PR 19286) RQE nº: 974
(43)3321-5700
AVENIDA MADRE LEONIA MILITO, 1377 - Sala 605 e 606, BELA SUIÇA, LONDRINA - PR

CLINICA MEDICA PRO VITA S/S LTDA (CNPJ: 06.041.954/0001-29)
(43)3254-2222
AVENIDA CANADA, 337, CENTRO, CAMBE - PR

ENDOCRINO INSTITUTO DE ENDOCRINOLOGIA E DIABETES DE LONDRINA (CNPJ: 00.406.300/0001-75)
(43)3322-6806
R. ALAGOAS, 477, CENTRO, LONDRINA - PR

ENDOMED ENDOCRINOLOGIA E MEDICINA NUCLEAR LTDA ME (CNPJ: 80.760.192/0001-73)
(43)3027-2975
R. LEONARDO DA VINCI, 199, CARAVELLE, LONDRINA - PR

ERICA NAVARRO SCALIANTE (CRM-PR 34307) RQE nº: 27093
(43)3322-6806
R. ALAGOAS, 477, CENTRO, LONDRINA - PR

Anexo Hospitalar 13 (6844232) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 314

INSTITUTO ENDOVIDA SS LTDA ME (CNPJ: 26.225.035/0001-12)
(43)3321-5700
AVENIDA MADRE LEONIA MILITO, 1377 - SALA 605/606, BELA SUICA, LONDRINA - PR

JANICE ROSA TRISTAO (CRM-PR 20724) RQE nº: 682
(43)3321-5700
AVENIDA MADRE LEONIA MILITO, 1377 - Sala 605 e 606, BELA SUIÇA, LONDRINA - PR

KHALIL CARDIO - CLINICA MEDICA DE CARDIOLOGIA E CIRURGIA CAR (CNPJ: 27.403.532/0001-26)
(43)3254-1734
R. BELGICA, 870, JARDIM SAO CAETANO, CAMBE - PR

L RUSSI GARCIA E CIA LTDA (CNPJ: 29.737.705/0001-78) RQE nº: 23121
(43)3027-2975
R. LEONARDO DA VINCI, 199, CARAVELLE, LONDRINA - PR

LERIDA RUSSI GARCIA (CRM-PR 30058) RQE nº: 23121
(43)3027-2975
R. LEONARDO DA VINCI, 199, CARAVELLE, LONDRINA - PR

MOACIR SILVA DE GODOY JUNIOR (CRM-PR 19996) RQE nº: 1500
(43)3372-1900
R. SENADOR SOUZA NAVES, 1456, CENTRO, LONDRINA - PR

PRISCILA HITOMI NAGATA MAEKAWA (CRM-PR 27544) RQE nº: 21919
(43)3322-6806
R. ALAGOAS, 477, CENTRO, LONDRINA - PR

ROMULO PARIS SOARES (CRM-PR 36730) RQE nº: 21732
(43)3132-8080
AVENIDA MINAS GERAIS, 818 - SALA 03, CENTRO, CORNELIO PROCOPIO - PR

SOARES & SOARES CLINICA MEDICA LTDA (CNPJ: 27.040.977/0001-99) RQE nº: 21732
(43)3132-8080
AVENIDA MINAS GERAIS, 818 - sala 03, CENTRO, CORNELIO PROCOPIO - PR

VIVIANE CAROLINE PAES NAGAHASHI (CRM-PR 25766) RQE nº: 2961
(43)3322-6806
R. ALAGOAS, 477, CENTRO, LONDRINA - PR

VOLPI E GASPARETTO LTDA (CNPJ: 21.923.942/0001-11) RQE nº: 23127
(43)3347-0009
R. SENADOR SOUZA NAVES, 441 - sala 92, CENTRO, LONDRINA - PR

ENDOSCOPIA

ALVARO QUEIROZ DE GODOY (CRM-PR 4960) RQE nº: 8786
(43)3315-0044
AVENIDA BANDEIRANTES, 324, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

CLAUDINEI LEITE DA SILVA (CRM-PR 9813) RQE nº: 17858

(43)3258-3614
AVENIDA ENGENHEIRO BELTRÃO, 235, CENTRO, IBIPORA - PR

CLINICA MEDICA DRA MARIANGELA NAVARRO LTDA **(CNPJ: 15.696.053/0001-66)**
(43)3024-1010
AVENIDA AYRTON SENNA DA SILVA, 500 - sala 503, GLEBA FAZENDA PALHANO, LONDRINA - PR

CLOVIS MASSATO KUWAHARA **(CRM-PR 14421) RQE nº: 9713**
(43)3156-2555
R. RUA ESTILAC LEAL, 165 - sala 202, CENTRO, ROLANDIA - PR

ENDOSURG CLINICA DE MEDICINA ENDOSCOPIA E CIRURGIA LTDA **(CNPJ: 14.782.744/0001-10)**
(43)3344-0016
R. CLAUDIO MANUEL DA COSTA, 143, LAGO PARQUE, LONDRINA - PR

ESOPHAGUS - PHMETRIA E MANOMETRIA S/C LTDA **(CNPJ: 04.928.785/0001-18)**
(43)3344-3548
AVENIDA BANDEIRANTES, 500 - SALA 509, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

FERNANDO CESAR DAL PORTO **(CRM-PR 19100) RQE nº: 13645**
(43)3523-5692
R. GOIAS, 65, CENTRO, CORNELIO PROCOPIO - PR

GASTROCENTRO CLIN. CIR. E END. DO APAR. DIGESTIVO S/C LTDA **(CNPJ: 85.447.076/0001-12)**
(43)3315-0044
AVENIDA BANDEIRANTES, 324, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

GASTROENDO CENTRO DE DIAGNOSTICO E TRAT DE DOENCAS DO TRATO **(CNPJ: 39.727.010/0001-69)**
(43)3156-2555
R. ESTILAC LEAL, 165 - sala 202, CENTRO, ROLANDIA - PR

GASTROIMAGEM SC LTDA **(CNPJ: 00.122.720/0001-20)**
(43)3324-6065
AVENIDA BANDEIRANTES, 500 - SALA 210, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

GRAZIELI LOPES MATTA E VENDRAME **(CRM-PR 26948)**
(43)3351-7388
R. AYRTON SENNA DA SILVA, 550 - sala 502, GLEBA FAZENDA PALHANO, LONDRINA - PR

HELIO APARECIDO BATISTELLA JUNIOR **(CRM-PR 18517) RQE nº: 15583**
(43)3315-0044
R. ALVARENGA PEIXOTO, 420, LAGO PARQUE, LONDRINA - PR

JOSE ANTONIO GORLA JUNIOR - PJ **(CNPJ: 03.803.485/0001-40) RQE nº: 15866**
(43)3342-8500
R. SENADOR SOUZA NAVES, 1788, JARDIM LONDRILAR, LONDRINA - PR

JOSE ANTONIO GORLA JUNIOR PF **(CRM-PR 6953) RQE nº: 15866**
(43)3342-8500
R. SENADOR SOUZA NAVES, 1788, JARDIM LONDRILAR, LONDRINA - PR

Anexo Hospitalar 13 (6844232) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 316

(43)3356-3584
R. ATAULPHO DE PAIVA, 155, JARDIM MONCOES, LONDRINA - PR

EDILAINE SEGANTINI (CREFITO-PR 8277)
(43)3524-3790
R. PADRE JOSE KENTENICH, 19, JARDIM PIONEIRO, CORNELIO PROCOPIO - PR

FABIA DE OLIVEIRA PITTA (CREFITO-PR 12496)
(43)3356-3584
R. ATAULPHO DE PAIVA, 155, JARDIM MONCOES, LONDRINA - PR

FELIPE HENRIQUE DOS SANTOS (CREFITO-PR 321715)
(43)3373-8300
R. JULIO ESTRELA MOREIRA, 550, CANAA, LONDRINA - PR

FISIOCLINICA SAN MIGUEL LTDA ME (CNPJ: 10.770.398/0001-07)
(43)3357-2131
R. ARCHANGELO MASSARO, 477, ALTO DA BOA VISTA, LONDRINA - PR

FISIOCLINICA S/S LTDA (CNPJ: 78.298.593/0001-01)
(43)3252-0832
R. MARABU, 807, CENTRO, ARAPONGAS - PR

FISION - CLINICA DE FISIOTERAPIA SOCIEDADE (CNPJ: 78.966.215/0001-59)
(43)3524-1158
AVENIDA ALBERTO CARAZZAI, 1519, CENTRO, CORNELIO PROCOPIO - PR

FRANCISCO & FRANCISCO S/S LTDA -EPP (CNPJ: 78.311.917/0001-02)
(43)3051-1717
R. HUGO MARIA DO VALE, 695, CENTRO, ROLANDIA - PR

G FAVARAO & CIA LTDA (CNPJ: 07.865.174/0001-66)
(43)3232-3821
AVENIDA DOUTOR VACYR GONÇALVES PEREIRA, 64, CENTRO, SERTANOPOLIS - PR

HOSPITALAR - CLINICA DE SAUDE INTEGRADA (CNPJ: 78.613.841/0017-29)
(43)3315-1975
AVENIDA BANDEIRANTES, 492, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

INSTITUTO DE SAUDE OCUPACIONAL DO NORTE PIONEIRO SS LTDA (CNPJ: 11.310.146/0001-50)
(43)3524-3790
R. PADRE JOSE KENTENICH, 41, JD DOS PIONEIROS, CORNELIO PROCOPIO - PR

INSTITUTO FILADELFIA DE LONDRINA (CNPJ: 78.624.202/0001-00)
(43)3375-7281
R. MONTE CASTELO, 25, JARDIM HIGIENOPOLIS, LONDRINA - PR

IPRA FISIOTERAPIA LTDA ME (CNPJ: 08.422.094/0001-07)
(43)3322-2676
R. LIBERO BADARO, 21, VILA FUJITA, LONDRINA - PR

KHALIL CARDIO - CLINICA MEDICA DE CARDIOLOGIA E CIRURGIA CAR (CNPJ: 27.403.532/0001-26) E
(43)3254-1734
R. BELGICA, 870, JARDIM SAO CAETANO, CAMBE - PR

LARISSA DE LUCCA SIGNORI (CREFITO-PR 197383) E
(43)3254-1734
R. BELGICA, 870, JARDIM SAO CAETANO, CAMBE - PR

LISANIA YUKIE SAISU (CREFITO-PR 97536) E
(43)3341-5166
R. CORACAO DE MARIA, 145, PETROPOLIS, LONDRINA - PR

N3 CLINICA DE NEUROLOGIA, NEUROCIRURGIA E NEUROPEDIATRIA (CNPJ: 26.391.764/0001-49) E
(43)3373-8300
R. JULIO ESTRELA MOREIRA, 550, CANAA, LONDRINA - PR

SANDRA REGINA NAKAMURA MAEDA (CREFITO-PR 23218) RQE nº: 23218 E
(43)3256-3176
AVENIDA PRESIDENTE VARGAS, 2805, CENTRO, ROLANDIA - PR

SERVICOS MEDICOS LONDRINENSE LTDA (CNPJ: 06.302.669/0001-14) E
(43)3322-1988
R. SENADOR SOUZA NAVES, 1848, JARDIM LONDRILAR, LONDRINA - PR

SILVIA REGINA FREDERICO MIRANDA (CREFITO-PR 97562) RQE nº: 97562 E
(43)3235-2033
R. DEZ, 461, CENTRO, PRIMEIRO DE MAIO - PR

TAYSE WATERMANN DOS SANTOS (CREFITO-PR 200407) E
(43)3341-5166
R. CORACAO DE MARIA, 145, PETROPOLIS, LONDRINA - PR

ZANON E CIA SS LTDA (CNPJ: 00.506.640/0001-78) E
(43)3055-2899
R. MARABU, 348, CENTRO, ARAPONGAS - PR

FONOAUDIOLOGIA

ALANA RIBEIRO DE MELO (CREFONO-PR 10033) P
(43)3132-8080
AVENIDA MINAS GERAIS, 818, CENTRO, CORNELIO PROCOPIO - PR

ANDREA REGIANE DAMASCENO (CREFONO-PR 10950) P
(43)3315-1975
AVENIDA BANDEIRANTES, 492, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

BEM MULTIPROFISSIONAL SS LTDA ME (CNPJ: 12.971.074/0001-54) P
(43)3344-4706
R. HUMAITA, 157 - sala 2, KENNEDY, LONDRINA - PR
R. NEVADA, 547, QUEBEC, LONDRINA - PR

Anexo Hospitalar 13 (6844232) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 318

CLINITER CLINICA DE TERAPIA E REABILITACAO LTDA (CNPJ: 23.249.318/0001-06) P
(43)3523-8682
R. MARECHAL DEODORO DA FONSECA, 683, CENTRO, CORNELIO PROCOPIO - PR

DB AUDIO APARELHOS AUDITIVOS LTDA ME (CNPJ: 07.609.677/0001-70) P
(43)3524-2173
AVENIDA ALBERTO CARAZZAI, 1525, CENTRO, CORNELIO PROCOPIO - PR

HOSPITALAR - CLINICA DE SAUDE INTEGRADA (CNPJ: 78.613.841/0017-29) P
(43)3315-1975
AVENIDA BANDEIRANTES, 492, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

JULIANA ZUCULIN RODRIGUES (CREFONO-PR 10462) P
(43)3523-8682
R. MARECHAL DEODORO DA FONSECA, 683, CENTRO, CORNELIO PROCOPIO - PR

N3 CLINICA DE NEUROLOGIA, NEUROCIRURGIA E NEUROPEDIATRIA (CNPJ: 26.391.764/0001-49) P
(43)3373-8300
R. JULIO ESTRELA MOREIRA, 550, CANAA, LONDRINA - PR

PAMELA MARQUES BONILLO (CREFONO-PR 11579) P
(43)3373-8300
R. JULIO ESTRELA MOREIRA, 550, CANAA, LONDRINA - PR

REGIANE CRISTINA MORENO (CREFONO-PR 8538) RQE nº: 8538 P
(43)3015-4698
R. MONTERIO LOBATO , 334 - SALA 3, CENTRO, ROLANDIA - PR

REGIANE CRISTINA MORENO DE MORAES (CNPJ: 23.055.141/0001-07) P
(43)3015-4698
R. MONTEIRO LOBATO, 334 - SALA 03, CENTRO, ROLANDIA - PR

RENATA SILVA PARREIRA SCHROEDER (CREFONO-PR 9143) P
(43)3345-3553
AVENIDA AMINTHAS DE BARROS, 455, IPANEMA, LONDRINA - PR

RT SERVICOS MEDICOS LTDA (CNPJ: 17.464.411/0001-30) P
(43)3132-8080
AVENIDA MINAS GERAIS, 818, CENTRO, CORNELIO PROCOPIO - PR

SM2F PSICOLOGIA COMPORTAMENTAL E DESENVOLVIMENTO INFANTIL LT (CNPJ: 33.378.025/0001-82) P
(43)3029-9440
R. ANTONIO AMADO NOIVO, 410, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

TASSIANA SANTOS ENOS ROSA SILVA (CREFONO-PR 15779) P
(43)3315-1975
BANDEIRANTES, 533, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

GASTROENTEROLOGIA

ALVARO QUEIROZ DE GODOY (CRM-PR 4960) RQE nº: 8722

(43)3315-0044
AVENIDA BANDEIRANTES, 324, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

ANTONIO CESAR MARSON **(CRM-PR 13666) RQE nº: 9804**
(43)3324-5982
AVENIDA BANDEIRANTES, 865, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

CELSO ANDRADE CESAR DE OLIVEIRA **(CRM-PR 7561) RQE nº: 8869**
(43)3324-4067
AVENIDA BANDEIRANTES, 500 - SALA 103, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

CLINICA MEDICA DRA MARIANGELA NAVARRO LTDA **(CNPJ: 15.696.053/0001-66)**
(43)3024-1010
AVENIDA AYRTON SENNA DA SILVA, 500 - sala 503, GLEBA FAZENDA PALHANO, LONDRINA - PR

CLOVIS MASSATO KUWAHARA **(CRM-PR 14421) RQE nº: 7499**
(43)3156-2555
R. RUA ESTILAC LEAL, 165 - sala 202, CENTRO, ROLANDIA - PR

ESOPHAGUS - PHMETRIA E MANOMETRIA S/C LTDA **(CNPJ: 04.928.785/0001-18)**
(43)3344-3548
AVENIDA BANDEIRANTES, 500 - SALA 509, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

GASTROENDO CENTRO DE DIAGNOSTICO E TRAT DE DOENCAS DO TRATO **(CNPJ: 39.727.010/0001-69)**
(43)3156-2555
R. ESTILAC LEAL, 165 - sala 202, CENTRO, ROLANDIA - PR

GRAZIELI LOPES MATTA E VENDRAME **(CRM-PR 26948) RQE nº: 18928**
(43)3351-7388
R. AYRTON SENNA DA SILVA, 550 - sala 502, GLEBA FAZENDA PALHANO, LONDRINA - PR

LABCENTER - LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS LTDA **(CNPJ: 03.133.077/0001-28)**
(43)3232-1351
R. DOUTOR GERVASIO MORALES , 638, CENTRO, SERTANOPOLIS - PR

LUCIANO FREIBERGER **(CRM-PR 24768) RQE nº: 1412**
(43)3372-0055
R. MARTIN LUTHER KING, 740, LAGO PARQUE, LONDRINA - PR

LUIZ EDUARDO CHEIDA **(CRM-PR 7159) RQE nº: 8748**
(43)3324-4067
AVENIDA BANDEIRANTES, 500 - SALA 103, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

MARIANA PAULA SANCHES ZANOTTI **(CRM-PR 27962) RQE nº: 20607**
(43)3329-1760
R. AYRTON SENNA DA SILVA , 500 - sala 801-A, GLEBA FAZENDA PALHANO, LONDRINA - PR

MARIANGELA NAVARRO **(CRM-PR 11552) RQE nº: 10707**
(43)3024-1010
AVENIDA AYRTON SENNA DA SILVA, 500 - SALA 503, GLEBA FAZENDA PALHANO, LONDRINA - PR

Anexo Hospitalar 13 (6844232) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 320

MAYRA LABRE FURLAN (CRM-PR 30749)
(43)3156-2555
R. RUA ESTILAC LEAL, 165, CENTRO, ROLANDIA - PR

MIGLIORINI & BANDEIRA SS LTDA (CNPJ: 05.797.364/0001-68)
(43)3252-8080
R. FLAMINGOS, 1625, CENTRO, ARAPONGAS - PR

MIRIAN ZEBIAN MEDICINA S/S LTDA (CNPJ: 13.850.609/0001-00)
(43)3326-8366
AVENIDA BANDEIRANTES, 400 - SALA 03, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

NELSON TOSHIO MIYABARA (CRM-PR 6985) RQE nº: 8970
(43)3324-5723
R. MATO GROSSO, 1693, CENTRO, LONDRINA - PR

PEDRO HUMBERTO PERIN LEITE (CRM-PR 11718) RQE nº: 10124
(43)3323-4483
AVENIDA BANDEIRANTES, 865, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

PIEKER FERNANDO MIGLIORINI (CRM-PR 11949) RQE nº: 11694
(43)3252-8080
R. FLAMINGOS, 1625, CENTRO, ARAPONGAS - PR

RENAN SEUGLIN PERISSE (CRM-PR 12973)
(43)3524-1000

RJR CLINICA MEDICA LTDA (CNPJ: 04.350.069/0001-04) RQE nº: 3547
(43)3323-7788
R. BORBA GATO, 1363, JARDIM IPIRANGA, LONDRINA - PR

ROSSANA AMIN GRACIANO DE RESENDE (CRM-PR 9170) RQE nº: 9009
(43)3323-4483
AVENIDA BANDEIRANTES, 865, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

GERIATRIA

BM PINHA CARDEAL VOLPI CLINICA MEDICA (CNPJ: 41.261.156/0001-03)
(43)3367-4693
R. PREFEITO HUGO CABRAL, 557 - SALA 303 EDIF VOLNIX PLAZA, CENTRO, LONDRINA - PR

BRUNA MARCELA PINHA CARDEAL VOLPI (CRM-PR 31838) RQE nº: 28256
(43)3367-4693
R. PREFEITO HUGO CABRAL, 557 - SALA 303, CENTRO, LONDRINA - PR

JOAO BATISTA LIMA FILHO (CRM-PR 8027) RQE nº: 20134
(43)3524-1313
R. SANTOS DUMONT, 506, CENTRO, CORNELIO PROCOPIO - PR

JOSE VICENTE GARCIA VELOZ (CRM-PR 4319) RQE nº: 2322
Cancelado em 17/12/21 - (43)3324-4754

AVENIDA BANDEIRANTES, 500 - SALA 206 , VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

GINECOLOGIA

COTRIM E KUBIACK GORLA SERVICOS MEDICOS SS LTDA **(CNPJ: 36.089.133/0001-23)**
(43)3342-0404
R. SENADOR SOUZA NAVES, 1756, JARDIM LONDRILAR, LONDRINA - PR

GINECOLOGIA E OBSTETRICIA

ALESSANDRO GALLETTO **(CRM-PR 13772) RQE nº: 8540**
(43)3334-0103
AVENIDA BANDEIRANTES, 901 - SALA 401, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

ALEXANDRE MOREIRA FERNANDES **(CRM-PR 9828) RQE nº: 5585**
(43)3322-1980
R. PROFESSOR JOAO CANDIDO, 1336, CENTRO, LONDRINA - PR

ANDRE LUIZ TOSCA **(CRM-PR 10610) RQE nº: 8544**
(43)3326-4466
R. SENADOR SOUZA NAVES, 558 - SALA 401, CENTRO, LONDRINA - PR

ANIBAL EUMANN MESAS **(CRM-PR 14412) RQE nº: 8141**
(43)3323-4000
R. MATO GROSSO, 923, CENTRO, LONDRINA - PR

ANTONIO CAETANO DE PAULA **(CRM-PR 5787) RQE nº: 5592**
(43)3321-2926
R. SENADOR SOUZA NAVES, 558 - SALA 802, CENTRO, LONDRINA - PR

CAMILA MUNGO GINECOLOGIA E ULTRASSOM LTDA **(CNPJ: 09.604.438/0001-53)**
(43)3256-0011
R. WILLIE DAVIDS, 470, CENTRO, ROLANDIA - PR
R. SENADOR SOUZA NAVES, 1044 - SALA 01 TERREO, CENTRO, LONDRINA - PR

CEDILON SERVICOS MEDICOS S/C LTDA **(CNPJ: 00.680.035/0001-19)**
(43)3339-7979
AVENIDA BANDEIRANTES, 255 - PARA EXAMES DE ULTRASSONOGRAFIA, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR
R. PROFESSOR JOAO CANDIDO, 1336 - PARA ATENDIMENTO DO DR. RENATO KOIKE, CENTRO, LONDRINA - PR

CICLOS SAUDE LTDA **(CNPJ: 18.730.000/0001-02)**
(43)3326-3538
AVENIDA AYRTON SENNA DA SILVA, 550 - sala 601, GLEBA FAZENDA PALHANO, LONDRINA - PR

CLINICA ESTEBAN FABRICIO GUGLIELMI-EIRELI- ME **(CNPJ: 24.295.898/0001-30)**
(43)3324-1921
AVENIDA RIO DE JANEIRO, 1556 - Sala 2, CENTRO, LONDRINA - PR

CLINICA MEDICA ABIATAR EIRELI **(CNPJ: 14.748.158/0001-59) RQE nº: 18595**
(43)3255-1717
R. ESTILAC LEAL, 77, CENTRO, ROLANDIA - PR

Anexo Hospitalar 13 (6844232) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 322

CLINICA MEDICA DR MAURICIO AYABE GOMES SS LTDA (CNPJ: 13.805.121/0001-52)
(43)3326-7370
R. MARTIN LUTHER KING, 116 - SALA 01, LAGO PARQUE, LONDRINA - PR

CLINICA MEDICA KOBAYASHI LTDA (CNPJ: 12.490.131/0001-83)
(43)3324-1386
R. DOM PEDRO II, 600, JARDIM PRESIDENTE, LONDRINA - PR

CLINICA MEDICA MAKITA LTDA (CNPJ: 28.704.566/0001-13)
(43)3322-3565
R. PARA, 1937, CENTRO, LONDRINA - PR

CLINICA MEDICA PRO VITA S/S LTDA (CNPJ: 06.041.954/0001-29)
(43)3254-2222
AVENIDA CANADA, 337, CENTRO, CAMBE - PR

CLINICA VITAE MEDICINA E ODONTOLOGIA LTDA (CNPJ: 24.906.568/0001-34) RQE nº: 10154
(43)3258-4553
AVENIDA ENGENHEIRO BELTRÃO , 313, CENTRO, IBIPORA - PR

CLINICA VIWA LTDA (CNPJ: 20.692.998/0001-40) RQE nº: 19289
(43)3354-1536
AVENIDA AYRTON SENNA DA SILVA, 550 - sala 203 Torre Montello, GLEBA FAZENDA PALHANO, LONDRINA - PR

DAMIANA SERPA RAMPAZZO (CRM-PR 27050)
(43)3326-3538
AVENIDA AYRTON SENNA DA SILVA, 550 - SALA 601, GLEBA FAZENDA PALHANO, LONDRINA - PR

DAMIANA SERPA RAMPAZZO EIRELI (CNPJ: 21.583.603/0001-33) RQE nº: 18739
(43)3326-3538
AVENIDA AYRTON SENNA DA SILVA, 550 - SALA 601, GLEBA FAZENDA PALHANO, LONDRINA - PR

DBRJR CLINICA DE GINECOLOGIA E OBSTETRICIA LTDA EPP (CNPJ: 24.719.328/0001-20)
(43)3321-1890
R. ENGENHEIRO OMAR RUPP, 447, JARDIM LONDRILAR, LONDRINA - PR

DEBORA FRANCHINI DE ALMEIDA MOURATO (CRM-PR 28246)
(43)3326-3538
AVENIDA AYRTON SENNA DA SILVA, 550 - sala 601, GLEBA FAZENDA PALHANO, LONDRINA - PR

DORIVAL MARTINS DE SOUZA JUNIOR (CRM-PR 7655) RQE nº: 7863
(43)3258-3116
R. OSVALDO CRUZ, 492 - SALA 202 Ed. Torre D' Italia, CENTRO, IBIPORA - PR

EDSON KATO KOBAYASHI (CRM-PR 8771) RQE nº: 8307
(43)3324-1386
R. DOM PEDRO II, 600, PRESIDENTE, LONDRINA - PR

ELISA MAKITA LEITAO (CRM-PR 9274) RQE nº: 8888
(43)3322-3565

R. PARA, 1937, CENTRO, LONDRINA - PR

ESTEBAN FABRICIO GUGLIELMI (CRM-PR 14962) RQE nº: 8315
(43)3324-1921
R. RIO DE JANEIRO, 1556, CENTRO, LONDRINA - PR

FERNANDES GINECOLOGIA E OBSTETRICIA EIRELI (CNPJ: 17.681.427/0001-03) RQE nº: 17973
(43)3354-1536
AVENIDA AYRTON SENNA DA SILVA, 550 - sala 203, GLEBA FAZENDA PALHANO, LONDRINA - PR

FERNANDO MANGIERI SOBRINHO (CRM-PR 1147) RQE nº: 1197
(43)3322-3592
R. ESPIRITO SANTO, 502, CENTRO, LONDRINA - PR

FLAVIA RENATA MOTTA ZANONI ALBERNAZ (CRM-PR 29392) RQE nº: 19301
(43)3027-7121
AVENIDA BANDEIRANTES, 500 - SALA 202, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

FLAVIO LUCIO DOS SANTOS ZANONI (CRM-PR 6505) RQE nº: 8898
(43)3324-3544
AVENIDA BANDEIRANTES, 500 - SALA 205, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

GERALDO ELISSON SUGETA (CRM-PR 24587) RQE nº: 2099
(43)3334-4293
R. MATO GROSSO, 1571, CENTRO, LONDRINA - PR

GERALDO TORAYOSHI SUGETA (CRM-PR 4376) RQE nº: 8326
(43)3334-4293
R. MATO GROSSO, 1571, CENTRO, LONDRINA - PR

GILBERTO GRECO SORROCHE (CRM-PR 12808) RQE nº: 8052
(43)3342-8006
AVENIDA BANDEIRANTES, 200, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR
AVENIDA DR. VACYR F. PEREIRA, 496 - SALA 105, CENTRO, SERTANOPOLIS - PR

GILBERTO HIDEKI TANNO (CRM-PR 11547) RQE nº: 6133
(43)3334-4293
R. MATO GROSSO, 1571, CENTRO, LONDRINA - PR

GILBERTO HIDEKI TANNO PJ (CNPJ: 32.266.844/0001-75) RQE nº: 6133
(43)3334-4293
R. MATO GROSSO, 1571, CENTRO, LONDRINA - PR

GUSTAVO EDUARDO VITORINO (CRM-PR 16701) RQE nº: 11081
(43)3341-5680
R. LUCILLA BALLALAI, 123, MONÇOES, LONDRINA - PR

G2S SERVICOS MEDICOS SS LTDA (CNPJ: 23.869.245/0001-55)
(43)3334-4293
R. MATO GROSSO, 1571, CENTRO, LONDRINA - PR

Anexo Hospitalar 13 (6844232) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 324

THAYSE PRISCILA CASAGRANDE (CRM-PR 28096) RQE nº: 19028
Cancelado em 12/12/21 - (43)3254-1734
R. BELGICA, 870, JARDIM SAO CAETANO, CAMBE - PR

VINICIUS FERNANDES DE SOUZA (CRM-PR 28019) RQE nº: 17973
(43)3354-1536
AVENIDA AYRTON SENNA DA SILVA, 550 - sala 203, GLEBA FAZENDA PALHANO, LONDRINA - PR
R. FRANCA, 246, CENTRO, CAMBE - PR

VITORINO, SANTO E ROSSI LTDA -ME (CNPJ: 12.130.057/0001-94)
(43)3341-5680
R. LUCILLA BALLALAI, 123, JARDIM MONCOES, LONDRINA - PR

VIVIANE MARIA GOMES MAGALHAES MOREIRA (CRM-PR 13191) RQE nº: 9283
(43)3321-3206
R. PROFESSOR JOAO CANDIDO, 1515 - SALA 202, CENTRO, LONDRINA - PR

WALKYRIA RODRIGUES BALDI (CRM-PR 29910) RQE nº: 19289
(43)3354-1536
AVENIDA AYRTON SENNA DA SILVA, 550 - SALA 203, GLEBA FAZENDA PALHANO, LONDRINA - PR

WILLIAM AUGUSTO DA FONSECA (CRM-PR 37409) RQE nº: 26827
(17)9810-94429
R. CLAUDIO MANUEL DA COSTA, 105, LAGO PARQUE, LONDRINA - PR

WILLIAM AUGUSTO DA FONSECA SERVICOS MEDICOS LTDA (CNPJ: 36.748.397/0001-41) RQE nº: 26827
(43)3324-4964
R. CLAUDIO MANUEL DA COSTA, 105, LAGO PARQUE, LONDRINA - PR

HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA

CLINICA MEDICA B BIGLIA EIRELI (CNPJ: 30.342.946/0001-05)
(43)3305-4200
R. ADHEMAR PEREIRA DE BARROS, 679, BELA SUICA, LONDRINA - PR

DAVID JOSE PHILIPPSEN (CRM-PR 12198) RQE nº: 9060
(43)3322-5710
R. SENADOR SOUZA NAVES, 683 - SALA 302, CENTRO, LONDRINA - PR

DENISE AKEMI MASHIMA (CRM-PR 12242) RQE nº: 9550
(43)3322-8300
AVENIDA BANDEIRANTES, 901 - SALA 603, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

FLAVIA CAROLINA MANTINE (CRM-PR 31512) RQE nº: 26654
(43)3373-8300
R. JULIO ESTRELA MOREIRA, 550, CANAA, LONDRINA - PR

LVM CLINICA MEDICA SS LTDA (CNPJ: 28.373.705/0001-73)
(43)3305-4200
R. ADHEMAR PEREIRA DE BARROS, 679, BELA SUICA, LONDRINA - PR

N3 CLINICA DE NEUROLOGIA, NEUROCIRURGIA E NEUROPEDIATRIA (CNPJ: 26.391.764/0001-49)
(43)3373-8300
R. JULIO ESTRELA MOREIRA, 550, CANAA, LONDRINA - PR

PHILIPPSEN SERVICOS MEDICOS LTDA (CNPJ: 39.583.724/0001-40)
(43)3322-5710
R. SENADOR SOUZA NAVES, 683 - sala 302, CENTRO, LONDRINA - PR

SANGRE CLINICA DIAG. TRAT. DOENCAS SANGUE SOCIEDADE SIMPLES (CNPJ: 14.625.208/0001-00)
(43)3345-3100
R. SENADOR SOUZA NAVES, 1586 - SALA 501, CENTRO, LONDRINA - PR

SRS CLINICA DE HEMATOLOGIA CURITIBA LTDA ME (CNPJ: 27.629.042/0001-42)
(43)3372-2502
R. BENTO MUNHOZ DA ROCHA NETO, 625, GUANABARA, LONDRINA - PR

SUELEN RODRIGUES STALLBAUM (CRM-PR 30829) RQE nº: 21929
(43)3372-2502
R. BENTO MUNHOZ DA ROCHA NETO, 625, GUANABARA, LONDRINA - PR

HOMEOPATIA

AGNELLO MARCOS CORREA DE CASTILHO (CRM-PR 6429) RQE nº: 7153
(43)3324-6389
AVENIDA BANDEIRANTES, 500 - SALA 103, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

IVAN DOS SANTOS LIMA (CRM-PR 19478) RQE nº: 679
(43)3028-7188
AVENIDA COMANDANTE JOAO RIBEIRO DE BARROS, 188, DOM PEDRO, LONDRINA - PR

SILVIA ANTUNES PEREIRA SAMBATTI PIERALISI (CRM-PR 17355) RQE nº: 22337
(43)3329-8008
R. BENTO MUNHOZ DA ROCHA NETO, 543, JARDIM DO LAGO, LONDRINA - PR

INFECTOLOGIA

ALEPH -SERVICOS MEDICOS LTDA - EIRELI (CNPJ: 18.209.902/0001-06)
(43)3321-3929
R. ALVARENGA PEIXOTO, 420, LAGO PARQUE, LONDRINA - PR

ALVARO JABUR (CRM-PR 5909) RQE nº: 8549
(43)3322-4696
R. SENADOR SOUZA NAVES, 1502, CENTRO, LONDRINA - PR

ANTONIO CARLOS PETRUS (CRM-PR 9160) RQE nº: 8273
(43)3322-9778
AVENIDA BANDEIRANTES, 865 - SALA 501, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

CHIBANA & RIECHI CLINICA MEDICA LTDA (CNPJ: 15.656.274/0001-00)
(43)3323-6266
R. SENADOR SOUZA NAVES, 1788 - sala 02, JARDIM LONDRILAR, LONDRINA - PR

Anexo Hospitalar 13 (6844232) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 326

Cancelado em 16/09/21 - (43)3323-9191
R. ENGENHEIRO OMAR RUPP, 100, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

OSVALDO PEDROSO JUNIOR (CRM-PR 8649)
(43)3275-0200

RAPHAEL DONADIO PITTA (CRM-PR 25727)
Cancelado em 16/09/21 - (43)3323-9191
R. ENGENHEIRO OMAR RUPP, 100, JARDIM LONDRILAR, LONDRINA - PR

TATIANE CAVALCANTE TRINDADE JUNKES (CRM-PR 24092)
(43)4003-5210

VINICIUS DAHER ALVARES DELFINO (CRM-PR 9331) RQE nº: 5484
(43)3376-9191
R. ENGENHEIRO OMAR RUPP, 100, JARDIM LONDRILAR, LONDRINA - PR

NEUROCIRURGIA

ADELMO FERREIRA (CRM-PR 12268) RQE nº: 8518
(43)3323-6877
AVENIDA BANDEIRANTES, 500 - SALA 504, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

ADRIANO TORRES ANTONUCCI (CRM-PR 24573) RQE nº: 17205
(43)3342-2113
AVENIDA AYRTON SENNA DA SILVA, 1055 - sala 1307, GLEBA FAZENDA PALHANO, LONDRINA - PR

ADRIANO TORRES ANTONUCCI PJ (CNPJ: 22.356.716/0001-69)
(43)3342-2113
AVENIDA AYRTON SENNA DA SILVA, 1055 - sala 1307, GLEBA FAZENDA PALHANO, LONDRINA - PR

ALEXANDRE CASAGRANDE CANHEU (CRM-PR 21577)
(43)9918-29656
R. JOAO WYCLIF, 111 - SALA 1112, GLEBA FAZENDA PALHANO, LONDRINA - PR

B MARTINS FERREIRA DE ANDRADE (CNPJ: 31.186.922/0001-69)
(43)3328-8484
R. DAS ACUCENAS, 700 - SALA 07, COLINA VERDE, LONDRINA - PR

BRUNO MARTINS FERREIRA DE ANDRADE (CRM-PR 38265)
(43)3328-8484

CARLOS ALEXANDRE MARTINS ZICARELLI (CRM-PR 26188) RQE nº: 17857
(43)3373-8300
R. JULIO ESTRELA MOREIRA, 550, CANAA, LONDRINA - PR

CLINICA RENOVATIO LTDA ME (CNPJ: 08.076.726/0001-10) RQE nº: 13509
(43)9918-29656
AVENIDA ADHEMAR PEREIRA DE BARROS, 1199 - SALA 108, BELA SUICA, LONDRINA - PR

COT CLINICA DE ORTOP. TRAUMATOLOGIA E FISIOT. S/S LTDA (CNPJ: 01.359.860/0001-89)
(43)3252-2327

R. PAVAO, 11, CENTRO, ARAPONGAS - PR

GIANFELIPE BELINI POLISELI (CRM-PR 32268) RQE nº: 27466
(43)3252-2327
R. BANDEIRANTES, 618, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

IVAN HATTANDA (CRM-PR 25616) RQE nº: 25386
(43)3373-8300
R. JULIO ESTRELA MOREIRA, 550, CANAA, LONDRINA - PR

LUIZ SOARES KOURY (CRM-PR 5318) RQE nº: 8369
(43)3344-4443
AVENIDA BANDEIRANTES, 865 - SALA 302, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

MARCUS VALERIO COSTA (CRM-PR 14497) RQE nº: 9242
(43)3322-9670
AVENIDA BANDEIRANTES, 500 - SALA 201, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

N3 CLINICA DE NEUROLOGIA, NEUROCIRURGIA E NEUROPEDIATRIA (CNPJ: 26.391.764/0001-49)
(43)3373-8300
R. JULIO ESTRELA MOREIRA, 550, CANAA, LONDRINA - PR

NEUROLOGIA

CARLOS ALBERTO DE ALMEIDA BOER (CRM-PR 4174) RQE nº: 354
(43)3344-0940
AVENIDA BANDEIRANTES, 865 - terreo sala 3, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

CIRO PEREIRA DE REZENDE FILHO (CRM-PR 8688) RQE nº: 11485
(43)3356-5757
R. CARACAS, 213, SANTA ROSA, LONDRINA - PR

CLINICA DE NEUROFISIOLOGIA LONDRINA LTDA (CNPJ: 20.095.805/0001-73) RQE nº: 8559
(43)3356-5757
R. CARACAS, 213, SANTA ROSA, LONDRINA - PR

CLINICA NEUROLOGICA FERRAZ JUNIOR LTDA (CNPJ: 10.916.004/0001-78)
(43)3323-6661
AVENIDA BANDEIRANTES, 901 - SALA 201, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

DANILO MACEDO GROTTI (CRM-PR 31348) RQE nº: 20431
(43)3249-3000
R. PRESIDENTE KENNEDY, 163, CENTRO, CAMBE - PR

GUSTAVO MAFEI FROES (CRM-PR 38151) RQE nº: 22433
(11)3539-4722
AVENIDA BANDEIRANTES, 618, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

JULIANA PASSOS DE ALMEIDA (CRM-PR 40227) RQE nº: 24011
(43)3373-8300
AVENIDA JULIO ESTRELA MOREIRA, 550, CANAA, LONDRINA - PR

Anexo Hospitalar 13 (6844232) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 328

KHALIL CARDIO - CLINICA MEDICA DE CARDIOLOGIA E CIRURGIA CAR (CNPJ: 27.403.532/0001-26)
(43)3254-1734
R. BELGICA, 870, JARDIM SAO CAETANO, CAMBE - PR

LABCENTER - LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS LTDA (CNPJ: 03.133.077/0001-28)
(43)3232-1351
R. DOUTOR GERVASIO MORALES , 638, CENTRO, SERTANOPOLIS - PR

LEONARDO VALENTE DE CAMARGO (CRM-PR 35434) RQE nº: 20114
(43)3373-8300
R. JULIO ESTRELA MOREIRA, 550, CANAA, LONDRINA - PR

LUIZ FELLIPE ALIBERTI (CRM-PR 35312) RQE nº: 27196
(43)3373-8300
R. JULIO ESTRELA MOREIRA, 550, CANAA, LONDRINA - PR

MARIA JOSE FABRE (CRM-PR 7762) RQE nº: 9092
(43)3348-3040
R. AYRTON SENNA DA SILVA, 200 - sala 202, GLEBA FAZENDA PALHANO, LONDRINA - PR

MJ FABRE SERVICOS DE SAUDE EIRELI (CNPJ: 13.726.202/0001-67)
(43)3348-3040
AVENIDA AYRTON SENNA DA SILVA, 200 - SALA 202, GLEBA FAZENDA PALHANO, LONDRINA - PR

MONICA MARCOS DE SOUZA (CRM-PR 12502) RQE nº: 8608
(43)9994-3230
R. ENGENHEIRO OMAR RUPP, 477, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

NEUROCLINICA SOCIEDADE SIMPLES LIMITADA (CNPJ: 77.286.037/0001-52)
(43)3376-1500
AVENIDA BANDEIRANTES, 476, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

N3 CLINICA DE NEUROLOGIA, NEUROCIRURGIA E NEUROPEDIATRIA (CNPJ: 26.391.764/0001-49)
(43)3373-8300
R. JULIO ESTRELA MOREIRA, 550, CANAA, LONDRINA - PR

RT SERVICOS MEDICOS LTDA (CNPJ: 17.464.411/0001-30)
(43)3132-8080
AVENIDA MINAS GERAIS, 818, CENTRO, CORNELIO PROCOPIO - PR

TENILLE BERNARDINO (CRM-PR 31124)
(43)3132-8080
AVENIDA MINAS GERAIS, 818, CENTRO, CORNELIO PROCOPIO - PR

NUTRICIONISTA

ANA CAROLINA MAGNI (CRN-PR 4800)
(43)3523-8682
R. MARECHAL DEODORO DA FONSECA, 683, CENTRO, CORNELIO PROCOPIO - PR

ANA PAULA TARDIVO (CRN-PR 6830)

(43)3373-8300
R. JULIO ESTRELA MOREIRA, 550, CANAA, LONDRINA - PR

CAROLLINE DE SOUZA CUNICO **(CRN-PR 58745)**
(43)3315-1975
AVENIDA BANDEIRANTES, 492, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

CLINITER CLINICA DE TERAPIA E REABILITACAO LTDA **(CNPJ: 23.249.318/0001-06)**
(43)3523-8682
R. MARECHAL DEODORO DA FONSECA, 683, CENTRO, CORNELIO PROCOPIO - PR

DANIELA OLIVEIRA DE SOUZA SAMIEC **(CRN-PR 7156)**
(43)3324-4067
AVENIDA BANDEIRANTES, 500 - Sala 103, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

HOSPITALAR - CLINICA DE SAUDE INTEGRADA **(CNPJ: 78.613.841/0017-29)**
(43)3315-1975
AVENIDA BANDEIRANTES, 492, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

JAQUELINE APARECIDA CANTIERI **(CRN-PR 12418)**
(43)3523-8682
R. MARECHAL DEDODORO DA FONSECA, 683, CENTRO, CORNELIO PROCOPIO - PR

JULIANA FRANCESCA FRATONI MELO **(CRN-PR 87474)**
Cancelado em 19/08/21 - (43)3315-1975

KHALIL CARDIO - CLINICA MEDICA DE CARDIOLOGIA E CIRURGIA CAR **(CNPJ: 27.403.532/0001-26)**
(43)3254-1734
R. BELGICA, 870, JARDIM SAO CAETANO, CAMBE - PR

LABCENTER - LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS LTDA **(CNPJ: 03.133.077/0001-28)**
(43)3232-1351
R. DOUTOR GERVASIO MORALES , 638, CENTRO, SERTANOPOLIS - PR

LUCIANA AZZINE SHIRATORI **(CRN-PR 981)**
(43)3323-5516
R. ESPIRITO SANTO, 653 - Sala 701, CENTRO, LONDRINA - PR

MARCELA FERREIRA RAGAZZI **(CRN-PR 5156)**
(43)9996-08985
R. SENADOR SOUZA NAVES , 9 - SALA 104, JARDIM LONDRILAR, LONDRINA - PR

N3 CLINICA DE NEUROLOGIA, NEUROCIRURGIA E NEUROPEDIATRIA **(CNPJ: 26.391.764/0001-49)**
(43)3373-8300
R. JULIO ESTRELA MOREIRA, 550, CANAA, LONDRINA - PR

THIAGO ARCANGELO **(CRN-PR 5635)**
(43)3232-1351

VANESSA VIEIRA HASEGAWA **(CRN-PR 15510)**
(43)3315-1975

Anexo Hospitalar 13 (6844232) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 330

AVENIDA BANDEIRANTES, 533, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

VIVIAN MUNHOZ ALEIXO (CRN-PR 5787)
(43)3524-1734
R. BELGICA, 870, JARDIM SAO CAETANO, CAMBE - PR

OFTALMOLOGIA

AEROMEDICA CLINICA MEDICA E ODONTOLOGIA LTDA ME (CNPJ: 13.920.057/0001-50)
(43)3323-7064
R. ALVARENGA PEIXOTO, 392, LAGO PARQUE, LONDRINA - PR

AGENOR PAES DE MELO SOBRINHO SS LTDA (CNPJ: 05.645.084/0001-34)
(43)3347-1919
AVENIDA BANDEIRANTES, 760 - sala 1, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

ANDERSON HIROSHI KUSUMOTO (CRM-PR 16109) RQE nº: 11007
(43)3322-2044
R. SENADOR SOUZA NAVES, 751, CENTRO, LONDRINA - PR

ANDI EYES HOSPITAL DIA E CLINICA OFTALMOLOGICA - EIRELI (CNPJ: 07.065.252/0001-48)
(43)3324-1177
AVENIDA BANDEIRANTES, 500 - SALA 106 a 110, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

ARISTEU SAMPAIO NETO (CRM-PR 13271) RQE nº: 8187
(43)3325-6565
R. MATO GROSSO, 1503, CENTRO, LONDRINA - PR

ARTHUR BUFFARA VAN DEN BERG (CRM-PR 31365) RQE nº: 31365
(43)3321-1919
AVENIDA BANDEIRANTES, 760, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

ARTUR VAN DEN BERG JUNIOR (CRM-PR 4562) RQE nº: 5783
(43)3321-1919
AVENIDA BANDEIRANTES, 760, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

CENTRO DE OFTALMOLOGIA DE LONDRINA LTDA (CNPJ: 78.970.548/0001-51)
(43)3323-4583
R. CAMBARA, 590, CENTRO, LONDRINA - PR

CENTRO DE OLHOS LONDRINA LTDA (CNPJ: 08.939.214/0001-30)
(43)3375-5300
AVENIDA AYRTON SENNA DA SILVA, 1055 - 16º andar / Edf. Palhano Square Garden, GLEBA FAZENDA PALHANO, LONDRINA - PR

CLINICA DE OFTALMOLOGIA CLINIOLHOS LTDA (CNPJ: 31.562.736/0001-87)
(43)3154-6400
AVENIDA CANADA, 433, JARDIM SAO CAETANO, CAMBE - PR

CLINICA DE OLHOS KIKUCHI LTDA (CNPJ: 05.646.779/0001-30)
(43)3324-5846
AVENIDA BANDEIRANTES, 835, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

CLINICA DE OLHOS TIZZIANI LTDA (CNPJ: 31.430.399/0001-74) RQE nº: 14179
(43)3324-3434
AVENIDA BANDEIRANTES, 500 - SALA 307, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

CLINICA MED CENTER DAHER LTDA (CNPJ: 75.344.390/0001-16)
(43)3323-4094
R. SENADOR SOUZA NAVES, 441 - sala 101, CENTRO, LONDRINA - PR
R. MONTEIRO LOBATO, 300, CENTRO, ROLANDIA - PR

CLINICA OFTALMOLOGICA ANDRA S/S LTDA (CNPJ: 12.331.813/0001-43)
(43)3321-7398
R. MATO GROSSO, 1611, CENTRO, LONDRINA - PR

CLINICA OFTALMOLOGICA RICARDO MONTANHEIRO EIRELI ME (CNPJ: 21.538.512/0001-86)
(43)3328-7766
R. SENADOR SOUZA NAVES, 1935, JARDIM LONDRILAR, LONDRINA - PR

CYBELLE MORENO LUIZE FRANCO (CRM-PR 24713) RQE nº: 2152
(43)3064-2599
R. PROFESSOR JOAO CANDIDO, 1455, CENTRO, LONDRINA - PR

EDSON IRAMINA (CRM-PR 22063) RQE nº: 15601
(43)3323-3194
R. MARTIN LUTHER KING, 645, LAGO PARQUE, LONDRINA - PR

ERIKA HOYAMA (CRM-PR 16452)
(43)3154-6400
R. CANADA, 433, JARDIM SAO CAETANO, CAMBE - PR

FABIANE KIKUCHI FUJII (CRM-PR 17368) RQE nº: 11152
(43)3324-5846
AVENIDA BANDEIRANTES, 835, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

FRANCISCO EUGENIO CAMPIOLO (CRM-PR 9200)
(43)3336-5005

GEHA SERVICOS MEDICOS LTDA (CNPJ: 18.252.087/0001-50)
(43)3336-7275
R. JOAO WYCLIF, 111 - SALA 2210 e 2211, GLEBA FAZENDA PALHANO, LONDRINA - PR
R. SENADOR SOUZA NAVES, 272, CENTRO, IBIPORA - PR

GUILHERME EIICHI DA SILVA TAKITANI (CRM-PR 46531) RQE nº: 28533
(43)3324-6837
R. ESPIRITO SANTO, 510 - 86010-020, CENTRO, LONDRINA - PR

HO LONDRINA - OFTALMOLOGIA LTDA (CNPJ: 13.989.912/0002-60)
(43)3321-1919
AVENIDA BANDEIRANTES, 760, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

HO LONDRINA - OFTALMOLOGIA LTDA - MATRIZ (CNPJ: 13.989.912/0001-80)

Anexo Hospitalar 13 (6844232) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 332

(43)3354-3309
AVENIDA AYRTON SENNA DA SILVA, 550 - sala 5 e 6, GLEBA FAZENDA PALHANO, LONDRINA - PR

HOFTALON CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISA DA VISAO **(CNPJ: 07.194.341/0001-94)**
(43)3375-9500
R. SENADOR SOUZA NAVES, 648 - 648 - A , CENTRO, LONDRINA - PR

INSTITUTO DE OLHOS DE CORNELIO PROCOPIO **(CNPJ: 12.342.483/0001-91)**
(43)3523-0221
R. ANCHIETA, 1083, CENTRO, CORNELIO PROCOPIO - PR

INSTITUTO FUJII DE OFTALMOLOGIA S/S LTDA **(CNPJ: 08.366.459/0001-15)**
(43)3324-5846
AVENIDA BANDEIRANTES, 835, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

IVAN LUIS IDALGO OLIVEIRA **(CRM-PR 23543) RQE nº: 836**
(43)3154-6400
AVENIDA CANADA, 433, JARDIM SAO CAETANO, CAMBE - PR

JA ALVES JUNIOR ME **(CNPJ: 18.333.428/0001-11)**
(43)3324-6262
R. ESPIRITO SANTO, 510, CENTRO, LONDRINA - PR

JOSE HAGGI SOBRINHO **(CRM-PR 80894)**
(43)3523-0221
R. ANCHIETA , 1083, CENTRO, CORNELIO PROCOPIO - PR

JRL SERVICOS MEDICOS LTDA ME **(CNPJ: 11.173.832/0001-26)**
(43)3064-2599
R. PROFESSOR JOAO CANDIDO, 1455, CENTRO, LONDRINA - PR

JULIANA CLEMENTE NECHAR **(CRM-PR 22799) RQE nº: 21668**
(43)3323-7064
R. ALVARENGA PEIXOTO, 392, LAGO PARQUE, LONDRINA - PR

LEONARDO THOMAZ DE AQUINO FILHO CIA **(CNPJ: 03.372.394/0001-05) RQE nº: 8665**
(43)3322-2044
R. SENADOR SOUZA NAVES, 751, CENTRO, LONDRINA - PR

LUCIANA AUGUSTA RAPOSO **(CRM-PR 23607) RQE nº: 2568**
(43)3323-7064
R. ALVARENGA PEIXOTO, 392, LAGO PARQUE, LONDRINA - PR

LUIZ FERNANDO BOGLINI CAVALIERI **(CRM-PR 17637) RQE nº: 13542**
(43)3258-5447
R. PADRE VITORIANO VALENTE, 450 - SALA 7, CENTRO, IBIPORA - PR

MARCELO ROSA GAMEIRO **(CRM-PR 10489) RQE nº: 8946**
(43)3325-8383
R. AMADOR BUENO, 143, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

MARIA LUMIKO SATO KOBAYASHI (CRM-PR 9204) RQE nº: 5662
(43)3324-6307
AVENIDA BANDEIRANTES, 500 - SALA 207/208, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

MAURO SERGIO TEIXEIRA FERNANDES (CRM-PR 8749) RQE nº: 9244
(43)3322-4455
R. CAMBARA, 722, CENTRO, LONDRINA - PR

MELISSA MEGUMI TOMIMATSU (CRM-PR 21623) RQE nº: 278
(43)3323-4583
R. CAMBARA, 590, CENTRO, LONDRINA - PR

MG INSTITUTO DE OLHOS SS LTDA (CNPJ: 07.762.398/0001-42)
(43)3325-8383
R. AMADOR BUENO, 143, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

NAHIN MOHAMAD ALI GEHA (CRM-PR 31503) RQE nº: 17277
(43)3336-7275
R. JOAO WYCLIF, 111 - SALA 2211, GLEBA FAZENDA PALHANO, LONDRINA - PR

NOBORU YAGUI (CRM-PR 7773) RQE nº: 8402
(43)3323-0601
R. SENADOR SOUZA NAVES, 1726, JARDIM LONDRILAR, LONDRINA - PR

OLHOSCLIN OFTALMIATRIA LTDA ME (CNPJ: 21.399.172/0001-50)
(43)3329-5444
R. SENADOR SOUZA NAVES, 612 - SALA 92, CENTRO, LONDRINA - PR

OPTICLIN CLINICA OFTALMOLOGICA SS LTDA (CNPJ: 09.477.678/0001-34)
(43)3325-6565
R. MATO GROSSO, 1503, CENTRO, LONDRINA - PR

PACCOLA & ROSSATO SERVICOS MEDICOS S/S LTDA-ME (CNPJ: 20.381.450/0001-89) RQE nº: 2122
(43)3356-0604
AVENIDA ADHEMAR PEREIRA DE BARROS, 745, BELA SUIÇA, LONDRINA - PR

PLINIO ANGELO BOIN FILHO (CRM-PR 24671) RQE nº: 11524
(43)3375-5300
R. PROFESSOR JOAO CANDIDO, 1465, CENTRO, LONDRINA - PR

REYNALDO HIDEAKI KIMURA (CRM-PR 20188) RQE nº: 15731
(43)3039-2770
R. SENADOR SOUZA NAVES, 289 - Sala 121 - 12° Andar, CENTRO, LONDRINA - PR
R. GOIAS, 65, CENTRO, CORNELIO PROCOPIO - PR

RICARDO MONTANHEIRO ALCANTARA DA SILVA (CRM-PR 17419) RQE nº: 13269
(43)3328-7766
R. SENADOR SOUZA NAVES, 1935, JARDIM LONDRILAR, LONDRINA - PR

ROBERTA MATSCHINSKE VAN DEN BERG (CRM-PR 24718) RQE nº: 17684

Anexo Hospitalar 13 (6844232) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 334

(43)3321-1919
AVENIDA BANDEIRANTES, 760, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

RUI BARROSO SCHIMITI (CRM-PR 10863) RQE nº: 3263
(43)3322-3074
R. JORGE VELHO, 389, LARSEN, LONDRINA - PR

SADI ISPER (CRM-PR 7392) RQE nº: 2011
(43)3524-2495
R. COLOMBO, 420, CENTRO, CORNELIO PROCOPIO - PR

SADI ISPER & CIA LTDA (CNPJ: 07.688.082/0001-58)
(43)3524-2495
R. COLOMBO, 420, CENTRO, CORNELIO PROCOPIO - PR

SANDRA KATSUKI MIZUBUTI (CRM-PR 11987) RQE nº: 7612
(43)3321-7398
R. MATO GROSSO, 1611 - SALA 01, CENTRO, LONDRINA - PR

SERGIO ARRUDA PACHECO (CRM-PR 4485) RQE nº: 8534
(43)3329-5444
R. SENADOR SOUZA NAVES, 612 - 9º ANDAR - SALA 92, CENTRO, LONDRINA - PR

SILVIO SEIJI OBARA (CRM-PR 16564) RQE nº: 10178
(43)3322-7555
R. PIAUI, 399 - SALA 603 6º ANDAR, CENTRO, LONDRINA - PR
R. PERDIZES, 1474, CENTRO, ARAPONGAS - PR

VICTOR ANDRIGHETI CORONADO ANTUNES (CRM-PR 40107)
(43)3321-1919

YOSHIHIRO FUJII (CRM-PR 2767) RQE nº: 380
(43)3324-1129
AVENIDA BANDEIRANTES, 835, JARDIM LONDRILAR, LONDRINA - PR

ONCOLOGIA CLINICA

INSTITUTO DE CANCER DE LONDRINA - ICL (CNPJ: 78.633.088/0001-76)
(43)3379-2789
R. LUCILLA BALLALAI, 212 - CX.POSTAL 8042, MONCOES, LONDRINA - PR

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

ADRIANA PRUETER PAZIN (CRM-PR 14166) RQE nº: 7574
(43)3377-0900
AVENIDA HIGIENOPOLIS, 2600, GUANABARA, LONDRINA - PR

ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ (CRM-PR 17905) RQE nº: 12742
(43)3377-0900
AVENIDA HIGIENOPOLIS, 2600, GUANABARA, LONDRINA - PR

ALEXANDRE RIBEIRA PROVENZA (CRM-PR 28281) RQE nº: 1387

Cancelado em 12/03/21 - (43)3361-3807
R. MONTE CASTELO, 765, JARDIM HIGIENOPOLIS, LONDRINA - PR

ALMEIDA & SAMBATTI S/S LTDA **(CNPJ: 03.486.447/0001-00) RQE nº: 11719**
(43)3324-2011
AVENIDA BANDEIRANTES, 1162, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

BORGHI E WALGER CLINICA MEDICA LTDA ME **(CNPJ: 25.289.808/0001-61)**
(43)3361-3817
R. MONTE CASTELO, 765, JARDIM HIGIENOPOLIS, LONDRINA - PR

BRUNO BOSIO DA SILVA **(CRM-PR 32301)**
(43)3379-2200

CARLOS AUGUSTO SA CARNEIRO **(CRM-PR 29716) RQE nº: 2008**
(43)3026-3030
R. TOMAS ANTONIO GONZAGA, 54, LAGO PARQUE, LONDRINA - PR

CARLOS EDUARDO MOTOOKA **(CRM-PR 21679) RQE nº: 15656**
(43)3377-0900
AVENIDA HIGIENOPOLIS, 2600, GUANABARA, LONDRINA - PR
AVENIDA BANDEIRANTES, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

CARLOS EDUARDO SARGI GODOY **(CRM-PR 41085) RQE nº: 25546**
(43)3379-2200
R. ENGENHEIRO OMAR RUPP, 550, JARDIM LONDRILAR, LONDRINA - PR

CARLOS TOBIAS SCORTEGAGNA **(CRM-PR 44124)**
(43)3379-2200
R. ENGENHEIRO OMAR RUPP, 550, JARDIM LONDRILAR, LONDRINA - PR

CELSO OKINORI ARASAKE **(CRM-PR 5436) RQE nº: 3116**
(43)3321-1101
R. CLAUDIO MANUEL DA COSTA, 99, LAGO PARQUE, LONDRINA - PR

CESAR DANIEL MACEDO **(CRM-PR 23924) RQE nº: 1083**
(43)3026-3030
10ª RUA TOMAS ANTONIO GONZAGA, 54, LAGO PARQUE, LONDRINA - PR

CESAR EDUARDO CASTRO FERREIRA MARTINS **(CRM-PR 22343) RQE nº: 14290**
(43)3377-0900
AVENIDA HIGIENOPOLIS, 2600, GUANABARA, LONDRINA - PR

CLINICA DE ESPECIALIDADES MEDICAS DE APUCARANA LTDA **(CNPJ: 25.213.336/0001-63)**
(43)3377-0900
AVENIDA HIGIENOPOLIS, 2600, GUANABARA, LONDRINA - PR
AVENIDA BANDEIRANTES, 460, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

CLINICA DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DE LONDRINA LTDA **(CNPJ: 75.225.425/0001-06)**
(43)3379-2200

Anexo Hospitalar 13 (6844232) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 336

R. ENGENHEIRO OMAR RUPP, 550, JARDIM LONDRILAR, LONDRINA - PR

CLINICA DE SERVICOS MEDICOS PRO KIDS LTDA (CNPJ: 21.295.912/0001-08)
(43)3322-1001
AVENIDA ADHEMAR PEREIRA DE BARROS, 1199, BELA SUIÇA, LONDRINA - PR

CLINICA MEDICA ABIATAR EIRELI (CNPJ: 14.748.158/0001-59) RQE nº: 9303
(43)3255-1717
R. ESTILAC LEAL, 77, CENTRO, ROLANDIA - PR

CLINICA MEDICA MULINARI E PIOVESANA LTDA (CNPJ: 27.552.838/0001-44) RQE nº: 20660
(43)3377-0900
R. VALPARAISO, 36 - sala 03, GUANABARA, LONDRINA - PR
AVENIDA BANDEIRANTES, 460, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

CLINICA MEDICA SEIBEL LTDA (CNPJ: 27.650.840/0001-56)
(43)3323-1663
R. VALPARAISO, 36 - sala 2, GUANABARA, LONDRINA - PR

CONSULTORIA MEDICA RUFINI LTDA (CNPJ: 18.798.693/0001-75)
(43)3361-3807
R. MONTE CASTELO, 765, JARDIM HIGIENOPOLIS, LONDRINA - PR
AVENIDA HIGIENÓPOLIS, 2600, JARDIM DO LAGO, LONDRINA - PR

COT CLINICA DE ORTOP. TRAUMATOLOGIA E FISIOT. S/S LTDA (CNPJ: 01.359.860/0001-89)
(43)3252-2327
R. PAVAO, 11, CENTRO, ARAPONGAS - PR

DANIEL FERREIRA FERNANDES VIEIRA (CRM-PR 19475) RQE nº: 14139
(43)3377-0900
R. SANTIAGO, 203, GUANABARA, LONDRINA - PR

DIOGO ALBERTO LOPES BADER (CRM-PR 22447) RQE nº: 15950
(43)3377-0900
R. VALPARAISO, 36, GUANABARA, LONDRINA - PR

ERNESTO CELSO GUIMARAES BRITO OLIVEIRA (CRM-PR 30670) RQE nº: 22956
(43)3377-0900
AVENIDA HIGIENOPOLIS, 2600, GUANABARA, LONDRINA - PR

FABIO ADRIANO PIERALISI SAMBATTI (CRM-PR 15184) RQE nº: 11719
(43)3324-2011
AVENIDA BANDEIRANTES, 1162, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

FERNANDO CESAR MARQUES (CRM-PR 33075) RQE nº: 28480
(43)3252-2327
R. PAVAO, 11, CENTRO, ARAPONGAS - PR

GABRIEL GOMES FREITAS DE CASTRO (CRM-PR 24908) RQE nº: 18630
(43)3026-3030

R. TOMAS ANTONIO GONZAGA, 54, LAGO PARQUE, LONDRINA - PR

GUILHERME JOSE MIYASAKI PIOVESANA **(CRM-PR 30165) RQE nº: 20660**
(43)3377-0900
R. VALPARAISO, 36 - sala 03, GUANABARA, LONDRINA - PR

GUILHERME OGAWA **(CRM-PR 29657) RQE nº: 24606**
(43)3361-3807
R. MONTE CASTELO, 765, JARDIM HIGIENOPOLIS, LONDRINA - PR

GUILHERME RUFINI ISOLANI **(CRM-PR 31666)**
(43)3378-1000

INSTITUTO BLANCO SC LTDA **(CNPJ: 03.575.648/0001-84)**
(43)3325-8528
R. BORBA GATO, 999, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

INSTITUTO DA COLUNA E DOR S/S LTDA - ME **(CNPJ: 21.331.753/0001-50)**
(43)3026-3030
10ª RUA TOMAS ANTONIO GONZAGA, 54, LAGO PARQUE, LONDRINA - PR

IVAN JOSE BLUME DE LIMA DOMINGUES **(CRM-PR 11400) RQE nº: 5211**
(43)3334-3740
AVENIDA JUSCELINO KUBITSCHEK, 3383 - SALA 301/302, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

JOAO JORGE NASCIF **(CRM-PR 4044) RQE nº: 9303**
(43)3255-1717
R. ESTILAC LEAL, 77, CENTRO, ROLANDIA - PR

JOAO PAULO FERNANDES GUERREIRO **(CRM-PR 28617) RQE nº: 1054**
(43)3377-0900
AVENIDA HIGIENOPOLIS, 2600, GUANABARA, LONDRINA - PR

JOAO PAULO MANASSES BERNARDI MONTEIRO **(CRM-PR 28021) RQE nº: 18754**
(43)3322-1001
AVENIDA ADHEMAR PEREIRA DE BARROS, 1199 - TERREO, BELA SUICA, LONDRINA - PR

JONAS JOSE BLANCO **(CRM-PR 6664) RQE nº: 815**
(43)3325-8528
AVENIDA RIO DE JANEIRO, 1695, CENTRO, LONDRINA - PR

JOSE ANTONIO GUELLI DE CAMARGO **(CRM-PR 5015) RQE nº: 8585**
(43)3304-7001
AVENIDA JUSCELINO KUBITSCHEK, 3383 - 4º ANDAR, CENTRO, LONDRINA - PR

JOSE ARTHUR RIBEIRO CARNEIRO **(CRM-PR 15757)**
(43)3252-2327

JOSE EVERALDO PEDROLLO FILHO **(CRM-PR 23237) RQE nº: 14428**
(43)3377-0900
AVENIDA HIGIENOPOLIS, 2600, GUANABARA, LONDRINA - PR

Anexo Hospitalar 13 (6844232) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 338

JOSE RODOLFO MARTINEZ BALBINO (CRM-PR 31932) RQE nº: 23569
(43)3379-2200
R. ENGENHEIRO OMAR RUPP, 550, JARDIM LONDRILAR, LONDRINA - PR

JULIO CESAR BORIN (CRM-PR 15113) RQE nº: 7548
(43)3252-2327
R. PAVÃO, 11, CENTRO, ROLANDIA - PR

LABCENTER - LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS LTDA (CNPJ: 03.133.077/0001-28)
(43)3232-1351
R. DOUTOR GERVASIO MORALES , 638, CENTRO, SERTANOPOLIS - PR

LUCAS DA FONSECA BORGHI (CRM-PR 26921) RQE nº: 18633
Cancelado em 12/03/21 - (43)3361-3807
R. MONTE CASTELO, 765, JARDIM HIGIENOPOLIS, LONDRINA - PR

LUIZ PATERLINI FILHO (CRM-PR 3374) RQE nº: 8597
(43)3305-1982
R. SENADOR SOUZA NAVES , 2013, JARDIM LONDRILAR, LONDRINA - PR

MA CLINICA MEDICA LTDA (CNPJ: 13.511.748/0001-09)
(43)3361-3807
R. MONTE CASTELO, 765, JARDIM HIGIENOPOLIS, LONDRINA - PR
R. HARPIA, 509, CENTRO, ARAPONGAS - PR

MARCELLO TITO (CRM-PR 16972) RQE nº: 8945
(43)3377-0900
AVENIDA HIGIENOPOLIS, 2600, GUANABARA, LONDRINA - PR

MARCIO SERIKAWA DE MEDEIROS (CRM-PR 33146) RQE nº: 24364
(43)3523-5692
R. GOIAS, 65, CENTRO, CORNELIO PROCOPIO - PR

MARCUS VINICIUS DANIELI (CRM-PR 18734) RQE nº: 11689
(43)3377-0900
AVENIDA HIGIENOPOLIS, 2600, GUANABARA, LONDRINA - PR

MAURO RENATO PASCOTINI (CRM-PR 14308)
(43)3252-2327

NEREU CLOVIS GENTA (CRM-PR 1797) RQE nº: 8610
(43)3377-0900
R. SANTIAGO, 202, GUANABARA, LONDRINA - PR

NILTON TOSHIO TAKAOKA (CRM-PR 11368) RQE nº: 8761
(43)3305-1982
R. SENADOR SOUZA NAVES, 2013, CENTRO, LONDRINA - PR

N3 CLINICA DE NEUROLOGIA, NEUROCIRURGIA E NEUROPEDIATRIA (CNPJ: 26.391.764/0001-49)
(43)3373-8300
R. JULIO ESTRELA MOREIRA, 550, CANAA, LONDRINA - PR

ORTOMED SERVICOS MEDICOS E HOSPITALARES S/S LTDA (CNPJ: 01.074.901/0001-90)
(04)3337-92200
AVENIDA BANDEIRANTES, 460, JARDIM LONDRILAR, LONDRINA - PR

PAULO MARCEL YOSHII (CRM-PR 18504) RQE nº: 11052
(43)3336-1017
AVENIDA JUSCELINO KUBITSCHEK, 3383 - 2º ANDAR, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

PRO GASTRO IMAGEM LTDA (CNPJ: 11.422.964/0001-44)
(43)3523-5692
R. GOIAS, 65, CENTRO, CORNELIO PROCOPIO - PR

RAFAEL LEITE DE PINHO TAVARES (CRM-PR 23538) RQE nº: 40
(43)3377-0900
AVENIDA HIGIENOPOLIS, 2600, GUANABARA, LONDRINA - PR

RAFAEL MANTOVANI FOGAGNOLI (CRM-PR 24652) RQE nº: 1161
(43)3324-0075
R. BORBA GATO, 1142, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

RAFAEL MAURICIO BELETATO (CRM-PR 28806) RQE nº: 21017
(43)3377-0900
AVENIDA HIGIENOPOLIS, 2600, GUANABARA, LONDRINA - PR

ROBERTO GRANGE GASPARELLI (CRM-PR 32428) RQE nº: 24422
(43)3379-2200
R. ENGENHEIRO OMAR RUPP, 550, JARDIM LONDRILAR, LONDRINA - PR

RUBENS ANTONIO FERREIRA JUNIOR (CRM-PR 23544) RQE nº: 1070
(43)3323-9630
R. SENADOR SOUZA NAVES, 1283, CENTRO, LONDRINA - PR

SPINE HEALTH & DERMATOLOGY SERVICOS MEDICOS LTDA (CNPJ: 31.345.583/0001-16) RQE nº: 22956
(43)3377-0900
AVENIDA HIGIENOPOLIS, 2600, GUANABARA, LONDRINA - PR

TOMAS SEIBEL (CRM-PR 36495) RQE nº: 21154
(43)3323-1663
R. VALPARAISO, 36 - SALA 02, GUANABARA, LONDRINA - PR

UNIORTE ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA (CNPJ: 10.246.214/0001-04)
(43)3377-0900
AVENIDA HIGIENOPOLIS, 2600, GUANABARA, LONDRINA - PR

VANDERLEI MONTEMOR BERNARDO (CRM-PR 18777) RQE nº: 11189
(43)3325-8528
AVENIDA RIO DE JANEIRO, 1695, CENTRO, LONDRINA - PR

WILSON GALEGO CAMPOS (CRM-PR 3383) RQE nº: 20
Cancelado em 14/06/21 - (43)3379-2225

Anexo Hospitalar 13 (6844232) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 340

R. OLINDA, 70 - 1º ANDAR, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

OTORRINOLARINGOLOGIA

ANDRE TOSHIO MATSUDA **(CRM-PR 30736) RQE nº: 21008**
(43)3029-1436
R. SENADOR SOUZA NAVES, 1436, CENTRO, LONDRINA - PR

CARLOS YOSHIHARU IKOMA **(CRM-PR 14183) RQE nº: 7862**
(43)3323-7064
R. ALVARENGA PEIXOTO, 392, LAGO PARQUE, LONDRINA - PR
R. DOUTOR ELIAS CESAR, 55 - SALA 601, CAICARAS, LONDRINA - PR

CENTRO LONDRINENSE DE OTORRINOLARINGOLOGIA LTDA **(CNPJ: 09.063.655/0001-83)**
(43)3029-1436
R. SENADOR SOUZA NAVES, 1436, CENTRO, LONDRINA - PR

CLAUDIA REGINA SANCHES VAZ **(CRM-PR 17655) RQE nº: 10060**
(43)3356-7700
R. ANTONIO AMADO NOIVO , 89, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

DANIEL CUTOLO **(CRM-PR 20778) RQE nº: 14960**
(43)3249-3000
R. DINAMARCA, 430, CENTRO, CAMBE - PR

DANIEL YENDO INADA **(CRM-PR 19860) RQE nº: 14537**
(43)3037-2020
AVENIDA AYRTON SENNA DA SILVA, 500 - 7º andar - SALA 702, GLEBA FAZENDA PALHANO, LONDRINA - PR

FLAVIO JOSE BARBIERI - PJ **(CNPJ: 09.190.668/0001-13)**
(43)3323-1252
R. RUA MARTIN LUTHER KING, 655, LAGO PARQUE, LONDRINA - PR

GUSTAVO DE ALCANTARA LOPES SANTOS **(CRM-PR 21281) RQE nº: 13703**
(43)3029-1436
R. SENADOR SOUZA NAVES, 1436, CENTRO, LONDRINA - PR

HOSPITAL OTOCENTRO DE LONDRINA LTDA **(CNPJ: 08.214.460/0001-24)**
(43)3324-1212
R. MARTIN LUTHER KING, 635, LAGO PARQUE, LONDRINA - PR

JOAO MARCELO CALDEIRA FABIANO **(CRM-PR 26920) RQE nº: 19001**
(43)3015-3087
R. WILLIE DAVIDS, 390 - sala 25 e 26, SANTA MONICA, ROLANDIA - PR

JOAO MARCELO CALDEIRA FABIANO & CIA LTDA **(CNPJ: 22.208.073/0001-06)**
(43)3156-1298
R. RUA WILLIE DAVIDS, 390 - SALA 25 E 26, CENTRO, ROLANDIA - PR

LUCIO EIDY TAKEMOTO **(CRM-PR 16790) RQE nº: 11167**
(43)3029-1436

R. SENADOR SOUZA NAVES, 1436, CENTRO, LONDRINA - PR

MARCO AURELIO FORNAZIERI **(CRM-PR 22718) RQE nº: 2325**
(43)3029-1436
R. SENADOR SOUZA NAVES, 1436, CENTRO, LONDRINA - PR

ORLEY BAENA FERRAZ **(CRM-PR 4229) RQE nº: 8404**
(43)3324-2856
AVENIDA BANDEIRANTES, 666, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

POLIANA CAMURCA DA SILVA **(CRM-PR 31924) RQE nº: 25401**
(43)3029-1436
R. SENADOR SOUZA NAVES, 1436, CENTRO, LONDRINA - PR

RICARDO YUKIO TATIBANA **(CRM-PR 18573) RQE nº: 13184**
(43)3324-0406
R. JULIO ESTRELA MOREIRA, 294, CANAA, LONDRINA - PR

PATOLOGIA CLINICA/MEDICINA LABORATORIAL

AMELIA SHOKO YAEDU & CIA LTDA **(CNPJ: 73.809.055/0001-10)**
(43)3274-6666
ROD. PR 218 KM 1 - sala L, PARQUE INDUSTRIAL V, ARAPONGAS - PR

ANALISA LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS DE CAMBE S/C LTDA **(CNPJ: 77.661.189/0001-98)**
(43)3254-3463
R. CANADÁ, 351 A, CENTRO, CAMBE - PR

CECOR - CENTRO DE EXAMES LABORATORIAIS CORNELIO S/C LTDA **(CNPJ: 80.926.462/0001-73)**
(43)3523-1641
AVENIDA NOSSA SENHORA DO ROCIO, 517, CENTRO, CORNELIO PROCOPIO - PR

CENTRO DE ANALISES CLINICAS SANTANA LTDA ME **(CNPJ: 08.076.981/0001-62)**
(43)3252-6412
R. BEIJA FLOR, 214, CENTRO, ARAPONGAS - PR

CENTRO DE ANALISES CLINICAS SAO MARCOS LTDA **(CNPJ: 05.503.417/0001-90)**
(43)3422-8728
R. DOUTOR NAGIB DAHER, 721, CENTRO, APUCARANA - PR

DAP DIAGNOSTICO EM ANATOMIA PATOLOGICA E BIOLOGICA MOLECULAR **(CNPJ: 19.653.081/0001-57) RQE nº: 13592**
(43)3322-1400
R. CARLOS GOMES, 400, PETROPOLIS, LONDRINA - PR

IBILABOR DE ANALISES CLINICAS DE IBIPORA LTDA **(CNPJ: 40.152.911/0001-59)**
(43)3158-7272
R. PRIMEIRO DE MAIO, 460, CENTRO, IBIPORA - PR

INSTITUTO DE ANATOMIA PATOLOGICA E CIT. DO PR. S/S MICROPAR **(CNPJ: 75.735.886/0001-10)**
(43)3324-2617
R. BORBA GATO, 842, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

Anexo Hospitalar 13 (6844232) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 342

LABCENTER - LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS LTDA (CNPJ: 03.133.077/0001-28)
(43)3232-1351
R. DOUTOR GERVASIO MORALES , 638, CENTRO, SERTANOPOLIS - PR

LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS CRISTO REI (CNPJ: 75.387.795/0001-31)
(43)3523-1222
R. PARAIBA, 65, CENTRO, CORNELIO PROCOPIO - PR

LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS IBIPORA LTDA (CNPJ: 78.458.387/0001-11)
(43)3158-1193
AVENIDA PARANA , 89, CENTRO, IBIPORA - PR

LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS SAO LUCAS DE ASSAI (CNPJ: 75.826.073/0001-36)
R. CARLOS KATO, 165, CENTRO, ASSAI - PR

LABORATORIO LOGOS LTDA ME (CNPJ: 07.932.506/0001-88)
(43)3024-5882
R. SENADOR SOUZA NAVES, 1819, JARDIM LONDRILAR, LONDRINA - PR

LABORATORIO OSWALDO CRUZ DE ANALISES CLINICAS DE LONDRINA SC (CNPJ: 77.325.488/0001-51)
(43)3376-6100
R. BORBA GATO, 1181 - B, JARDIM AMERICA, LONDRINA - PR
AVENIDA AYRTON SENNA DA SILVA, 850 - LOJA 01, GLEBA FAZENDA PALHANO, LONDRINA - PR
R. BANDEIRANTES, 556, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR
AVENIDA SAUL ELKIND, 2101 - SALA 25, CONJUNTO VIVI XAVIER, LONDRINA - PR
R. SENADOR SOUZA NAVES, 1000, CENTRO, LONDRINA - PR

LABORATORIO SAO JORGE LTDA (CNPJ: 77.214.807/0001-51)
(43)3158-3181
R. PRIMEIRO DE MAIO, 223, CENTRO, IBIPORA - PR

LABORMED SOCIEDADE SIMPLES LTDA (CNPJ: 76.125.558/0001-65)
(43)3256-1462
R. ESTILAC LEAL, 165, CENTRO, ROLANDIA - PR

LPC - LABORATORIO DE PATOLOGIA E CITOPATOLOGIA (CNPJ: 85.429.983/0001-39)
(43)3321-4474
AVENIDA BANDEIRANTES, 625, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

SHIMADA E ROSSI LTDA - ME (CNPJ: 05.823.635/0001-02)
(43)3541-2511
R. JOSE DE OLIVEIRA BORGES , 674, CENTRO, URAI - PR

PEDIATRIA

AKIRA MOTOMATSU JUNIOR (CRM-PR 18037) RQE nº: 14081
(43)3322-1001
AVENIDA ADHEMAR PEREIRA DE BARROS, 1199, BELA SUICA, LONDRINA - PR

ALESSANDRA BANASZESKI DA SILVA (CRM-PR 35943) RQE nº: 20429
(43)3028-2432
R. MOREIRA CABRAL, 400, JARDIM LONDRILAR, LONDRINA - PR

ALESSANDRA BANASZESKI DA SILVA CLINICA (CNPJ: 41.264.683/0001-71) RQE nº: 20429
(43)3028-2432
R. MOREIRA CABRAL, 400, JARDIM LONDRILAR, LONDRINA - PR

ALFREDO ZEPEDA WILLS (CRM-PR 2704) RQE nº: 531
(43)3323-3983
R. SENADOR SOUZA NAVES, 1097, CENTRO, LONDRINA - PR

ALINE DE FREITAS CALDEREIRO PIRES (CRM-PR 24543)
(43)9952-5088

ALMIR MARCONDES CABRAL (CRM-PR 9134) RQE nº: 2543
(43)3323-3983
R. SENADOR SOUZA NAVES, 1097, CENTRO, LONDRINA - PR

ALVARO LUIZ DE OLIVEIRA (CRM-PR 3990) RQE nº: 8652
(43)3322-5713
AVENIDA BANDEIRANTES, 1010, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

ANA CAROLINA DUARTE GOBBI (CRM-PR 35716) RQE nº: 22381
(43)3361-7250
R. ANITA GARIBALDI, 191, JARDIM AGARI, LONDRINA - PR

ANA LEA CLEMENTINO DA ROCHA SANTOS (CRM-PR 20899) RQE nº: 16369
(43)3338-0408
R. WENCESLAU BRAZ, 400 - SALA 5, HEDY, LONDRINA - PR

ANA PAULA TEFILLI (CRM-PR 17705) RQE nº: 12604
(43)3342-3725
R. SENADOR SOUZA NAVES, 1820, JARDIM LONDRILAR, LONDRINA - PR

ANDREA JANOT MARTINS (CRM-PR 13075) RQE nº: 8546
(43)3323-3707
AVENIDA BANDEIRANTES, 500 - SALA 301, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

ANNY KAROLYNE ROSSI (CRM-PR 35835) RQE nº: 20846
(43)3351-7388
AVENIDA AYRTON SENNA DA SILVA, 550 - sala 502 5º andar Edificio Montello, GLEBA FAZENDA PALHANO, LONDRINA - PR

ANTONIO ANGELO PEDRAO (CRM-PR 6582) RQE nº: 8852
(43)3322-6967
AVENIDA BANDEIRANTES, 335 - B, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

ARY PARREIRA (CRM-PR 5893) RQE nº: 1478
(43)3345-3553
R. AMINTHAS DE BARROS, 455, CENTRO, LONDRINA - PR

Anexo Hospitalar 13 (6844232) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 344

BRUNA MARIA DE MORAES NORCIA SALVADOR (CRM-PR 26619) RQE nº: 2333
(43)3361-8803
AVENIDA MADRE LEONIA MILITO, 1377 - SALA 706 Ed. Palhano Premium, BELA SUICA, LONDRINA - PR

BRUNA NATALINO HABER GARCIA (CRM-PR 29894) RQE nº: 20337
(43)3321-5700
AVENIDA MADRE LEONIA MILITO, 1377, BELA SUICA, LONDRINA - PR

CARDIOCLINICA SERVICOS MEDICOS SS LTDA (CNPJ: 85.431.344/0001-08)
(43)3322-4473
R. MARTIN LUTHER KING, 697, LAGO PARQUE, LONDRINA - PR

CARINA LUIZA MARTIS JOCK (CRM-PR 32193) RQE nº: 25377
(43)3028-2432
R. MOREIRA CABRAL, 400, JARDIM LONDRILAR, LONDRINA - PR

CARLA CRISTINA TELLES DE SOUSA CASTRO (CRM-PR 34166) RQE nº: 18781
(43)3321-5700
AVENIDA MADRE LEONIA MILITO, 1377 - Sala 605 e 606, BELA SUIÇA, LONDRINA - PR

CARLOS SAVI (CRM-PR 9115) RQE nº: 2173
(43)3242-3334
R. JOAQUIM LADEIA, 484, CENTRO, BELA VISTA DO PARAISO - PR

CASSIA REGINA NOGUEIRA GUIMARAES MARQUES (CRM-PR 11721) RQE nº: 8457
(43)3345-3798
R. PIAUI, 399 - SALA 1005 10ºandar , CENTRO, LONDRINA - PR

CIBELE RIBAROLLI PEREIRA MONTOSA (CRM-PR 12067) RQE nº: 5887
(43)3323-3707
AVENIDA BANDEIRANTES, 500 - SALA 301, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

CLARICE APARECIDA TEREZA (CRM-PR 6033) RQE nº: 2499
(43)3324-2144
R. BARTOLOMEU BUENO, 175, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

CLINICA DE SERVICOS MEDICOS PRO KIDS LTDA (CNPJ: 21.295.912/0001-08)
(43)3322-1001
AVENIDA ADHEMAR PEREIRA DE BARROS, 1199, BELA SUIÇA, LONDRINA - PR

CLINICA DIPEDRANI EIRELI (CNPJ: 18.526.751/0001-01)
(43)3322-6967
AVENIDA BANDEIRANTES, 335 - B, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

CLINICA MED MORIYA SS LTDA (CNPJ: 31.018.244/0001-25) RQE nº: 24418
(43)3329-8008
R. BENTO MUNHOZ DA ROCHA NETO, 543, GUANABARA, LONDRINA - PR

CLINICA MEDICA ABIATAR EIRELI (CNPJ: 14.748.158/0001-59) RQE nº: 10132
(43)3255-1717
R. ESTILAC LEAL, 77, CENTRO, ROLANDIA - PR

CLINICA MEDICA VARGAS & VARGAS SS LTDA ME (CNPJ: 27.932.481/0001-20)
(43)3028-2432
R. MOREIRA CABRAL, 400, JARDIM LONDRILAR, LONDRINA - PR

CLINITER CLINICA DE TERAPIA E REABILITACAO LTDA (CNPJ: 23.249.318/0001-06)
(43)3523-8682
R. MARECHAL DEODORO DA FONSECA, 683, CENTRO, CORNELIO PROCOPIO - PR

CRISTIANE BRENZAN ALVARES MOREIRA (CRM-PR 10745) RQE nº: 3265
(43)3342-3725
R. SENADOR SOUZA NAVES, 1820, JARDIM LONDRILAR, LONDRINA - PR

DANIELA COSTA DE VASCONCELLOS (CRM-PR 39739) RQE nº: 23920
(43)3321-2000
AVENIDA PREFEITO FARIA LIMA, 979, MARINGA, LONDRINA - PR

DANIELA ROMANHA CORREIA GODOY (CRM-PR 25772) RQE nº: 23550
(43)3373-8300
R. JULIO ESTRELA MOREIRA, 550, CANAA, LONDRINA - PR

DOUGLAS BANHOS ROSSI (CRM-PR 18577) RQE nº: 13696
(43)3341-5680
AVENIDA LUCILLA BALLALAI, 123, JARDIM MONCOES, LONDRINA - PR

EDISON NAGATA (CRM-PR 11151) RQE nº: 3594
(43)3342-3725
R. SENADOR SOUZA NAVES, 1820, JARDIM LONDRILAR, LONDRINA - PR

EDMARA LAURA CAMPIOLO (CRM-PR 30729)
(43)3158-1222

EDUARDO FERNANDES DA SILVA NETO (CRM-PR 9815) RQE nº: 8563
(43)3342-3725
R. SENADOR SOUZA NAVES, 1820, LAGO PARQUE, LONDRINA - PR

EDUARDO INADA (CRM-PR 3560) RQE nº: 38
(43)3322-5713
AVENIDA BANDEIRANTES, 1010, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

ELC CLINICA MEDICA EIRELLI (CNPJ: 24.049.162/0001-82)
(43)3158-1222
R. PADRE VITORIANO VALENTE, 384, CENTRO, IBIPORA - PR

ELIZABETH RODRIGUES CASIMIRO (CRM-PR 10312) RQE nº: 10067
(43)3249-3000
R. DINAMARCA, 430, CENTRO, CAMBE - PR

ERCOLIN, SASSI & PAIVA SS LTDA (CNPJ: 24.248.530/0001-11) RQE nº: 23609
(43)3028-2432
R. MOREIRA CABRAL, 400, JARDIM LONDRILAR, LONDRINA - PR

Anexo Hospitalar 13 (6844232) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 346

ERICA SAMANTHA SANTOS DE ARAUJO MELO (CRM-PR 31325) RQE nº: 19627
Cancelado em 30/07/21 - (43)3345-1020
R. ENGENHEIRO OMAR RUPP, 164, JARDIM LONDRILAR, LONDRINA - PR

GIOVANA RIBEIRO DE SOUZA (CRM-PR 30703)
(43)3028-2432
R. MOREIRA CABRAL, 400, JARDIM LONDRILAR, LONDRINA - PR

HELIO YOSHIAKI NAKATA (CRM-PR 14494) RQE nº: 7951
(43)3343-2200
R. MARTIN LUTHER KING, 511, LAGO PARQUE, LONDRINA - PR

HELOISA MITIKO NAKAMURA (CRM-PR 6175) RQE nº: 1358
(43)3323-9630
R. SENADOR SOUZA NAVES, 1293, CENTRO, LONDRINA - PR

HILDA VASCONCELLOS SELLA (CRM-PR 4519) RQE nº: 7476
(43)3324-2144
R. BARTOLOMEU BUENO, 175, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

HITOMI KATO (CRM-PR 8249) RQE nº: 10152
(43)3326-7427
AVENIDA BANDEIRANTES, 500 - SALA 203, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

INSTITUTO ENDOVIDA SS LTDA ME (CNPJ: 26.225.035/0001-12)
(43)3321-5700
AVENIDA MADRE LEONIA MILITO, 1377 - SALA 605/606, BELA SUICA, LONDRINA - PR

ISSAO YASSUDA UDIHARA (CRM-PR 5463) RQE nº: 1360
(43)3329-8008
R. BENTO MUNHOZ DA ROCHA NETO, 543, JARDIM DO LAGO, LONDRINA - PR

JANETE MARIA FIGUEIRA TEIXEIRA (CRM-PR 3584) RQE nº: 363
(43)3323-8989
R. SENADOR SOUZA NAVES, 612 - SALA 42, CENTRO, LONDRINA - PR

JEANINE DE ALBUQUERQUE PHILIPPSEN (CRM-PR 12133) RQE nº: 21363
(43)3322-5710
R. SENADOR SOUZA NAVES, 683 - SALA 302, CENTRO, LONDRINA - PR

JOCK PEDIATRAS LTDA (CNPJ: 20.659.815/0001-94)
(43)3028-2432
R. MOREIRA CABRAL, 400, JARDIM LONDRILAR, LONDRINA - PR

JONILSON FAVARETO (CRM-PR 12110) RQE nº: 8195
(43)3342-8006
AVENIDA BANDEIRANTES, 200, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

JOSE OSMAR MINETTO (CRM-PR 2570) RQE nº: 367
Cancelado em 06/06/21 - (43)3323-3983
R. SENADOR SOUZA NAVES, 1097, CENTRO, LONDRINA - PR

JOSE ROBERTO SABOIA FRANCO (CRM-PR 5421) RQE nº: 6900
(43)3064-2599
R. PROFESSOR JOAO CANDIDO, 1455, CENTRO, LONDRINA - PR

JOUBERT DE CARVALHO MARCONDES (CRM-PR 5483) RQE nº: 2093
(43)3258-1406
AVENIDA SENADOR SOUZA NAVES, 272, CENTRO, IBIPORA - PR

JRL SERVICOS MEDICOS LTDA ME (CNPJ: 11.173.832/0001-26)
(43)3064-2599
R. PROFESSOR JOAO CANDIDO, 1455, CENTRO, LONDRINA - PR

KATIA JUREMA CORREIA MENEZES (CRM-PR 27084)
(43)3321-2000

KHALIL CARDIO - CLINICA MEDICA DE CARDIOLOGIA E CIRURGIA CAR (CNPJ: 27.403.532/0001-26)
(43)3254-1734
R. BELGICA, 870, JARDIM SAO CAETANO, CAMBE - PR

LGM SERVICOS MEDICOS LTDA (CNPJ: 28.041.830/0001-86) RQE nº: 22592
Cancelado em 25/07/21 - (43)3132-1205
R. BENJAMIN CONSTANT, 39, CENTRO, CORNELIO PROCOPIO - PR

LIGIA MARIA GONCALVES SANTO (CRM-PR 19899) RQE nº: 13602
(43)3341-5680
R. LUCILLA BALLALAI, 123, JARDIM MONCOES, LONDRINA - PR

LUCIA JAMUS NONINO (CRM-PR 18685) RQE nº: 13044
(43)3323-3983
R. SENADOR SOUZA NAVES, 1097, CENTRO, LONDRINA - PR

LUIZA KAZUKO MORIYA (CRM-PR 9143)
(43)3329-8008
R. BENTO MUNHOZ DA ROCHA NETO, 543, GUANABARA, LONDRINA - PR

LUNA DIAS GUILLEN (CRM-PR 37243)
(43)3523-8682
R. MARECHAL DEODORO DA FONSECA, 683, CENTRO, CORNELIO PROCOPIO - PR

MARCIA THOMSON (CRM-PR 15684) RQE nº: 13230
(43)3321-2000
R. PREFEITO FARIA LIMA, 979, MARINGA, LONDRINA - PR

MARIA FERNANDA KOLACHINSKI ABY AZAR RIBEIRO (CRM-PR 22452) RQE nº: 15593
(43)3372-1000
R. CASSIANO RICARDO, 99, LAGO PARQUE, LONDRINA - PR

MARIA JOSE FABRE (CRM-PR 7762) RQE nº: 9466
(43)3348-3040
R. AYRTON SENNA DA SILVA, 200 - sala 202, GLEBA FAZENDA PALHANO, LONDRINA - PR

Anexo Hospitalar 13 (6844232) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 348

MARILIA RAMOS LEITE (CRM-PR 31147) RQE nº: 22592
Cancelado em 25/07/21 - (43)3132-1205
R. BENJAMIN CONSTANT, 39, CENTRO, CORNELIO PROCOPIO - PR

MARY ELCY SANTOS LEAL FALEIROS (CRM-PR 11277) RQE nº: 8385
(43)3324-4338
AVENIDA RIO DE JANEIRO, 1500 - SALA 601, CENTRO, LONDRINA - PR

MATEUS MENDONCA VARGAS (CRM-PR 33761)
(43)3028-2432
R. MOREIRA CABRAL, 400, JARDIM LONDRILAR, LONDRINA - PR

MEDSUPPORT - CONSULTORIA, GESTAO E ASSISTENCIA EM SAUDE LTDA (CNPJ: 13.608.535/0001-91) RQE nº: 23945
(43)3028-2432
R. MOREIRA CABRAL, 400, JARDIM LONDRILAR, LONDRINA - PR

MILTON MACEDO DE JESUS (CRM-PR 4129) RQE nº: 40
(43)3322-5713
AVENIDA BANDEIRANTES, 1010, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

MJ FABRE SERVICOS DE SAUDE EIRELI (CNPJ: 13.726.202/0001-67)
(43)3348-3040
AVENIDA AYRTON SENNA DA SILVA, 200 - SALA 202, GLEBA FAZENDA PALHANO, LONDRINA - PR

NISBA VOLPI (CRM-PR 9139) RQE nº: 3386
Cancelado em 02/12/21 - (43)3323-3983
R. SENADOR SOUZA NAVES, 1097, CENTRO, LONDRINA - PR

N3 CLINICA DE NEUROLOGIA, NEUROCIRURGIA E NEUROPEDIATRIA (CNPJ: 26.391.764/0001-49)
(43)3373-8300
R. JULIO ESTRELA MOREIRA, 550, CANAA, LONDRINA - PR

PANCAN & PANCAN LTDA (CNPJ: 04.985.266/0001-91)
(43)3262-2214
R. MANOEL RIBAS , 1529, CENTRO, ASSAI - PR

PAULA TAMMY NAKAMURA MORIYA (CRM-PR 33628)
(43)3028-2432
R. MOREIRA CABRAL, 400, JARDIM LONDRILAR, LONDRINA - PR

PEDRO DA SILVA FREITAS (CRM-PR 10524) RQE nº: 6352
(43)3254-3944
R. FRANCA, 246, CENTRO, CAMBE - PR

PELLOSO & ROSSI MEDICINA SS LTDA (CNPJ: 24.740.113/0001-91) RQE nº: 20846
(43)3351-7388
AVENIDA AYRTON SENNA DA SILVA, 550 - sala 502 5º andar Edificio Montello, GLEBA FAZENDA PALHANO, LONDRINA - PR

RENATO MIKIO MORIYA (CRM-PR 8254) RQE nº: 3271
(43)3329-8008
R. BENTO MUNHOZ DA ROCHA NETO, 543, GUANABARA, LONDRINA - PR

RENE GOMES SANCHEZ (CRM-PR 3906) RQE nº: 5464
Cancelado em 13/02/22 - (43)3323-3983
R. SENADOR SOUZA NAVES, 1097, CENTRO, LONDRINA - PR

SANDRA LUCIA DIAS BARATA (CRM-PR 10494) RQE nº: 3499
Cancelado em 23/01/22 - (43)3323-3983
AVENIDA HIGIENOPOLIS, 1505 - SALA 103, CENTRO, LONDRINA - PR

SANTOS ARAUJO MELO LTDA (CNPJ: 22.721.580/0001-49)
Cancelado em 30/07/21 - (43)3132-1205
R. BENJAMIN CONSTANT, 39 - sala 04, CENTRO, CORNELIO PROCOPIO - PR
R. SENADOR SOUZA NAVES, 1110, CENTRO, LONDRINA - PR

SERGIO LUIZ ROSSI (CRM-PR 6021) RQE nº: 10132
(43)3255-1717
R. ESTILAC LEAL, 77, CENTRO, ROLÂNDIA - PR

SILVIA ANTUNES PEREIRA SAMBATTI PIERALISI (CRM-PR 17355) RQE nº: 12104
(43)3329-8008
R. BENTO MUNHOZ DA ROCHA NETO, 543, JARDIM DO LAGO, LONDRINA - PR

SOLANGE DE FATIMA VIDIGAL (CRM-PR 10785) RQE nº: 9022
(43)3342-3725
R. SENADOR SOUZA NAVES, 1820, JARDIM LONDRILAR, LONDRINA - PR

SUELY DELATTRE (CRM-PR 10800) RQE nº: 3423
(43)3329-8008
R. BENTO MUNHOZ DA ROCHA NETO, 543, GUANABARA, LONDRINA - PR

TATIANA PITTA LOPES AQUINO (CRM-PR 25453) RQE nº: 1228
(43)3322-4644
R. SENADOR SOUZA NAVES , 1555 - SALA 03, JARDIM LONDRILAR, LONDRINA - PR

TEREZA EMIKO RONDEN FURUTA (CRM-PR 8805) RQE nº: 1193
(43)3323-9630
R. SENADOR SOUZA NAVES, 1293, CENTRO, LONDRINA - PR

TEREZINHA TAKAKO MORI (CRM-PR 9133) RQE nº: 2500
(43)3324-2144
R. BARTOLOMEU BUENO, 175, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

THOMSON & BALAROTTI CLINICA MEDICA DE CARDIO PEDIATRICA LTDA (CNPJ: 29.954.913/0001-29) RQE nº: 13230
(43)3321-2000
R. PREFEITO FARIA LIMA, 979 - sala 10,17,19 e 20, MARINGA, LONDRINA - PR

VITOR ANTONIO VALENTE DOS SANTOS (CRM-PR 32854) RQE nº: 18200
(43)3322-4473
R. MARTIN LUTHER KING, 697 - sala 01, LAGO PARQUE, LONDRINA - PR

VITORINO, SANTO E ROSSI LTDA -ME (CNPJ: 12.130.057/0001-94)

Anexo Hospitalar 13 (6844232) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 350

(43)3341-5680
R. LUCILLA BALLALAI, 123, JARDIM MONCOES, LONDRINA - PR

WALDNER LIMA DE OLIVEIRA (CRM-PR 13866) RQE nº: 7050
(43)3242-1530
AVENIDA JOSE MANOEL DOS REIS, 410, CENTRO, BELA VISTA DO PARAISO - PR

PNEUMOLOGIA

ANA TEREZA RAMIRO MUZIO (CRM-PR 16200) RQE nº: 7668
(43)3345-0653
R. PROFESSOR JOAO CANDIDO, 1515 - SALA 502, CENTRO, LONDRINA - PR

CDC CENTRO DO CORACAO S/S LTDA (CNPJ: 02.731.973/0001-26)
(43)3372-1900
R. SENADOR SOUZA NAVES, 1456, CENTRO, LONDRINA - PR

CHIBANA & RIECHI CLINICA MEDICA LTDA (CNPJ: 15.656.274/0001-00)
(43)3323-6266
R. SENADOR SOUZA NAVES, 1788 - sala 02, JARDIM LONDRILAR, LONDRINA - PR

CLAUDIO PEREIRA REZENDE NETO (CRM-PR 30684) RQE nº: 24930
(43)3323-6266
R. SENADOR SOUZA NAVES, 1788 - SALA 02, JARDIM LONDRILAR, LONDRINA - PR

CLINICA DE PNEUMOLOGIA FAZOLO SS LTDA (CNPJ: 30.428.037/0001-86) RQE nº: 13671
(43)3028-1370
R. ALVARENGA PEIXOTO, 420 - sala 04, LAGO PARQUE, LONDRINA - PR

FATIMA MITSIE CHIBANA SOARES (CRM-PR 13186) RQE nº: 15910
(43)3323-6266
R. SENADOR SOUZA NAVES, 1788 - sala 02, JARDIM LONDRILAR, LONDRINA - PR

FERNANDA CANHOTO GROSSO (CRM-PR 34457) RQE nº: 24937
(43)3323-6266
R. SENADOR SOUZA NAVES, 1788 - SALA 02, JARDIM LONDRILAR, LONDRINA - PR

GISELLE HEIMBECKER LAGES (CRM-PR 31208) RQE nº: 23790
(43)3323-6266
R. SENADOR SOUZA NAVES, 1788 - SALA 02, JARDIM LONDRILAR, LONDRINA - PR

GUILHERME PESSOA FAZOLO (CRM-PR 17933) RQE nº: 13671
(43)3028-1370
R. ALVARENGA PEIXOTO, 420, LAGO PARQUE, LONDRINA - PR

JAMILE DA COSTA RIECHI (CRM-PR 27498) RQE nº: 22675
(43)3323-6266
R. SENADOR SOUZA NAVES, 1788 - sala 02, JARDIM LONDRILAR, LONDRINA - PR

LILIANE SHIMIZU (CRM-PR 12360) RQE nº: 8927
(43)3323-5638

R. PAES LEME, 1264 - SALA 302, JARDIM IPIRANGA, LONDRINA - PR

MARCOS RIBEIRO (CRM-PR 31606) RQE nº: 17108

(43)3372-1900

R. SENADOR SOUZA NAVES, 1456, CENTRO, LONDRINA - PR

PSICOLOGIA

AEROMEDICA CLINICA MEDICA E ODONTOLOGIA LTDA ME (CNPJ: 13.920.057/0001-50)

(43)3323-7064

R. ALVARENGA PEIXOTO, 392, LAGO PARQUE, LONDRINA - PR

ALESSANDRA VAGNEIA BENTLIN DE OLIVEIRA (CRP-PR 30025)

(43)3268-1233

AVENIDA DOS ESTUDANTES, 1010, CENTRO, IBIPORA - PR

BELLONI, BELLONI E AMBROSIO CLINICA PSICOLOGICA LTDA (CNPJ: 21.821.704/0001-03)

(43)3367-3687

R. PIAUI, 399 - 9° andar - sala 904., CENTRO, LONDRINA - PR

BEM MULTIPROFISSIONAL SS LTDA ME (CNPJ: 12.971.074/0001-54)

(43)3344-4706

R. HUMAITA, 157 - sala 2, KENNEDY, LONDRINA - PR

R. ABELIO BENATTI, 4260 - PROXIMO TERMINAL OESTE, SOL, LONDRINA - PR

R. NEVADA, 547, QUEBEC, LONDRINA - PR

BRUNA MENDES SALLES (CRP-PR 14973)

(43)3037-1212

R. ATAULPHO DE PAIVA, 165, MONCOES, LONDRINA - PR

CARINA DA CUNHA E SILVA NOGUEIRA (CRP-PR 30016)

(43)3315-1975

AVENIDA BANDEIRANTES, 492, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

CARLA CARDOSO PIEROLLI (CRP-PR 30016)

(43)3037-1212

R. ATAULPHO DE PAIVA, 165, MONÇOES, LONDRINA - PR

CAROLINA GERMANOS SOARES (CRP-PR 18439)

(43)3523-8682

R. MARECHAL DEODORO DA FONSECA, 683, CENTRO, CORNELIO PROCOPIO - PR

CENTRO DE REABILITACAO FISICA DINAMICA S/S LTDA (CNPJ: 05.247.718/0001-09)

(43)3524-4630

AVENIDA SANTOS DUMONT, 287, CENTRO, CORNELIO PROCOPIO - PR

CENTRO DE SAUDE AEQUILIBRIUM LTDA (CNPJ: 13.450.260/0001-00)

(43)3037-1212

R. ATAULPHO DE PAIVA, 165, JARDIM MONCOES, LONDRINA - PR

CLINICA DE RECUPERACAO EMOCIONAL DAS PALMEIRAS (CNPJ: 73.579.716/0001-69)

Anexo Hospitalar 13 (6844232) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 352

(43)3328-8484
R. DAS ACUCENAS, 700, COLINA VERDE, LONDRINA - PR

CLINITER CLINICA DE TERAPIA E REABILITACAO LTDA **(CNPJ: 23.249.318/0001-06)**
(43)3523-8682
R. MARECHAL DEODORO DA FONSECA, 683, CENTRO, CORNELIO PROCOPIO - PR

CRISTIANE EUNICE CORDAO ZUCOLOTO **(CRP-PR 6952)**
(43)3268-1233
AVENIDA DOS ESTUDANTES, 1010, CENTRO, IBIPORA - PR

DANIELA VIDOTTI TASHIMA E CIA LTDA **(CNPJ: 13.920.207/0001-26)**
(43)3324-7917
AVENIDA HIGIENÓPOLIS, 70 - SALA 63, CENTRO, LONDRINA - PR

EDUARDO YUDI MUSS **(CRP-PR 24977)**
(43)3037-1212
R. ATAULPHO DE PAIVA, 165, JARDIM MONCOES, LONDRINA - PR

ELIANE BELLONI **(CRP-PR 805399) RQE nº: 05399**
(43)3020-3077
R. JOAO WYCLIF, 111 - sala 102, GLEBA PALHANO, LONDRINA - PR

ELOISA SOBH AMBROSIO **(CRP-PR 23287) RQE nº: 23287**
(43)3020-3077
R. JOAO WYCLIF, 111 - SALA 102, GLEBA FAZENDA PALHANO, LONDRINA - PR

FRANCINE LUDOVICO DE QUEIROZ **(CRP-PR 820015)**
Cancelado em 22/08/21 - (43)9842-81095
R. RIO GRANDE DO NORTE, 186, CENTRO, SERTANOPOLIS - PR

GISELE LUISE FERRACIN SILVA **(CRP-PR 10669)**
(43)3523-8682
R. MARECHAL DEODORO DA FONSECA, 683, CENTRO, CORNELIO PROCOPIO - PR

GLAUCIA MARIA FARES **(CRP-PR 29595)**
Cancelado em 16/07/21 - (43)3268-1233
AVENIDA DOS ESTUDANTES, 1010, CENTRO, IBIPORA - PR

HELLEN LIMA BURIOLLA **(CRP-PR 26434)**
(43)3037-1212
R. ATAULPHO DE PAIVA, 165, JARDIM MONCOES, LONDRINA - PR

HOMERO ARTUR BELLONI SILVA **(CRM-PR 23286) RQE nº: 23286**
(43)3020-3077
R. JOAO WYCLIF, 111 - SALA 102, GLEBA FAZENDA PALHANO, LONDRINA - PR

HOSPITALAR - CLINICA DE SAUDE INTEGRADA **(CNPJ: 78.613.841/0017-29)**
(43)3315-1975
AVENIDA BANDEIRANTES, 492, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

INSTITUTO DE SAUDE OCUPACIONAL DO NORTE PIONEIRO SS LTDA **(CNPJ: 11.310.146/0001-50)**
(43)3524-3790
R. PADRE JOSE KENTENICH, 41, JD DOS PIONEIROS, CORNELIO PROCOPIO - PR

J DA SILVA CARDOSO COELHO **(CNPJ: 29.904.169/0001-58)**
(43)3268-1233
AVENIDA DOS ESTUDANTES, 1010, CENTRO, IBIPORA - PR

JULIANA DA SILVA CARDOSO COELHO **(CRP-PR 24409)**
(43)3268-1233
AVENIDA DOS ESTUDANTES, 1010, CENTRO, IBIPORA - PR

LABCENTER - LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS LTDA **(CNPJ: 03.133.077/0001-28)**
(43)3232-1351
R. DOUTOR GERVASIO MORALES , 638, CENTRO, SERTANOPOLIS - PR

LORENNA DA COSTA CONSTANTINO **(CRP-PR 31433)**
(43)3524-4630
AVENIDA SANTOS DUMONT, 287, CENTRO, CORNELIO PROCOPIO - PR

MARCELA ALVES DE SOUZA **(CRP-PR 27897)**
(43)3315-1975
AVENIDA BANDEIRANTES, 492, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

MARIA APARECIDA PRIZAO SAPORITI **(CRP-PR 817267)**
(43)9998-43383
AVENIDA HIGIENOPOLIS, 70 - Sala 56 B, CENTRO, LONDRINA - PR

MARIA DE LOURDES MARTINS DA SILVA **(CRP-PR 817267)**
(43)3037-1212
R. ATAULPHO DE PAIVA, 165, MONÇOES, LONDRINA - PR

MARIA LUISA LEONARDI SERRA **(CRM-PR 5238) RQE nº: 21252**
(43)3015-4698
R. MONTEIRO LOBATO, 334 - SALA 03, JARDIM TATIANI, LONDRINA - PR

MARIA LUIZA SANCHEZ TAPIAS **(CRP-PR 13081)**
(43)3037-1212
R. ATAULPHO DE PAIVA, 165, JARDIM MONCOES, LONDRINA - PR

MARIANA TERRA ALVES MACHADO **(CRP-PR 13081)**
(43)3037-1212
10ª RUA ATAULPHO DE PAIVA, Nø165, MONÇOES, LONDRINA - PR

MAYARA LOPES CASTANHO **(CRP-PR 822995)**
(43)3524-3790
R. PADRE JOSE KENTENICH, 19, CENTRO, CORNELIO PROCOPIO - PR

MAYARA VALERIO BARBOSA TONEZE **(CRP-PR 22158)**
(43)3524-4630

Anexo Hospitalar 13 (6844232) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 354

NATHALIA TAVARES BELLATO SPAGIARI (CRP-PR 20017)
(43)3037-1212
R. ATAULPHO DE PAIVA, 165, JARDIM MONCOES, LONDRINA - PR

NEUSA MARIA PEDRO BOLORINO (CRP-PR 57257)
(43)3523-8682

N3 CLINICA DE NEUROLOGIA, NEUROCIRURGIA E NEUROPEDIATRIA (CNPJ: 26.391.764/0001-49)
(43)3373-8300
R. JULIO ESTRELA MOREIRA, 550, CANAA, LONDRINA - PR

PAULO FRANCISCO TARDIVO (CRP-PR 24249)
(43)3268-1233
AVENIDA DOS ESTUDANTES, 1010, CENTRO, IBIPORA - PR

RAFAELA FONSECA FERREIRA (CRP-PR 810160)
(43)3328-8484
R. DAS ACUCENAS, 700, COLINA VERDE, LONDRINA - PR

REGIANE CRISTINA MORENO DE MORAES (CNPJ: 23.055.141/0001-07)
(43)3015-4698
R. MONTEIRO LOBATO, 334 - SALA 03, CENTRO, ROLANDIA - PR

ROSILENE PELISSON (CRP-PR 5240)
(43)3258-2318
R. PADRE VITORIANO VALENTE, 368, CENTRO, IBIPORA - PR

SILVIA APARECIDA MINGOTTI CEZAR (CRP-PR 817390)
(43)9967-95532
RUA DE PEDESTRE PADRE JOSE KENTENICH, 17, JD DOS PIONEIROS, CORNELIO PROCOPIO - PR

SILVIA GOMES DE ARAUJO MARIGO (CRP-PR 8835)
(43)3323-7064
R. ALVARENGA PEIXOTO, 392, LAGO PARQUE, LONDRINA - PR

SILVIA REGINA TARDELLI (CRP-PR 802107)
(43)9967-83898
R. PADRE JOSE KENTENICH, 17, JD DOS PIONEIROS, CORNELIO PROCOPIO - PR

SM2F PSICOLOGIA COMPORTAMENTAL E DESENVOLVIMENTO INFANTIL LT (CNPJ: 33.378.025/0001-82)
(43)3029-9440
R. ANTONIO AMADO NOIVO, 410, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

TAINA FERNANDA DE ARAUJO (CRP-PR 26420)
(43)3015-4698
R. RUA MONTEIRO LOBATO, 344, CENTRO, ROLANDIA - PR

THAYNARA DONAIRE DIAS MARTINS (CRP-PR 30285)
Cancelado em 29/07/21 - (43)3524-4630
AVENIDA SANTOS DUMONTR, 287, CENTRO, CORNELIO PROCOPIO - PR

PSIQUIATRIA

CLINICA DE RECUPERACAO EMOCIONAL DAS PALMEIRAS (CNPJ: 73.579.716/0001-69)
(43)3328-8484
R. DAS ACUCENAS, 700, COLINA VERDE, LONDRINA - PR

COGNITIVA LONDRINA CLINICA DE PSICOLOGIA E PSIQUIATRIA LTDA (CNPJ: 26.930.193/0001-73)
(43)3361-7250
R. ANITA GARIBALDI, 191, JARDIM AGARI, LONDRINA - PR

GUILHERME TARDIN FRIAS (CRM-PR 31098) RQE nº: 17101
(43)3361-7250
R. ANITA GARIBALDI, 191, JARDIM AGARI, LONDRINA - PR

ISABELLA LAZZARINI CYRINO GOUVEIA (CRM-PR 21583) RQE nº: 15190
(43)3015-3087
R. WILLIE DAVIDS, 390 - sala 25 e 26, CENTRO, ROLANDIA - PR

JOAO MARCELO CALDEIRA FABIANO & CIA LTDA (CNPJ: 22.208.073/0001-06)
(43)3156-1298
R. RUA WILLIE DAVIDS, 390 - SALA 25 E 26, CENTRO, ROLANDIA - PR

LUIZ PAULO GARCIA (CRM-PR 16068) RQE nº: 7605
(43)3328-8484
R. DAS ACUCENAS, 700, COLINA VERDE, LONDRINA - PR

MARIA ANGELICA GAMBARINI (CRM-PR 19052) RQE nº: 15213
(43)3324-8744
R. VICENTE DE CARVALHO, 400, JARDIM PRESIDENTE, LONDRINA - PR

MILTON BOCATO (CRM-PR 6488) RQE nº: 9251
(43)3324-1326
AVENIDA HIGIENOPOLIS, 174 - sala 501, JARDIM HIGIENOPOLIS, LONDRINA - PR

NILTON CARLOS FERREIRA (CRM-PR 11814) RQE nº: 11647
(43)3328-8484
R. DAS ACUCENAS, 700, COLINA VERDE, LONDRINA - PR

PATRICIA ALVES PEREIRA PINTO (CRM-PR 18015) RQE nº: 13469
(43)3328-8484
R. DAS ACUCENAS, 700, COLINA VERDE, LONDRINA - PR

RADIOLOGIA E DIAGNOSTICO POR IMAGEM

ALECIA LOURENCO CECCHINI (CRM-PR 23577)
(43)3029-1404

ANGELA CAPELLARI MORANDINI (CRM-PR 18583)
(43)3029-1404

CEDILON SERVICOS MEDICOS S/C LTDA (CNPJ: 00.680.035/0001-19) RQE nº: 737
(43)3339-7979
AVENIDA BANDEIRANTES, 255 - PARA EXAMES DE ULTRASSONOGRAFIA, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

Anexo Hospitalar 13 (6844232) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 356

CENTRO DE DIAGNOSTICO DO NORTE DO PARANA LTDA - OMEGA (CNPJ: 17.363.455/0002-55)
(43)3374-0000
AVENIDA BANDEIRANTES, 809, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

CENTRO DE DIAGNOSTICOS POR IMAGEM SEGABINAZZI LTDA (CNPJ: 81.760.159/0001-06)
(43)3523-2285
AVENIDA MINAS GERAIS, 945, CENTRO, CORNELIO PROCOPIO - PR

CLINICA MEDICA PRO VITA S/S LTDA (CNPJ: 06.041.954/0001-29)
(43)3254-2222
AVENIDA CANADA, 337, CENTRO, CAMBE - PR

CLINIMAGEM - CLINICA DE IMAGENS S/S LTDA (CNPJ: 05.678.910/0001-41)
(43)3378-3454
R. SENADOR SOUZA NAVES, 1586 - SALA 06, CENTRO, LONDRINA - PR

CMD CENTRO MEDICO DE DIAGNOSTICO LTDA MATRIZ (CNPJ: 80.924.244/0001-08)
(43)3315-0500
AVENIDA BANDEIRANTES, 310, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

DC PRETE DIAGNOSTICO POR IMAGEM - EIRELI - EPP (CNPJ: 05.960.892/0001-96)
(43)3029-1404
R. ALVARENGA PEIXOTO, 303, LAGO PARQUE, LONDRINA - PR

DENISE CAVENAGHI PRETE (CRM-PR 13865)
(43)3029-1404

DILIM DIAGNOSTICO LONDRINENSE POR IMAGEM LTDA (CNPJ: 37.721.903/0001-71)
(43)3374-0000
AVENIDA BANDEIRANTES, 809, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

GENESIS DIAGNOSTICOS POR IMAGEM LTDA (CNPJ: 28.033.230/0001-76)
(43)3345-0999
R. BORBA GATO, 854, JARDIM AMERICA, LONDRINA - PR

INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO E PESQUISA EM DIAGNOSTICO (CNPJ: 08.780.789/0001-52)
(43)3342-7406
R. AMADOR BUENO, 385, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

INSTITUTO DE RADIOLOGIA DE LONDRINA LTDA - FILIAL (CNPJ: 80.761.083/0002-51)
(43)3255-5756
R. MONTEIRO LOBATO, 507, CENTRO, ROLANDIA - PR

INSTITUTO DE ULTRA SOM DE LONDRINA S S LTDA EPP (CNPJ: 80.928.773/0001-71)
(43)3324-6161
AVENIDA BANDEIRANTES, 635, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

LABIMAGEM SERVICOS DE RADIODIAGNOSTICOS LTDA (CNPJ: 06.934.612/0001-38)
(43)3315-0500
AVENIDA BANDEIRANTES, 310, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

MARCIO DOS SANTOS KARNER (CRM-PR 7706)
(43)3324-6161

MASTOCENTRO - CENTRO DIAGNOSTICO DOENCAS DA MAMA (CNPJ: 01.960.523/0001-42)
(43)3315-0500
AVENIDA BANDEIRANTES, 310, JARDIM LONDRILAR, LONDRINA - PR

MP CENTRO DE DIAGNOSTICO AVANCADO SS LTDA (CNPJ: 07.218.293/0001-27)
(43)3027-8300
AVENIDA BANDEIRANTES, 556, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

NOVA ALIANCA - SERVICOS MEDICOS LTDA - ME (CNPJ: 20.487.608/0001-08)
(43)3029-0402
R. MARTIN LUTHER KING, 677, LAGO PARQUE, LONDRINA - PR

N3 CLINICA DE NEUROLOGIA, NEUROCIRURGIA E NEUROPEDIATRIA (CNPJ: 26.391.764/0001-49)
(43)3373-8300
R. JULIO ESTRELA MOREIRA, 550, CANAA, LONDRINA - PR

PERSIO ACHOA CLAUDINO (CRM-PR 20300) RQE nº: 12428
(43)3373-8300
R. JULIO ESTRELA MOREIRA, 550, CANAA, LONDRINA - PR

SI2M - SISTEMA INTEGRADO DE IMAGEM EM MEDICINA FILIAL (CNPJ: 02.978.370/0002-04)
(43)3274-0550
R. DAS POMBAS, 297, CENTRO, ARAPONGAS - PR

SI2M - SISTEMA INTEGRADO DE IMAGEM EM MEDICINA MATRIZ (CNPJ: 02.978.370/0001-23)
(43)3274-0550
R. CALU, 135, CENTRO, ARAPONGAS - PR

SRA CLINICA DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM LTDA (APUCARANA) (CNPJ: 10.304.593/0001-33)
(43)3423-2380
R. RIO BRANCO, 518, CENTRO, APUCARANA - PR

SRA CLINICA DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM LTDA (LONDRINA) (CNPJ: 10.304.593/0007-29)
(43)4000-1457
AVENIDA AYRTON SENNA DA SILVA, 780, GLEBA FAZENDA PALHANO, LONDRINA - PR

STA DIAGNOSTICO POR IMAGEM LTDA (CNPJ: 09.346.898/0002-00)
(43)3154-0064
R. PRESIDENTE KENNEDY, 163 - São Fco., PQ RESIDENCIAL, CAMBE - PR

SUL SERVICO DE ULTRASONOGRAFIA DE LONDRINA LTDA (CNPJ: 02.986.946/0001-02) RQE nº: 19940
(43)3025-5364
AVENIDA RIO DE JANEIRO, 1556, CENTRO, LONDRINA - PR

TOMOE ITO TAKAHASHI (CRM-PR 16165)
(43)3029-1404

ULTRAMED - UNIDADE BELA SUICA LTDA (CNPJ: 14.115.494/0001-64)

Anexo Hospitalar 13 (6844232) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 358

(43)3344-8500
AVENIDA ALBERTO MAURICIO BARROSO JUNIOR, 95, COLONIAL, LONDRINA - PR

ULTRAMED UNIDADE DE ULTRASSONOGRAFIA S/S LTDA **(CNPJ: 78.311.107/0001-48)**
(43)3376-6000
R. BORBA GATO, 1181, JARDIM AMERICA, LONDRINA - PR

USPAR - SERVICOS DE DIAGNOSTICOS S/S LTDA **(CNPJ: 81.761.082/0001-99)**
(43)3324-7069
AVENIDA BANDEIRANTES, 1141, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

RADIOTERAPIA

INSTITUTO LONDRINA DE RADIOTERAPIA S/S LTDA **(CNPJ: 01.149.005/0001-43)**
(43)3372-2500
R. BENTO MUNHOZ DA ROCHA NETO, 625, GUANABARA, LONDRINA - PR

MIGUEL GABRIEL NETO **(CRM-PR 5298) RQE nº: 1505**
(43)3372-2500
R. BENTO MUNHOZ DA ROCHA NETO, 625, JARDIM DO LAGO, LONDRINA - PR

REUMATOLOGISTA

AMANDA CAMPOS MOZER SODRE **(CRM-PR 30695) RQE nº: 23885**
(43)3361-0111
R. SENADOR SOUZA NAVES, 1283 - sala 301 -3º andar, JARDIM LONDRILAR, LONDRINA - PR

BELQUIS MARIA PENTEADO VIRMOND EL HOSNI **(CRM-PR 8460) RQE nº: 3083**
Cancelado em 21/01/22 - (43)3324-5932
AVENIDA RIO DE JANEIRO, 1500 - SALA 904, CENTRO, LONDRINA - PR

IPRA REUMATOLOGIA LTDA **(CNPJ: 34.759.396/0001-77)**
(43)3322-2676
R. LIBERO BADARO, 21, VILA FUJITA, LONDRINA - PR

JOSE VICENTE GARCIA VELOZ **(CRM-PR 4319) RQE nº: 2321**
Cancelado em 17/12/21 - (43)3324-4754
AVENIDA BANDEIRANTES, 500 - SALA 206 , VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

LUIZ CARLOS LUCIO CARVALHO **(CRM-PR 6490) RQE nº: 5900**
(43)3322-2676
R. LIBERO BADARO, 21, CENTRO, LONDRINA - PR

MELINE ANGELICA CUNHA ROTTER **(CRM-PR 23526) RQE nº: 1157**
(43)3361-0111
R. SENADOR SOUZA NAVES, 1283 - 3º andar - sala 301, CENTRO, LONDRINA - PR

REUMATO CLINICA SS LTDA **(CNPJ: 22.236.618/0001-98)**
(43)3361-0111
R. SENADOR SOUZA NAVES, 1283 - sala 301 - 3º andar, CENTRO, LONDRINA - PR

TERAPIA OCUPACIONAL

BEM MULTIPROFISSIONAL SS LTDA ME (CNPJ: 12.971.074/0001-54)
(43)3344-4706
R. HUMAITA, 157 - sala 2, KENNEDY, LONDRINA - PR
R. NEVADA, 547, QUEBEC, LONDRINA - PR

CLINICA ORTOVITA SS (CNPJ: 33.667.802/0001-09)
(43)3336-1017
AVENIDA JUSCELINO KUBITSCHEK, 3383 - sala 201 a 204 2º andar, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

INSTITUTO DE SAUDE OCUPACIONAL DO NORTE PIONEIRO SS LTDA (CNPJ: 11.310.146/0001-50)
(43)3524-3790
R. PADRE JOSE KENTENICH, 41, JD DOS PIONEIROS, CORNELIO PROCOPIO - PR

LUCIANDRA KERSTING MIGUEL (CREFITO-PR 4595)
(43)3336-1017
AVENIDA JUSCELINO KUBITSCHEK, 3383 - 2º ANDAR, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

RICARDO DE SOUZA BATISTA (CNPJ: 31.123.497/0001-69)
(43)3524-3790
R. PADRE JOSE KENTENICH, 19 - SALA 01, CENTRO, CORNELIO PROCOPIO - PR

SM2F PSICOLOGIA COMPORTAMENTAL E DESENVOLVIMENTO INFANTIL LT (CNPJ: 33.378.025/0001-82)
(43)3029-9440
R. ANTONIO AMADO NOIVO, 410, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

UROLOGIA

ANDERSON CESAR URBANO (CRM-PR 28689) RQE nº: 322460
(43)3342-1898
R. SENADOR SOUZA NAVES, 1848, JARDIM LONDRILAR, LONDRINA - PR

ANDRE RAMOS SORGI MACEDO (CRM-PR 25769) RQE nº: 17699
(43)3323-5823
R. MATO GROSSO, 1794, CENTRO, LONDRINA - PR

ANTONIO FERNANDES NETO (CRM-PR 6073) RQE nº: 1524
(43)3323-5733
AVENIDA JUSCELINO KUBITSCHEK, 1861, JARDIM SANTO ANGELO, LONDRINA - PR

ANTONIO PAULO ALEXANDRINO (CRM-PR 8727) RQE nº: 5594
(43)3323-5823
R. MATO GROSSO, 1794, CENTRO, LONDRINA - PR

ARMANDO GOMES DINIZ JUNIOR (CRM-PR 6047) RQE nº: 3084
(43)3323-5733
AVENIDA JUSCELINO KUBITSCHEK, 1861, JARDIM SANTO ANGELO, LONDRINA - PR

ARNOLD PETER PAUL ACHERMANN (CRM-PR 30561)
(43)3028-1398

CARLOS AUGUSTO MARQUES DA COSTA BRANCO (CRM-PR 8183) RQE nº: 9372

Anexo Hospitalar 13 (6844232) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 360

(43)3329-2002
AVENIDA SANTOS DUMONT, 1308, BOA VISTA, LONDRINA - PR

CELSO FERNANDES JUNIOR (CRM-PR 6502) RQE nº: 9260
(43)3323-5733
AVENIDA JUSCELINO KUBITSCHEK, 1861, JARDIM SANTO ANGELO, LONDRINA - PR

CID JANENE EL KADRE (CRM-PR 13077) RQE nº: 828
(43)3321-1001
R. SENADOR SOUZA NAVES, 1044 - SALA 202 2º ANDAR , CENTRO, LONDRINA - PR

EDERSON CRIPPA (CRM-PR 10029) RQE nº: 5411
(43)3323-5823
R. MATO GROSSO, 1794, CENTRO, LONDRINA - PR

EDISON HENRIQUE VANNUCHI (CRM-PR 7274) RQE nº: 5413
(43)3323-5733
AVENIDA JUSCELINO KUBITSCHEK, 1861, JARDIM SANTO ANGELO, LONDRINA - PR

EL KADRE & PINHEIRO S/S LTDA (CNPJ: 00.795.893/0001-09)
(43)3321-1001
R. SENADOR SOUZA NAVES, 1044 - SALA 202 - 2º ANDAR, CENTRO, LONDRINA - PR

EMERSON PEREIRA GREGORIO (CRM-PR 17377) RQE nº: 11806
(43)3323-5823
R. MATO GROSSO, 1794, CENTRO, LONDRINA - PR

FARID LIBOS JUNIOR (CRM-PR 17435) RQE nº: 12987
(43)3323-5823
R. MATO GROSSO, 1794, CENTRO, LONDRINA - PR

FERNANDO TERZIOTTI (CRM-PR 25612) RQE nº: 20736
(43)3342-1898
R. SENADOR SOUZA NAVES, 1848, JARDIM LONDRILAR, LONDRINA - PR

GEDSON EVARISTO DE SANTI (CRM-PR 11008) RQE nº: 15904
(43)3329-2002
AVENIDA SANTOS DUMONT, 1308, BOA VISTA, LONDRINA - PR

HYGOR FRANCISCO NARDO & CIA LTDA (CNPJ: 15.051.564/0001-20) RQE nº: 1145
(43)3524-5959
AVENIDA MINAS GERAIS, 784 - SALA 01, CENTRO, CORNELIO PROCOPIO - PR

JOAO CORREIA DOS SANTOS (CRM-PR 37873)
(43)3372-0055

JOAO CORREIA SERVICOS MEDICOS EIRELLI (CNPJ: 41.009.719/0001-70)
(43)3372-0055
R. MARTIN LUTHER KING, 740, LAGO PARQUE, LONDRINA - PR
AVENIDA BANDEIRANTES, 460, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

JOAO TEIXEIRA MAGALHAES (CRM-PR 1976) RQE nº: 8662
(43)3323-5733
AVENIDA JUSCELINO KUBITSCHEK, 1861, JARDIM SANTO ANGELO, LONDRINA - PR

JOSE RENATO MONTEIRO FABRETTI (CRM-PR 6361) RQE nº: 5435
(43)3324-3436
R. SENADOR SOUZA NAVES, 558 - sala 201, CENTRO, LONDRINA - PR

LABCENTER - LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS LTDA (CNPJ: 03.133.077/0001-28)
(43)3232-1351
R. DOUTOR GERVASIO MORALES , 638, CENTRO, SERTANOPOLIS - PR

LITOTRIP S/C LTDA (CNPJ: 03.261.869/0001-88)
(43)3372-8282
AVENIDA BANDEIRANTES, 980, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

LUIS GUSTAVO CRIPPA DE ALMEIDA (CRM-PR 28008) RQE nº: 22088
(43)3323-5823
R. MATO GROSSO, 1794, CENTRO, LONDRINA - PR

MARCO AURELIO PEREIRA DE CAMARGO (CRM-PR 16665) RQE nº: 13318
(43)3329-2002
AVENIDA SANTOS DUMONT, 1308, BOA VISTA, LONDRINA - PR

MARCOS ADRIANO DORNELLAS PINHEIRO (CRM-PR 12106) RQE nº: 10439
(43)3323-5876
AVENIDA HIGIENOPOLIS, 210 - SALA 1801, CENTRO, LONDRINA - PR

MARCOS F BEZERRA CLINICA ME (CNPJ: 26.219.427/0001-79)
(43)3524-5959
AVENIDA MINAS GERAIS, 784 - sala 02, CENTRO, CORNELIO PROCOPIO - PR

MARCUS VINICIUS GUARNIERI CATARIN (CRM-PR 16392) RQE nº: 13179
(43)3322-1160
AVENIDA BANDEIRANTES, 865 - Sala 2, VILA IPIRANGA, LONDRINA - PR

MIGUEL ALVES PEREIRA JUNIOR (CRM-PR 10768) RQE nº: 2338
(43)3336-2651
R. SENADOR SOUZA NAVES, 1044, CENTRO, LONDRINA - PR

PAULO EMILIO FUGANTI (CRM-PR 18331) RQE nº: 10755
(43)3342-1898
R. SENADOR SOUZA NAVES, 1861, JARDIM LONDRILAR, LONDRINA - PR

RAFAEL PELLEGRINELLI MOREIRA DE SOUZA (CRM-PR 27441) RQE nº: 261
(43)3342-1898
R. SENADOR SOUZA NAVES, 1848, JARDIM LONDRILAR, LONDRINA - PR

ROBERTO KIYONORI MATSUMOTO (CRM-PR 13179) RQE nº: 9001
(43)3329-2002
AVENIDA SANTOS DUMONT, 1308, BOA VISTA, LONDRINA - PR

Anexo Hospitalar 13 (6844232) SEI 43.010613/2021-91 / pg. 362

ROBERTO ORTIZ (CRM-PR 8710) RQE nº: 9002
(43)3255-1717
R. RUA ESTILAC LEAL, 77, CENTRO, ROLANDIA - PR

SALWA EL SAYED (CRM-PR 18633)
(43)3322-7001
R. JOAO WYCLIF, 111 - SALA 1503, GLEBA FAZENDA PALHANO, LONDRINA - PR

SERVICOS MEDICOS LONDRINENSE LTDA (CNPJ: 06.302.669/0001-14)
(43)3322-1988
R. SENADOR SOUZA NAVES, 1848, JARDIM LONDRILAR, LONDRINA - PR

UROCLINICA S/S LTDA - ME (CNPJ: 78.970.829/0001-04)
(43)3323-5733
AVENIDA JUSCELINO KUBITSCHEK, 1861, JARDIM SANTO ANGELO, LONDRINA - PR

UROKIDS - SERVICOS MEDICOS S/S LTDA (CNPJ: 10.916.348/0001-87)
(43)3322-7001
R. JOAO WYCLIF, 111 - SALA 1503, GLEBA FAZENDA PALHANO, LONDRINA - PR

VINICIUS JOSE ANDREOTTI PANICO (CRM-PR 40670) RQE nº: 24390
(43)3322-1988
R. SENADOR SOUZA NAVES, 1848, JARDIM LONDRILAR, LONDRINA - PR